



VARPU LÖYTTYNIEMI

## Auscultatio Medici

Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen  
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,  
toukokuun 14. päivänä 2004 kello 12.

# AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

## Ohjaaja

Emerita professori Liisa Rantalaiho  
Tampereen yliopisto

## Esitarkastajat

Professori Elianne Riska  
Åbo Akademi  
Professori Suvi Ronkainen  
Lapin yliopisto

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tampereensis 347

ISBN 951-44-5976-8

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampere University Press 2004

**Wisława Szymborska:  
Curriculum Vitaen kirjoittaminen**

*Mitä pitää tehdä?  
Pitää kirjoittaa hakemus  
ja liittää oheen elämäkertatiedot.*

*Mitä siitä pitkäkö elämä on,  
elämäkerran on oltava lyhyt.*

*Ole tarkka, valitse faktat.  
Muuta maisemat osoitteiksi  
ja hämärät muistikuvat päivämääriksi.*

*Rakastetuistasi mainitse vain se jonka nait,  
lapsista vain ne jotka syntyivät.*

*Tärkeämpää on kuka tuntee sinut  
kuin kenet sinä.*

*Matkat – vain ulkomaille tehdyt.  
Jäsenyydet – missä, ei miksi.  
Palkinnot – mutta ei mistä.*

*Kirjoita kuin et koskaan olisi puhunut itsellesi,  
et koskaan katsonut itseäsi syrjästä.*

*Jätä pois koirat, kissat ja linnut,  
muistoesineet, ystävät, unet.*

*Ilmoita mieluummin hinta kuin arvo,  
etiketti mieluummin kuin sisältö.  
Kengän numero mutta ei askelten suuntaa,  
se joka sinun on määrä olla.*

*Liitä mukaan valokuva jossa korva näkyy.  
Sen muoto on tärkeä, ei se mitä se kuulee.*

*Mitä se kuulee?  
Paperisilppurin louskutuksen.*

-----

Auscultatio (lat.) = kuunteleminen, kuuntelemalla tutkiminen

## Tiivistelmä

Tämän väitöskirjatutkimuksen lähtökohtana oli 1990-luvun alun lääkäriyöttömyys, josta ennustettiin pahenevaa ja pitkäkestoista ilmiötä. Ennusteet eivät toteutuneet, mutta aikanaan työttömyys oli suomalaiselle lääkärikunnalle uudenlainen tilanne, josta keskusteltiin vilkkaasti ja jolle annettiin uhan ja pakotetun muutoksen merkitykset. Tässä tutkimuksessa kysytään työttömyyden merkitystä lääkäreille, mutta samanaikaisesti kysymys on lääkäri-identiteetistä yleisemmin. Tällöin työttömyysvaihe ymmärretään historian hetkenä, joka sai lääkärit esittämään identiteettiään koskevia kysymyksiä: mikä on työn merkitys lääkärille? Mikä on yhtenäisyyden merkitys ammattikunnalle? Kysymyksiin vastatessaan sekä yksittäiset lääkärit että koko ammattikunta neuvottelivat ja rakensivat lääkäriyttä ja lääkäriprofessiota. Tässä tutkimuksessa kuunnellaan näitä lääkäriyden neuvotteluita.

Tutkimuksen laajana ongelmakenttänä on lääkäri-identiteetti, joka ajatellaan lähtökohtaisesti moniäänisenä ja yksilöiden ja kulttuurin välisessä dialogissa syntyvänä. Lähestymistapa identiteettiin on narratiivinen eli tarinallinen. Lääkäriyden moniäänisyyden kysymystä tarkastellaan työttömyysteeman ohella kahden muun aihealueen kautta: lääkärin sukupuolen ja kertomusaineistojen lukemisen metodologian. Millaisia puolia lääkäri-identiteetistä kääntää esiin olettamus siitä, että sukupuolella on merkitystä lääkärin identiteetin, uran ja elämäntarinan kannalta? Miltä kuulostaa lääkärin tarina, kun sitä kuunnellaan moniäänisenä, erilaisten lääkäriyksien neuvotteluna? Samanaikaisesti kehitetään menetelmiä, joilla identiteetin moniäänisyyttä ja sukupuolta voi analysoida omaelämäkerrallisesta aineistosta ja myös muunlaisista kertomusaineistoista.

Tutkimuksessa on hyödynnetty kolmenlaisia aineistoja. Pääasiallisen aineiston muodostavat nuorten, vuonna 1995 valmistuneiden lääkäreiden haastattelutilanteessa kertomat elämäntarinat (30 tarinaa). Nämä haastattelut nauhoitettiin ja purettiin analyysia varten kirjoitetuksi tekstiksi. Toinen aineisto koostuu Suomen Lääkärilehden ja Nuori lääkäri -lehden työttömyysaiheisista kirjoituksista vuosilta 1991–1995. Kolmas aineisto on peräisin kyselytutkimuksesta, jossa kartoitettiin nuorten professionaalien uran alkuvaiheita. Seurantakyselyn viimeiselle kierrokselle vuonna 1998 sisällytettiin avoin kysymys, jossa vastaajia pyydettiin muistelemaan 90-luvun alun uhkaavaa lääkäriyöttömyyttä ja arvioimaan sen vaikutuksia oman uran kannalta. Avoimeen kysymyksen saadut vastaukset ovat tämän tutkimuksen aineistona.

Väitöskirja koostuu kuudesta osajulkaisusta, joissa kulkevat rinnakkain analyysimenetelmälliset ja lääkäriyttä koskevat sisällölliset tavoitteet. Artikkeleiden empiiriset, sisällölliset tulokset voi tiivistää kuudeksi lääkäri-identiteetin moniääniseksi neuvotteluksi ja dilemman mahdollisuudeksi: kyse on elämän hallinnan ja elämän virrassa ajautumisen neuvottelusta, taloudellisuus- ja tehokkuusvaatimusten suhteesta professionaalisuuteen, uran/työn ja perheen yhteensovittamisesta, sitoutumisen ja eettisyyden omaelämäkerrallisesta määrittelystä, kriittisyyden ja luottamuksen välisestä suhteesta sekä lääkärin oman ruumiin haavoittuvuudesta.

Empiiristen lääkäri-identiteetin neuvotteluiden rinnalle rakennetaan väitöskirjan yhteenveto-osassa aiempaan kirjallisuuteen perustuen kuva myyttisestä lääkäristä. Tämä myyttinen lääkäri on rationaalinen, vakaa ja kykenevä tekemään päätöksiä. Hän on henkisesti vahva ja fyysisesti haavoittumaton, ikään kuin tiedollisesti hallitsemansa

sairausilmiön yläpuolella myös ruumiineen. Hän sitoutuu työhönsä ehdoitta, ja työ on hänelle elämän keskeinen sisältö. Hän etenee urallaan suunnitellusti ja katkottomasti. Hän on tarkka sekä omastaan että koko ammattikuntansa arvosta ja arvostuksesta eikä toimi tavalla, joka kyseenalaistaisi profession tieteellistä ja eettistä perustaa. Lääkärit eivät useinkaan omaksu myyttiä sellaisenaan identiteettinsä ihanteeksi, vaan myytti toimii normistona, joka kuuluu sekä tuntea että kyseenalaistaa: myytti moniäänistää lääkärin. Empiirisen tutkimukseni tuloksina esitetyissä lääkäri-identiteetin neuvotteluissa ja dilemmissä on kyse suhtautumisesta tähän ehdotonta sitoutumista vaativaan lääkärimyyttiin.

Omaelämäkerrallinen lähestyminen moniäänistää ja ristiriitaistaa uran ensisijaisuuden ja korostaa erilaisia tapoja sitoutua työhön ja muualle. Sukupuolen kannalta keskeistä myytissä on se, että sen merkitys on erilainen nais- ja mieslääkärille. Profesioteorioiden ja -ideologian perinteisesti esittämä lääkäri on näennäisen sukupuoleton, mutta piiloisesti hän on mies juuri siksi, että uraa ajatellaan irrallaan muista elämän osaluista ja sitoumuksista. Esimerkiksi työhön sitoutumisen odotus on eri tavalla ristiriitainen perheelliselle lääkärille sukupuolesta riippuen, koska vanhemmuuden vastuu mielletään kuuluvaksi ensisijaisesti äidille. Toisaalta tämänkin tutkimuksen aineistot vihjaavat siitä, että tasa-arvon ja uuden isyyden ideologiat mahdollistavat myös lääkärisälle myyttisen sitoutumisen kyseenalaistamisen. Kertomusaineiston analyysimenetelmällisiä kehittäviä tutkimuksissa ovat *ydindialogin* käsite ja *ihmettelyn* metodi. Ydindialogin tulkinnassa lähdetään liikkeelle kertomuksen ydinepisodin paikantamisesta. Tällaisessa episodissa tihenee arvioiva kielenkäyttö, ja siinä keskeiset minuutta neuvottelevat äänet kohtaavat. Minuuden kerronta tihenee ja tiivistyy. Identiteetin moniäänisyys lähtökohtana muistuttaa kuitenkin siitä, että identiteetikertomuksen tehtävä ei ole vain kuvata identiteetin ykseys, vaan yhtä tärkeää on mahdollisuus kertomuksen kautta ymmärtää ja jakaa minuuden ja kokemuksen monipuolisuutta. Kerrotun minuuden ydindialogi käsittää sekä ykseyden tavoitteen että moniääniset hetket. Ydindialogi on eri äänten kohtaamisen tapa ja rytmi.

Ihmettelyn metodi on kirjan avaus, joka venyttää narratiivisen tutkimuksen aluetta fenomenologian suuntaan. Ihmettelyn metodi perustuu sukupuolieron teoretikko Luce Irigarayn ajatuksille. Ihmetellessään kertomusten tutkija pyrkii vaimentamaan ajattelunsa kulttuurisia ja henkilökohtaisia itsestäänselvyyksiä kohdatakse kertojan persoonana, joka on erilainen kuin tutkija itse. Kertomus välittää kertojan erilaisen identiteetin kuulijalle, samoin kuin kertomus välittää kertojan tavan olla mies tai nainen. Sukupuolieron teoriassa keskeistä on, ettei miehen ja naisen eroa ymmärretä vastakohtaisuutena tai hierakkisena, ja tässä tutkimuksessa samaa ei-hierarkkista eroa ehdotetaan erilaisten lääkäriyksien kesken. Sekä ydindialogi että ihmettely toteuttavat kertomusaineiston lukemisen tapana *dialogisuuden ideaa*, joka on tutkimuksessa keskeinen käsite viittamaan sekä kertomusten ja identiteettien moniäänisyyteen että identiteetin ja sukupuolen neuvotteluun kertojan ja kuulijan välillä.

# Sisällysluettelo

<b>Tiivistelmä</b> .....	4
<b>Luettelo väitöskirjan osajulkaisuista</b> .....	8
<b>1 Tutkimuksen tarina</b> .....	9
1.1 Saatteeksi lukijalle .....	14
1.2 Tutkimuksen ongelmakenttä .....	17
1.3 Aineistot ja aineistonkeruun menetelmät .....	17
1.3.1 Haastatteluaineisto .....	17
1.3.2 Tekstiaineisto .....	22
1.3.3 Avovastausaineisto .....	23
1.4 Analyysimenetelmät, lukemisen tavat ja tutkimuskysymykset artikkeleittain .....	24
1.4.1 Lääkärit tuuliajolla: autonomia ja uran epävarmuus nuorten lääkäreiden tarinoissa .....	25
1.4.2 “Töitä nuorille kollegoille!” Miten lääkäriyöttömyyskeskustelussa rakennettiin lääkäriyttä? .....	25
1.4.3 Työ ja perhe koherenssin rakentajina .....	26
1.4.4 Lääkärin uran murroskohta .....	27
1.4.5 Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja: lääkärin kerrottu minä ja sukupuoli .....	28
1.4.6 Lääkärit haavoittuvaisina kertojina: lääkärille ruumis ja ruumiille sukupuoli .....	29
1.5 Miksi lääkäriys ja sukupuoli? .....	30
<b>2 Lääkärikertomukset</b> .....	33
2.1 Ura osana elämäntarinaa .....	33
2.2 Kulttuurinen psyyke ja kertomus .....	34
2.3 Kertomus kokemuksen välittäjänä .....	36
2.4 Toiminnan moniäänisyys ja historiallisuus .....	37
2.5 Lääkäri-identiteetti yhdessä kerrottuna kertomuksina .....	39
2.6 Omaelämäkerrallinen totuus ja sukupuolen merkitsemä ammattikulttuuri .....	40
<b>3 Narratiivinen identiteetti ja kerrottu minuus</b> .....	44
3.1 Muutos, tarina, identiteetti .....	44
3.2 Lääkärin työn yllätyksellisyys ja identiteetin jatkuvuus .....	50
3.3 Identiteetin ja minän käsitteistä .....	55
3.3.1 Paul Ricoeur ja narratiivinen identiteetti .....	57
3.4 Identiteetin/kertomuksen moniäänisyys ja koherenssin ihanne .....	59
3.5 Autenttisuuden narratiivinen ymmärrys .....	68
3.5.1 Psykoanalyysi yksilön mallitarinana .....	71
3.6 Autonomiasta, itsenäisyydestä ja kehityksestä .....	74

<b>4 Sukupuoli ja myyttinen sukupuoli</b> .....	82
4.1 Luce Irigaray ja sukupuolieron korostus .....	85
4.1.1 Freudilais-lacanalaisen teorian kuvaus yksilöksi tulemisesta: feministinen näkökulma.....	87
4.1.2. Kertomus välittäjänä .....	89
4.2 Oma suhteeni kysymykseen sukupuolesta.....	93
<b>5 Lääkäri ja sukupuoli</b> .....	97
5.1 Profession ja sukupuolen risteyksiä .....	98
5.1.1 Institutionaalinen näkökulma suomalaiseen naislääkärikuntaan.....	101
5.1.2 Sukupuoli yksilön määreenä .....	107
5.1.3. Sukupuoli suhteena .....	110
5.2 Sankarilääkäriin sukupuoli.....	117
5.3 Lääkäriin maskuliininen myytti .....	121
5.3.1. Professionaalinen sitoutuminen – kaikki tai ei mitään .....	123
5.3.2 Perheen ja työn sitoumukset.....	129
5.3.3 Urien suunnittematon luonne .....	138
5.3.4 Halvalla myyty lääkäriin arvo .....	141
5.4 Kirurgi(a)n sukupuolen lukeminen aineistostani .....	142
<b>6 Dialogisuuden idea</b> .....	149
6.1 Toinen toisena: eron etiikka.....	150
6.2 Tietäminen dialogina: ihmetyksen tunne metodina .....	152
6.3. Sanojen kunnioitus .....	155
6.4 Moniäänisyyden kunnioitus.....	156
6.5 Esimerkki kertomusaineiston dialogisesta tulkinnasta.....	159
6.6 Yksilöllisen ja sosiaalisen huokoinen raja.....	164
<b>7 Päätty: tulokset ja pohdintaa</b> .....	167
7.1 Tulokset ja pohdinta artikkeleittain: lääkäriyden dialogeja.....	168
7.1.1 Elämän hallinta ja elämän virrassa ajautuminen .....	168
7.1.2 Professionaalisuus (kollegiaalisuus, eettisyys, tieteellisyys) ja taloudellisuus, tehokkuus .....	170
7.1.3 Ura / työ ja perhe .....	173
7.1.4 Luottamus ja kriittisyys: suhde tietämiseen .....	174
7.1.5 Työhön sitoutumisen ja eettisyyden omaelämäkerrallinen määrittely .....	177
7.1.6 Lääkäriin sairaus tai muu ruumiillinen rajallisuus.....	178
7.2 Voisiko professio olla dialogi? .....	180
<b>Kiitokset</b> .....	186
<b>Summary</b> .....	189
<b>Lähdekirjallisuus</b> .....	192
<b>Liitteet</b> .....	203

# Luettelo väitöskirjan osajulkaisuista

- I Löyttyniemi, Varpu: *Doctors Drifting: Autonomy and Career Uncertainty in Young Physicians' Stories*. *Social Science & Medicine* 2001a; 52:227–237
- II Löyttyniemi, Varpu: ”Töitä nuorille kollegoille!” Miten lääkäriyöttömyyskeskustelussa rakennettiin lääkäriyttä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2000; 37:232–244
- III Löyttyniemi, Varpu; Virtanen, Pekka & Rantalaiho, Liisa: *Work and Family as Constituents of SOC*. *Qualitative Health Research* 2004 (painossa).
- IV Löyttyniemi, Varpu: *Setback of a doctor's career*. Kirjassa *Turns in the Road: Narrative Studies of Lives in Transition*, s. 177–202. Dan P. McAdams, Ruthellen Josselson & Amia Lieblich (toim.). American Psychological Association, Washington, DC, 2001b.
- V Löyttyniemi, Varpu: *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja: lääkärin kerrottu minä ja sukupuoli*. *Kulttuurintutkimus* 2003; 20(3): 29–44
- VI Löyttyniemi, Varpu: *Doctors as Wounded Storytellers: Embodying the Physician and Gendering the Body*. *Body & Society* (hyväksytty julkaistavaksi).



# 1 Tutkimuksen tarina

Tampereen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan 30-vuotishistoriikki julkaistiin toukokussa 2003 (Visakorpi ym. 2003). Historiikin nimi *30-vuotinen sota – Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen* oli minulle tavallaan helpotus, kun sen vielä vahvistettiin viittaavan myös viimeisen vuosikymmenen vaiheisiin: 1990-luvun alun taloudelliseen lamaan, lääkäriyöttömyyteen ja Tampereen tiedekunnan lakkauttamisuuhkaan, jotka uuden vuosituhannen alettua kääntyivät taas lääkäripulaksi ja lääkäreiden koulutusmäärien lisäämiseksi. Nuo ”kuohuvat vuodet”, kuten niitä nimitettiin historiikista uutisoitaessa (Yliopistouutiset 2003), olivat dramaattista aikaa silloisille lääketieteen opiskelijoille ja nuorille lääkäreille, ja niistä kuohuista on syntynyt tämä väitöskirjakin. Vaikka työttömyys ongelmana väistyi ja vaikka itse tulin lopulta tarkastelleeksi lääkäriyttä paljon laajemmin kuin vain työttömyysuhan näkökulmasta, olen huojentunut huomattavasti, ettei dramatiikka ole muiltakaan unohtunut. Lama käänsi epävarmuudeksi paljon sellaista, minkä oli ajateltu olevan lääkäreille itsestään selvää, kuten selvyuden uralla etenemisestä tai ammattikunnan arvopohjasta. Tutkimukseni kohteena on tuo lääkäriyden ei-varmuus, monimielisyys, ja tästä näkökulmasta kuohuvat vuodet toivat tietoisuuteen sellaista, mikä on jäänyt ajankohtaiseksi myrskyn laannuttuakin.

Aloin ideoida tutkimustani vuoden 1996 alussa, tilanteessa, jossa 90-luvun alun talouslaman synnyttämä lääkäriyöttömyys oli vielä todellisuutta. Työttömyyspiikin kärki oli jo ohitettu, enimmillään työttömiä lääkäreitä oli vuoden 1994 alussa 700 eli 4,6 % työikäisistä lääkäreistä (STM 1997, 14). Vielä ei kuitenkaan tiedetty työtilanteen kehityksen tulevaa suuntaa, vielä vähemmän sitä, että tätä kirjoittaessani, vuosituhannen jo aikaa vaihduttua, päivänpoliittinen ongelma on julkisen terveydenhuollon pula lääkäreistä.

Yksi sykli on kierretty, ympyrä sulkeutunut: kun itse aloitin lääketieteen opinnot 80-luvun lopulla (1987), elettiin niin ikään lääkäripulan aikaa. Kiivasta keskustelua käytiin pulan edellyttämistä toimenpiteistä: lääkärikoulutusta lisättiin vielä vuonna 1988, vaikka Lääkäriliitto sitä vastusti. Jälkikäteen, laman tultua ja lääkäriyöttömyysennusteiden järjestyessä maata kandin jalkojen alla, Lääkäriliitossa hymistiin oikeaan osuneita ennusteita (ks. Palomäki 1993; SLL 1993c; Visakorpi 2003, 191), mutta uskoakseni useimmille opiskelijoille työttömyyden uhka ilmaantui yhtä tyhjästä kuin itsellenikin. Pidän välivuotta opinnoistani 1990–1991. En ollut Tukholmaa kauempana,

mutta silti uutiset lamaan vajoavasta Suomesta tuntuivat kaukaisilta. Vasta palattuani kotiin keväällä 1991 ymmärsin kaiken muuttuneen. Entinen vuosikurssini oli tilanteessa, jossa heillä oli oikeus ensimmäistä kertaa etsiä kesätöikseen lääkärin työtä. Työn saamisen piti olla itsestään selvää. Olimme seuranneet, miten vanhemmat opiskelijat soiteltiin ja houkuteltiin töihin erilaisilla etuuksilla lääkäripulan alueille, ja kurssikaverini odottivat nyt vuorostaan puhelimen pirisevän heille. Soittojen sijaan tunnelmana oli, näin muistan ajatelleeni, kasvava paniikki. Huhu kiersi, ettei kaikille riittäisikään töitä, sijaisia ei palkattaisi, ei olisi varaa. Kukaan ei oikein tiennyt, mitä tarkoittaisi olla lääkäri(opiskelija) vailla töitä; lähinnä mahdottoman tulemista mahdolliseksi.

Tuolloin, kesällä 1991, töitä taisi vielä riittää kaikille halukkaille. Niin ei enää ollut asianlaita vuotta myöhemmin, kun olin uuden vuosikurssini kanssa itse etsimässä ensimmäistä lääkäri työpaikkaa. Kurssilta vain harva sai töitä, loput tekivät amanuenssuureja, syventäviä opintoja, jotakin muuta. Paniikki oli kuitenkin väistynyt, laimentunut ja sekoittunut tyytyväisyyteen siitä, ettei vielä tarvinnut kantaa koko lääkärin vastuun taakkaa. Huoleton nuoruus sai jatkoaikaa.

Emme tainneet ajatella tuolloin asiaa kovin pitkälle eteenpäin, valmistumiseen oli aikaa, paljon ehtisi tapahtua. Kyllähän me elimme viimeiset opiskeluvuodet keskellä toiveikkuuden ja toivottomuuden ristiriitaa, mietimme vaihtoehtoja lääkärin työlle ja uralle, kuka enemmän, kuka vähemmän vakavasti. Vuonna 1993 ennustettiin työttömiä lääkäreitä olevan vuosituhannen vaihteessa parhaimmassakin tapauksessa parisen tuhatta (SLL 1993a; STM 1993). Alkuperäisen kurssini emäntä Tuire Sannisto muistelelee menneitä vuosia Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseurauksen juhla kirjassa vuonna 2002 ja lainaa runonpätkää emännän ja isännän yhteisestä valmistujaisjuhlapuheesta vuodelta 1993:

*Tulevaisuus näyttää ankeelta, surkeelta  
– mutta perkele, ollaanhan me Tampereelta  
maan parhaat lekurit  
ei kauaa kortistossa happane  
ei meitä pane pakkanen,  
eikä ylilääkärit halvalla*

Vielä uuden kurssini valmistuessa keväällä 1994 työnsaanti oli hankalaa ja työpätkittäistä. Olin itsekin välillä viikkoja, kuukauden työttömänä, välillä matkasin aamujunalla töihin toiseen kaupunkiin tai, jos kaupunki oli liian kaukana, katselin viikot solukämpän tyhjiä, harmaita seiniä ja odotin viikonloppua ja Tampereen junaa. Jos minulla olisi silloin ollut pienet lapset, olisin varmaankin jäänyt kotiin. Lamanaikainen työttömyys koski nuoria naislääkäreitä enemmän kuin miehiä (Riskä 1995, 265); selityksenä voi olla perheen koossapitämisen yhä naisinen vastuu. Itse arvostan tutkimuksessani haastattelemaani mieslääkäriä, joka pohti omaa työtilannettaan ja sitä, että

voisi olla työttömänäkin jonkin aikaa. Hänen vaimollaan oli pysyvä työ eikä hän halunnut muuttaa erilleen saadakseen mieleisensä lääkärintyön toiselta paikkakunnalta. Tiedän tuon Lassiksi nimeämäni lääkärin myöhemmistä vaiheista sen verran, että hänen uransa eteni erikoistumiseen ja perhe samalla kasvoi; työttömäksi hän ei joutunut. Silti työttömyyden mahdollisuuden hyväksyminen haastattelutilanteessa oli merkityksellinen teko. Ajattelen, että Lassi siinä vanutti omalta osaltaan hiukan sukupuolensa stereotypiaa.

Valmistuin lääkäriksi maaliskuussa 1994. Vuoden vaihtuessa lukuun 1996 olin tullut oman urani käännteeseen, jossa halusin toteuttaa haaveeni tutkijaksi ryhtymisestä. Sen jälkeen en ole tehnyt kliinistä työtä, päinvastoin, tutkimukseni on kuljettanut minut aika ajoin niin etäälle, että lääketiede (tieteenäkin, saati käytäntönä) hetkittäin häipyi horisonttiin. Sitä en tosin tiennyt vielä ryhtyessäni kirjoittamaan tutkimussuunnitelmani ensimmäistä, toista tai kolmattakaan versiota. Sen sijaan tiesin, että halusin tutkia lääkäreitä, lääkäriyttä ja omaa lääkärisukupolveani, joka työttömyyden myötä joutui miettimään lääkäriyttä(än) uusiksi.

Olin tehnyt syventävinä opintoinani laadullisen tutkimuksen työnohjauksesta (Löyttyniemi 1994). Haastattelin silloin kymmentä lääkäriä, jotka olivat osallistuneet Balint-työnohjaukseen. Haastattelumenetelmänä oli teemahaastattelu, jossa käsiteltävät aihealueet on mietitty etukäteen mutta kysymykset muotoutuvat kunkin haastattelun kuluessa vähän eri tavoin ja eri järjestyksessä, sillä tavoin kuin ne on mielekästä kulloinkin esittää. Olin kiinnostunut siitä, mitä Balint-ryhmä merkitsi lääkärille. Laadullinen haastattelumenetelmä avoimine kysymyksineen mahdollisti lääkäreiden kokemusten ja merkityksenannon tutkimisen. Laadullista aineistoa analysoidessani opin keskustelemaan aineistoni kanssa. Näissä keskusteluissa alkuperäiset kysymykseni merkityksistä ja kokemuksista tarkentuivat ja johtivat myös kysymään uusia kysymyksiä, sellaisia, joita en olisi ehkä edes osannut esittää ennen kuin jokin yllättävä heitto sivulauseessa ne herätti. Toisinaan ainutkertainen vastaus oli antoisampi kuin haastattelusta toiseen toistuva trendi, juuri erilainen, yllättävä ajatus voi kyseenalaistaa itsestään selvän: näinkin on mahdollista ajatella ja kokea.

Väitöskirjaprojektini lähtöviivalla olin tässä: minulla oli hyvä kokemus laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja halusin tehdä sitä lisää. Samalla kysymykseni lääkäriytyömyyden merkityksistä ja epävarmuuden kokemuksista olivat sellaisia, että niihin vastaamiseen laadullinen menetelmä ja aineisto olisi sopivin. Mielessäni olivat työttömyysvaiheessa hetkeksi tyhjän päälle pudonneet kurssikaverini sekä kokemukseni siitä, miten työttömyysennusteiden varjossa tuli mahdolliseksi ajatella työstä ja lääkärin elämästä uusilla tavoilla. En ajatellut lääkäriyden muuttuneen kokonaan, pikemminkin epäilin sen avartuneen: oli *yhtä aikaa* mahdollista tietää olevansa vakavissaan, haluavansa tehdä lääkärin työtä, haluavansa luoda uraa, ja toisaalta nauttia niistä huolet-

tomista kesistä ja suunnitella, mitä kaikkea muuta voisi tehdä nyt, kun ei ollut pakko tehdä vain työtä.

Lääkärityöttömyydestä käydyssä keskustelussa esitettiin toisinaan huoli työttömäksi jäävän lääkärin ammatti-identiteetin säilymisestä. Olipa kyse työttömyydestä uhkana tai avartumisena, tutkimuskysymyksen alkoi muotoutua koskemaan lääkäri-identiteettiä ja epävarmuuden sisällyttämistä siihen. Narratiivisesti eli tarinallisesti ymmärrettynä identiteetti syntyy kertomuksena, jossa ihminen juonentaa oman elämänkulkunsa ja antaa tapahtumille minuutta luovat merkitykset (Rosenwald ja Ochberg 1992; Freeman 1993). Identiteetin kerronnassa on keskeisesti kyse niistä tavoista, joilla elämän käänneet ja mullistukset sovitetaan omaan elämäntarina. Ajatus identiteetistä narratiivisena mahdollisti tutkimuskysymykset siitä, millaisia merkityksiä nuoret lääkärit antavat työttömyysvaiheelle ja 1990-luvun puolivälissä yhä vallinneelle työtilanteen epävarmuudelle. Päädyin siis narratiiviseen lähestymistapaan ja keräämään aineistokseni lääkäreiden elämäntarinoita.

Alkuvaiheessa työttömyysteema oli näkyvämmän esillä tutkimussuunnitelmassani kuin mitä se on ajattelussani nyt; olihan lääkäryöttömyys tuolloin vielä aiheena ajankohtainen ja siitä oli käynnistetty Tampereen yliopistossa myös seurantatutkimus (Heino ym. 1995; Virtanen ym. 2000; Virtanen ja Koivisto 2001; osa-artikkeleistani *Work, Family and SOC*). Laadullisen omaelämäkerrallisen aineiston luonne sallii ja perustelee sen, että aineistolle esitettävät kysymykset muuttuvat, tarkentuvat ja syntyvät vasta tutkimusprosessin aikana. Tutkimuksen kuluessa siirtymäni identiteettitarinan säröttömyydestä kerrotun minän moniäänisyyteen ja toisaalta lääkäreiden työmarkkinatilanteen muutos (ks. Vänskä 2003) ovat yhdessä kutsuneet kysymään myös alkupe- räisestä poikkeavia tutkimuskysymyksiä. Vaikka tätä yhteenvedoa kirjoittaessani loppuvuonna 2003 lääkäreitä koskeva työvoimapolitiittinen kysymys on huoli lääkäreiden riittävydestä (STM 2001; 2002), taustoittaa entisen, nykyisen ja epävarman tulevan yhtäaikaisuus joka tapauksessa tutkimustani edelleen. Muun muassa terveydenhuollon ideologian ja organisoinnin muutos ja ristiriitaiset käsitykset terveydenhuoltoinstituution suunnasta ja jatkuvuudesta (Uusitalo ym. 1995; Niskanen 1997; Julkunen 2001, 234–252; Lehto 2003) olivat 90-luvulla ja ovat yhä nuoren lääkärin todellisuutta, vaikkei niitä voikaan suoraan, ilman väliin tulevaa tulkintaa, lukea heidän identiteetti- kertomuksistaan.

Silloin, kun katson tutkijana lääkäryöttömyyteen, katson ajassa taaksepäin. Minun on usein perusteltava sekä itselleni että myös toisille kiinnostustani jo ohitettuun ilmiöön. Näkökulmani niin työttömyyteen kuin koko lääkäriprofession on nuoren lääkärin näkökulma, ja siitä käsin 1990-luvun alku oli kuohuvaa aikaa. Oma ja uskoakseni monen muunkin silloisen nuoren lääkärin tai sellaiseksi juuri valmistuvan kokemus oli, että elimme muutosten keskellä. Meille ennustettiin työtöntä tulevaisuutta,

ja ainakin oululaisten lääketieteen opiskelijoiden suurin stressin aiheuttaja oli huoli omasta työllisyydestä valmistumisen lähestyessä (Leinonen ym. 1995). Sen lisäksi, että lääkärin identiteettimme oli täynnä epävarmuutta valmistumisen jälkeen, kyseenalaistui siihen mennessä saavuttamamme ammattitaitokin: yleisesti ajateltiin, että viralliseen opetussuunnitelmaan sisältyvän kliinisen opetuksen ja harjoittelun lisäksi opiskeluaikainen työkokemus on välttämätöntä riittävän ammattitaidon saavuttamiseksi (ks. Heino ym. 1995). Opettajat vertasivat meitä aiempiin vuosikursseihin kliinisen ongelmanratkaisukykykymme ja tekemiemme kysymysten relevanssin suhteen, ja ilman lääkärin työkokemusta – näin sanottiin – hävisimme vertailussa. Ammattikunnan lehdissä kirjoitettiin paljon työttömyydestä sekä nuoren lääkärin henkilökohtaisena että koko ammattikuntaa koskevana ongelmana. Elianne Riska (1995, 266) on verrannut Suomen Lääkärilehden ja ruotsalaisen Läkartidningenin keskustelua. Aiemman lääkäripulan kääntyminen kasvavaksi työttömyydeksi tapahtui molemmissa maissa osana terveydenhuollon rahoitusvaikeuksia, mutta vain Suomen lääkärilehden kirjoittelussa työttömyys nostettiin keskeiseksi profession ja ammattijärjestön huolenaiheeksi. Työttömyydelle annettiin kriisin ja uhkaavan muutoksen merkitykset, ja siksi ajattelen sen vaiheena, jolloin keskusteluun tuli aiemmin esittämättömiä kysymyksiä: mikä on työn merkitys lääkärille ja professionaalille identiteetille? Mikä on yhtenäisyyden merkitys ammattikunnalle? Ajattelen työttömyysvaiheen muutoksena tässä mielessä: en tapahtuneena käänteenä historiallisesti muotoutuneen profession itseymmärryksessä, vaan muutokseksi koettuna ja nimettynä tietynä ajan hetkenä.

Tarinan siitä, miten väitöskirjastani lopulta muotoutui tällainen, voisi esittää määrätietoisenä perehtymisenä käyttökelpoisiin teorioihin ja menetelmiin ja niiden tarkoituksenmukaisena soveltamisena aineistoihin siten, että voin vastata matkan varrella muotoutuneisiin tutkimuskysymyksiin. Itselleni tutumpi on kuitenkin versio, jossa tutkimusmatkaani voisi kutsua seikkailuksi. Se on täynnä yllättäviä käänteitä, sattumia ja empimistä tienhaaroissa. Se on tietoista suuntaamista ja valintaa, mutta myös (ja ehkä ennen kaikkea) sydämen kuuntelua ja intuitioon luottamista, kulkemista sinne, minne olen halunnut kulkea, joskus takaisin kääntymistä umpikujasta tai kiertotietä ylittämättömän ohi. Aikomukseni oli alun perin kirjoittaa monografia, mutta ensimmäinen konferenssiesitykseni kasvoikin artikkeliksi (*Doctors drifting*) samoin kuin sosiaalipsykologian aineopintojen tutkimusharjoitustyö ("*Töitä nuorille kollegoille!*"). Olin kirjoittamassa Lassin haastattelun analyysia, kun sain kuulla *Turns in the Road* -kirjasta, jonka teemaan analyysi sopisi. Kirjoitin analyysin *Setback*-artikkeliksi, jonka tultua hyväksytyksi lopulta huomasin tekeväni osajulkaisuväitöskirjaa.

Tässä yhteenvedossa teen sen temaattisen, teoreettisen ja käsitteellisen kontekstualisoinnin, jonka artikkeleitteni kirjoittaminen on vaatinut. Aloittaessani tutkimustani lääkäriys oli minulle teemana tuttu, narratiivisuus taas ei. Olen joutunut tekemään paljon

työtä rakentaakseni teoreettisen ja menetelmällisen perustan tutkia lääkäriyttä moniäänisinä, sukupuolen merkitseminä ja tähän historian hetkeen sijoittuvina kertomuksina. Aloitin ikään kuin kahdesta päästä yhtä aikaa: aloin tehdä väitöskirjaa, mutta samalla aloin opiskella sosiaalipsykologiaa ja hieman myöhemmin naistutkimusta. Näin olen tullut luoneeksi hyvin bahtinilaisen tutkijaidentiteetin: (mielen)tilan, jossa erilaiset teoreettiset äänet kohtaavat samassa ajassa ja paikassa, tässä ja nyt, aina tunnustamatta ja tunnistamatta kuulumistaan eri kohtiin ja keskusteluihin tieteenalojen historioissa (palaan Mihail Bahtinin ajatuksiin dialogisuudesta tuonnempana). Ilman sivuaineopintojani kirjastani olisi varmasti tullut hyvin erilainen (yksinkertaisempi?). Tampereen yliopistossa sosiaalipsykologian oppiaine on painottunut sosiaalisesti, kulttuurin ja kielen keskeisyyteen ihmisten identiteeteissä ja vuorovaikutuksessa. Vaikka laadullinen tutkimus aina tutkii tavalla tai toisella kieltä – merkityksiä, tekstejä, vuorovaikutusta jne. – en ehkä olisi itse yhtä radikaalisti omaksunut merkityskeskeistä maailmankuvaa ilman sosiaalipsykologian opintojani. Tenttimistäni teoksista ainakin Vygotski (1982), Sampson (1993) ja Weckroth (1992) ovat sulautuneet tutkijan ääneeni, joka puhuu kielen minuutta rakentavasta voimasta ja ihmisten välitilan ensisijaisuudesta ja suhtautuu teorioihin ja metodeihin yhtä aikaa kepeästi ja äärimmäisen vakavasti minuuksien ja maailmojen rakentamisen välineinä. Vuoden 2000 alusta tein työtäni naistutkimuksen kansallisen tutkijakoulun, Sukupuolijärjestelmä-tutkijakoulun, tohtori-koulutettavana. Naistutkimus on edelleen korostanut tarvetta tarkastella kriittisestikin kielen käytön, ajattelutapojen ja kommunikaation muotojen seuraamuksellisuutta. Se on myös antanut minulle teoreettiset ja käsitteelliset välineet tutkia sitä, mistä olen työttömyyskokeusten ohella kiinnostunut: lääkärin sukupuolta.

## 1.1 Saatteeksi lukijalle

Tässä yhteenvedossa johdatan lukijani väitöskirjani osa-artikkeleiden sisällöllisiin lääkäriyden ja sukupuolen teemoihin. Vien samalla kertomusten ja sukupuolen tutkimisen teoreettis-menetelmällisiin perusteisiin syvemmälle kuin artikkeleissa on ollut tilaa ja lähestyn lääkäriyttä identiteetin ja profession teoretisoinnin kautta. Tällöin tarkastelun kohteena ei ole identiteetti empirisenä kysymyksenä, vaan kyse on totutuista ajattelutavoista ja käsittämisen mahdollisuuksista, jotka antavat muodon tutkijan kysymyksille ja jotka toisaalta ovat jokapäiväisessä käytössä lääkäreiden itseymmärryksen ja identiteettien materiaalina. Teorioiden 'pyörittämisessä' – toisin sanoen niiden tarkastelemisessa eri puolilta ja näkökulmista – on kyse (lääkäri-)identiteetin tarkastelun reunaehdoista.

Tässä ensimmäisessä luvussa esittelen seuraavaksi tutkimuskysymyksen laajana ongelmakenttänä (1.2), sitten aineistot ja aineistonkeruumenetelmät (1.3). Sen jälkeen käyn artikkeleittain läpi käyttämäni analyysimenetelmät, joita nimitän lukemisen tavoiksi. Tarkennan samalla kunkin artikkelin tutkimuskysymykset (1.4). Lopuksi perustelen vielä kiinnostustani sukupuolen teemaan (1.5). Lukijan, jota kiinnostavat ennen kaikkea lääkäri-identiteettiä koskevat sisällölliset tulokseni ja artikkeli-väitöskirjan yhteenveto, ohjaan lukemaan tämän ensimmäisen johdantoluvun lisäksi päättelevän 7. luvun, jossa tiivistän jokaisen kuudesta artikkelistani yhdeksi lääkäri-identiteetin sisäiseksi neuvotteluksi ja käsittelen näiden neuvotteluiden yleisempää yhteiskunnallista ja ammattikulttuurista ajankohtaisuutta. Lopuksi palaan professiokeskusteluun (7.2) ja pohdin, mitä kertomisen, dialogin ja sukupuolen kysyminen tarkoittaisi siinä keskustelussa, jota käydään profession uhatusta autonomiasta.

Luvut 2–6 ovat tutkimukseni teoreettisten ja käsitteellisten säikeiden yhteenvetoa. Toisessa luvussa esittelen joitakin oman tutkimukseni kannalta valaisevia aiempia tutkimuksia ja lähestymistapoja, jotka käsittelevät lääkäriyttä ja kertomuksia. Olen valinnut nämä kirjoitukset siten, että niiden kautta avaan vaivihkaa oman tutkimukseni keskeisiä sisällöllisiä ja teoreettisia keskusteluja. Kolmannen luvun aiheena on narratiivinen identiteetti ja kerrottu minuus. Päädyn autonomian ja itsenäisyyden käsitteiden pohdintaan, sillä ne muodostavat tutkimuksessani eräänlaisen käsitteellisen solmukohdan, jossa yhdistyvät keskustelut identiteetistä, kertomuksesta, professiosta ja sukupuolesta.

Sukupuolta käsittelen luvussa 4 ja lääkärin sukupuolta luvussa 5. Luvussa 4 Luce Irigaray muodostaa kirjani toisen rakenteellisen ja sisällöllisen solmukohdan. Irigaray on filosofi, kielitieteilijä ja psykoanalyttikko, joka kirjoittaa sukupuolesta radikaalisti totutusta poikkeavilla tavoilla. Kohtaan hänet tekstissäni ennen kaikkea psykoanalyysin kriittisenä soveltajana eli lähtien teoriaperinteestä, joka on lääkärille tavalla tai toisella tuttu ja joka mielletään osaksi myös lääketieteen kenttää. En itse sovello psykoanalyttista teoriaa omana tietoisena viitekehyksenäni, vaan hyödynnän sitä sen tuttuuden vuoksi esimerkkinä identiteetin ja sukupuolen teoriasta, jossa kulttuurimme myyttiset käsitykset miehestä ja naisesta ilmenevät. Esitän luvussa 4 lyhyesti tavan, jolla Irigaray hahmottelee uusiksi psykoanalyttista kehityskertomusta. Toivon, että tämä tutun tarinan vieraaksi tekevä silta vie lukijani ajatusmaailmaan, jossa sukupuoli on välttämättä otettava mukaan identiteetin tarkasteluun. Samalla Irigarayn ajatusten kautta kirjani juoni kiertää takaisin dialogisuuden ideaan eli paikkaan, johon narratiivisuutta käsittelevä luku 3 jo jäi. Jälkimmäinen saapuminen tuo dialogisuuteen sukupuolen merkityksen, joka kulkee mukana 6. luvussa. Siinä kokoan dialogisuudesta tutkimuksen tekemisen tavan, oman tutkijan tyylini.

Etenen kirjoittaessani narratiivisesta identiteetistä kohti dialogisuuden ideaa. Suunta on mielekäs, jos lähtökohdaksi ajattelee kulttuurissamme tavallisen tavan ym-

märtää identiteetti olemuksellisena, mielensisäisenä rakenteena. *Narratiivisen* identiteetin ajatus haastaa käsityksen identiteetin olemuksellisuudesta: sen sijaan, että tarinansa kertoja kuvaisi ja yrittäisi ymmärtää hänelle kehittyneen identiteetin ominaislaatua, voikin ajatella, että kertominen synnyttää identiteetin ja menneiden tapahtumien merkityksen. Kertomisen tapahtuma tulee tällöin tärkeäksi, ja kysymys totuudesta ei koske enää niinkään oikean version esittämistä menneestä, vaan se koskee nykyistä ja tulevaa: mitä kertomastani tarinasta seuraa, miten se otetaan vastaan, millaisia ovia jättää avoimiksi ja millaisia sulkee. *Dialogisuus* kyseenalaistaa myös identiteetin selkeyden ja yksiselitteisyyden vaateet, mitä narratiivisuus ei vielä välttämättä tee. Dialogisuus korostaa kertomuksen moniäänisyyttä ja kertomisen vuorovaikutellisuutta. Kertomus sijoittuu ikään kuin välitilaan, siitä tulee kertojan identiteetti vasta, kun kuulija tavoittaa sen, kun se on riittävän koherentti puhutellakseen. Moniäänisenä kertomus sallii minuuden ristiriitaisuuksienkin jakamisen.

Luvun 6 otsikkona on *Dialogisuuden idea*, ja olen lainannut tähän idean käsitteen Mihail Bahtinilta. Kun minuutta kuunnellaan moniäänisenä, jokainen äänistä esittäytyy yhtenä näkökulmana maailmaan, maailmankuvana, vakaumuksena tai ideana. *Dialogisuuden idea* viittaa siihen, että yksiaäniseksi kuultuna ja yhden vakaumuksen ympärille rakentuneena väitöskirjani olisi dialogisuuden idean perustelu, dialogisen ihmiskuvan puolestapuhe. Olen saanut oman dialogisuuden ideani Bahtinin lisäksi Luce Irigaraylta, joka on ehkä feministiteoreetikoista dialogisin (Schwab 1991).

Keskustelen paikoin, etenkin lääkäriä ja sukupuolta koskevassa 5. luvussa, aineistojeni kanssa yli ja ohi sen, mitä olen artikkeleissani käsitellyt. Tavoitteeni on sekä sisällöllinen että menetelmällinen: koetan aineistojen kautta tehdä merkitykselliseksi ja mielekkääksi sukupuolen näkökulmana lääkäriyteen. Koetan myös ehdottaa erilaisia tapoja, joilla sukupuolta voi aineistoista lukea.

Ajattelen tekeväni feminististä tutkimusta enemmän kuin naistutkimusta. Alun perin vierastin feminismi-sanaa, mutta matkan varrella se on tullut tarkoittamaan omaa tutkijan asennettani, joka ei niinkään tutki naisia ja miehiä vaan pyörittää naiseuden, mieheyden ja sukupuolen käsitteitä ja ilmentymiä tietoisesti etsien tapoja ajatella toisin kuin on tapana. Yksi kiinnostuskohtani naistutkimukseen on siinä, missä professio-tutkimus ja sukupuolisensitiivinen tutkijan näkökulma kohtaavat. Konstruktionistinen lähestymistapa professioon tarkastelee professionaaleja käytäntöjä – vaikkapa lääkäreiden tutkimushaastatteluita – profession rakentamisena ja 'remontoimisena' ja mahdollistaa käytäntöjen sukupuolisten merkitysten huomioon ottamisen.

Kirjoitan vähintään kaksiäänistä tekstiä kuvitellessani itselleni kaksi erilaista lukijaa, yhtäältä lääkäri-identiteetin kysymyksistä kiinnostuneen lääkärilukijan, toisaalta kertomuksen ja sukupuolen teemat yhdistävästä tutkimisesta ja teoretisoinnista, teemojen pyörittämisestäkin, kiinnostuneen toisen lukijan. En halunnut eristää näitä erilaisia



ääniäni, näkökulmiani toisistaan, vaan jätin tekstin moniääniseksi. Ehkä lukijani voi pysähtyä niissä kohdissa, joissa tuntee tekstin loittonevan, ei enää puhuttelevan, ja kuunnella hetken tätä vierauden tuntua. Tieto, kuten identiteetti, voi syntyä paitsi selkeydestä myös erilaisten näkökulmien ja tietämisen tapojen kohdatessa ja haastaessa toisensa. Kohtaamisessa on yhtä aikaa käsittämättömyyden ja uteliaisuuden mahdollisuus.

## 1.2 Tutkimuksen ongelmakenttä

Laajasti tutkimukseni voi ajatella koskevan lääkäri-identiteetin moniäänisyyttä ja sisäisen ristiriidan mahdollisuutta silloin, kun painopiste on lääkärin elämän kokonaisuudessa, ei niinkään käytännön työn dilemmoissa. Tarkastelen lääkäriyttä dialogina, jota jokainen lääkäri käy rakentaessaan omaa identiteettiään ja jota käydään myös ammattikunnassa yhteisesti neuvoteltaessa lääkäriyden perusteista. Kysyn, millaisen kuvan lääkäristä dialoginen tutkimusote tuottaa.

Tämän laajan lääkärin moniäänisyyden tutkimuskentän sisällä on kolme ongelma-alueita, joita kartoitan tutkimuksessani:

- 1) Työttömyyden ja työmarkkinoiden epävarmuuden merkitykset lääkärikunnalle ja erityisesti nuorelle lääkärille.
- 2) Lääkärin sukupuoli sekä yksittäisen lääkärin kokemuksen ja identiteetin näkökulmasta että teoriasta käsin, jolloin kysymys on identiteetin ja profession käsitteiden sukupuolittamisesta ja sitä kautta mahdollisuuksista ymmärtää lääkäriä sukupuolisena.
- 3) Moniäänisyyden tutkimisen metodiikka. Lääkäriyttä ja sukupuolta koskevien sisällöllisten tutkimuskysymysten rinnalla tavoitteena on ollut luoda analyysimenetelmiä ja lukemisen tapaa, jotka mahdollistavat moniäänisyyden ja sukupuolen tutkimisen kertomusaineistoista.

Käyn kohdassa 1.4 läpi artikkeleittain niissä esitetyt yksityiskohtaisemmat tutkimuskysymykset.

## 1.3 Aineistot ja aineistonkeruun menetelmät

### 1.3.1 Haastatteluaineisto

Keskeisin aineistoni koostuu 30 nuoren lääkärin haastattelutilanteessa kertomista elämäntarinoista. Koska tutkijan mielenkiintoni kohdistui työttömyyden ja epävarmuuden merkityksiin, valitsin haastateltavani valmistumisvuoden 1995 perusteella. Näin sain

kuulla kertomuksia lääkäreiltä, jotka olivat opiskelleet pahimman laman ja uhkaavimman lääkäriyöttömyyden aikaan ja joille vielä valmistuessaan työnsaanti ei ollut itsestään selvää.

Haastattelin kahdesta eri lääketieteellisestä tiedekunnasta valmistuneita lääkäreitä. Sain Suomen Lääkäriliiton rekisteristä tiedot vuonna 1995 valmistuneista ja arvoinkummankin tiedekunnan osalta heidät järjestykseen, jonka mukaan aloin ottaa heihin yhteyttä ensin kirjeellä (liite 1), sitten puhelimitse. Rekisterissä on kaikki tiedekunnista valmistuneet, ei vain niitä, jotka ovat liiton jäseniä. Etenin järjestyksistäni, kunnes olin tavoittanut riittävän määrän haastateltavia – ensimmäiseksi valitsemastani tiedekunnasta 16 ja toisesta 14. Halusin aineistooni miehiä ja naisia yhtä paljon, joten tasapainotin sukupuolijakaumaa jättämällä järjestyksistäni loppupäästä väliin naisia, koska olin siihen mennessä haastatellut heitä enemmän. Liitteessä 3 on esitetty taulukkona haastattelemani lääkärit ja joitakin tutkimukseni teemojen kannalta keskeisiä tietoja heistä. Haastattelun ajankohta on mainittu, koska se kertoo suunnilleen valmistumisesta (vuodesta 1995) kuluneen ajan. Ikää ja opiskelupaikkakuntaa en sen sijaan paljasta, koska ne mahdollistaisivat joidenkin haastateltujen tunnistamisen.

Haastatteluita tehdessäni työllisyystilanne koko ajan parani, eikä työnsaannin ongelmista johtuva epävarmuus ollut tarinoiden keskeinen juoni. Haastattelemani lääkärit ovatkin tulleet edustamaan enemmän ammattikulttuuriaan ylipäänsä, ei pelkästään työttömyyden kokenutta sukupolvea. Niinpä aineiston valintakriteereitani on tarkasteltava myös kysyen, miten haastatellut kulttuuriinsa sijoittuvat. He ovat (olivat haastatteluiden aikaan) nuorinta ammattikunnan osaa, joka osittain vielä eli siirtymävaihetta opiskelusta työelämään. Toisaalta useimmat heistä olivat iässä, jossa sekä biologia että kulttuuri ehdottavat tehtäväksi ratkaisut perheen perustamisen tai perustamattomuuden ja muiden elämänmittaisten sitoumusten suhteen. Ajattelen heidän kertomustensa kautta pääseväni käsiksi (ammatti)kulttuurin uraa, sitoutumista ja sukupuolta koskeviin odotuksiin, joiden uskon heille olevan ajankohtaisia oman elämäntarinan ristiriitaisinkin odotuksina.

Päädyin kahteen maamme viidestä lääketieteellisestä tiedekunnasta käytännön syistä. Toinen tiedekunnista oli omani eli Tampere, mistä syystä en valinnut omaa valmistumisvuottani. Tuntui helpommalta tutkijana lähestyä vieraampaa kollegaa, ja samalla logiikalla hyppäsin järjestyksistäni yli ne vuonna 1995 valmistuneet, jotka olivat entisiä kurssikavereitani tai jotka tunsin muuten henkilökohtaisesti. Haastateltavan tuttuus olisi varmaankin painottanut tarinoita vähän toisin, joistakin aiheista olisi ollut helpompi keskustella, joistakin hankalampi. Ajattelen kuitenkin, että nyt haastattelussa korostuu selvemmin kahden nuoren lääkärin kohtaaminen: haastattelemani kollegat kertovat tarinaansa ja perustelevat ratkaisujaan toiselle lääkärille etsien yhteistä

ymmärryksen pohjaa ammattikulttuurin ajattelutavoista ja käsitteistä. He eivät tunteneet minun erityisyyttäni eivätkä voineet kertoa *minulle* henkilökohtaisesti.

Nimelistassani oli viisi lääkäriä, joiden puhelinnumeroa ei löytynyt numero-tiedusteluista. En lähettänyt heille kirjettäköän, vaan siirryin listassa eteenpäin. Kuutta lääkäriä en tavoittanut kirjeen lähettämisen jälkeen. Kieltäytyneitä oli yhdeksän. Kieltäytymisen syynä oli yleensä ajan ja/tai motivaation puute. Kaksi tuntia vapaa-aikaa on mielekästä lahjoittaa tieteelle vain, jos tutkimus vaikuttaa pätevältä, enkä onnistunut vakuuttamaan kaikkia. Toisaalta oman elämän kertomisen intiimiin tehtävään eivät kaikki halunneet tutkimushaastattelussa ryhtyä. Yksi perustelu, johon törmäsin sekä kieltäytymisen syynä että joillakin suostuneista, oli ajatus oman uran ei-tyypillisyydestä. Lääkäreillä oli käsitys siitä, millainen lääkärin elämä ja ura oli odotettu ja tyypillinen ja toisaalta millainen ura on tutkimushaastattelussa tarkoituksenmukaista esittää. Tyypillisyyteen kuului se, että lääkäri tekee kliinistä työtä, ei esimerkiksi vain tutkimusta. Kieltäytymisen johdosta aineistostani jäi puuttumaan myös sellaisia haastatteluita, joissa itselle merkityksellinen elämäntarina ei ollut 'lääkärin tarina' tai joissa suhde lääkäriyteen oli ristiriitainen. Kuten eräs kieltäytynyt lääkäri päätti puhelinkeskustelumme: ei olisi mukava esittää tutkimuksessa näin ambivalenttia lääkäriä.

Useimmat haastattelut tehtiin haastateltavan kotona. Kymmenen lääkäriä haastattelin heidän työpaikoillaan usein työpäivän päätteeksi, kaksi omalla työpaikallani. Yksi haastateltavista oli armeijassa, ja hänet tapasin sotilaskodin kahvilassa. Kerroin joko jo puhelimesta tai haastattelun aluksi tutkimukseni taustaksi lääkäriyöttömyyden ja yhteiskunnan murrokseksi nimetyn ajankohdan korostaen, että ne olivat minun ajatteluni tausta, eikä niiden tarvinnut hallita kerrottua elämäntarinaa. Haastattelutilanteessa pyysin lääkäreitä kertomaan minulle elämäntarinansa, sellaisena kuin he halusivat sen tuossa tilanteessa kertoa. Halusin asettaa pyyntöni näin, sillä en halunnut kenenkään joutuvan kertomaan tieteellisen rehellisyyden nimissä sellaista, jonka kertominen oli vastentahtoista. Narratiivisen identiteetin viitekehyksessä minua kiinnosti, mitä lääkärin tarina sisältäisi, mistä kertomuksen esittäminen lääkäriys koostuisi ja mitä ei ehkä mainittaisi.

Konkretisoin kertomistehtävää vertaamalla sitä kirjan kirjoittamiseen (menetelmä on Dan McAdamsilta, 1993): pyysin haastateltavaani ikään kuin kirjoittamaan elämästään kirjaa. Kirja oli vielä kesken – elämä oli kesken – mutta siinä todennäköisesti erottui jo joitakin lukuja. Pyysin hahmottelemaan sisällysluettelon paperille, mikäli se tuntui helpottavan kertomista. Ajatus kirjasta auttoi mieltämään sen, että toivoin lääkärin kertovan elämästään niitä asioita, joita hän kirjoittaisi suurelle, kasvottomalle yleisölle suunnattuun omaelämäkertaansa; hänen ei tarvinnut miettiä sitä, mitä minä tutkijana halusin tietää. Osa haastateltavista laati sisällysluettelon, mutta moni lähti mieluummin suoraan kertomaan.

Minulla oli myös temaattinen haastattelurunko, johon turvauduin tarvittaessa alun vapaamuotoisen tarinan jälkeen. Haastattelurunko, jonka viimeisin versio on tämän kirjan liitteenä (liite 2), muuttui jonkin verran tutkimuksen aikana. Opin paremmin kysymään sellaisia kysymyksiä, joita Susan Chase (1995) kutsuu narratiivisiksi: kysymyksiä, jotka pyysivät jatkamaan tarinaa. Käytännössä haastattelu eteni enemmän tai vähemmän noudattaen Matti Hyvärisen (1994, 48–51) narratiivista haastattelua muistuttavaa kaavaa, jossa lääkärin päätettyä kertomuksensa kysyin ensin lisää joistakin keskeisiltä tunteista tai mielenkiintoisista aiheista: *kerro lisää, kerro tarkemmin!* Jos opiskelu- ja työvuodet käsiteltiin elämäntarinassa vain lyhyesti, kuten usein kävi, pyysin seuraavaksi vielä kertomaan erikseen lääkärin tarinan: *miten sinusta on tullut tämä lääkäri, joka olet nyt?* Edelleen jatkoin keskustelua lääkärin tarinassa esiin tulleista seikoista ja pyysin usein kertomaan esimerkkejä mieleen jääneistä tapahtumista työssä. Jos sukupuoli oli tavalla tai toisella mainittu kertomuksessa, jatkoin keskustelua siitä, muussa tapauksessa kysyin sen merkitystä erikseen haastattelun loppupuolella, jossa esitin myös joitakin yleisiä kysymyksiä esimerkiksi hyvästä lääkäristä tai tuolloin ajankohtaisesta työaikalaista.

Haastatteluiden edetessä opin käyttämään itse haastattelutilanteen alussa enemmän aikaa itseni ja tutkimukseni esittelyyn. Aloin kertoa oman tarinani ensin, sen, miten olin syventäviä opintoja tehdessäni mieltynyt laadullisiin menetelmiin ja miten olin sittemmin opiskellut sosiaalipsykologiaa ja naistutkimusta. Sain näin perustelun sille, etteivät lääketieteen kriteerit päteneet – olihan tutkimukseni enemmän yhteiskuntatieteellinen. Omalla tarinallani sain myös avatuksi välillemme tarinallisen tilan, tarjosin kertomisen muodon.

Olin pyytänyt varaamaan haastattelua varten pari tuntia aikaa, ja useimmiten se alkuvaiheeseen käytettiin. Keskimäärin nauhoitetun haastattelun pituus on 1h 45 min; lyhin haastattelu oli alun perin sovittu vain tunnin pituiseksi, pisin kesti kaksi ja puoli tuntia. Tarinat etenivät eri tavoin: joku kertoi kaksi tuntia keskeytyksettä, toisten kanssa tilanne oli enemmän dialogimuotoinen eli minä kysyin, haastateltava vastasi. Elämänkerrontaa kielellisenä ja sosiaalisena tapahtumana tarkasteleva kielitieteilijä Charlotte Linde (1993) korostaa, ettei kasvokkaisuudessa vuorovaikutuksessa kuulija ole vain passiivinen pari korvia tai nauhuria käyttävä käsi, vaan hänen tehtävänsä on avata kerronnan tilaa: hän myötäilee ilmein, elein ja ääntein silloin, kun on samaa mieltä, ja osoittaa myös erimielisyyden ja toisen tulkinnan mahdollisuuden ja kutsuu niin tehdessään kertojaa perustelemaan kantaansa lisää tai neuvottelemaan uutta. Ilman tätä vastaanottavaa kuulijaa kertominen ei suju; tässä mielessä haastateltaville esittämäni ajatus kertomisesta ikään kuin kasvottomalle kuulijalle, suurelle yleisölle, ei voinut toteutua kuin osittain: minä olin kasvoineni läsnä. Silloinkin, kun äänessä oli enimmäkseen haastateltava, olin kuulijana merkitysten neuvottelija ja kertomiseen osallinen.

Vastaavasti omaelämäkerran kirjoittajan voi ajatella kirjoittavan kuvittelemalleen lukijalle, keskustelevan lukijansa kanssa omassa sisäisessä dialogissaan ja kertomuksessaan, vaikka vastaanottaja ei ole kerrontahetkellä läsnä oleva toinen (ks. Vilkkonen 1997, 78–81).

Se, että kuvasin tutkimukseni taustaksi yhteiskunnan murrosvaiheen ja toisaalta omaksi taustakseni yhteiskuntatieteelliset opintoni, rakensi sitä kuulijaa, jolle haastatteluiden kertomukset on kerrottu. Jotkut haastateltavat suhteuttavat elämäänsä yhteiskunnallisiin vaiheisiin ja ilmiöihin tavalla, jonka kuulen suorana vastauksena taustoitukseeni. Nämä pohdinnat ovat sekä mielenkiintoisia että uskoakseni harvinaisempi näkökulma lääkärille tulkita omaa elämänkulkuaan. Itsestään selvin vaihtoehto viitekehyyksi niille, joiden kanssa keskustelimme tieteellisestä sijainnistani tai lääkäri-identiteettiä koskevasta tutkimuskysymyksestäni, oli psykiatrian ala ja jokin psykologinen näkökulma. Joka tapauksessa kyse on siitä, että kertojalla on aina monia vaihtoehtoja näkökulmiksi elettyyn. Valinnallaan hän tavoittaa kulloistakin kuulijaa tai mielikuvaansa tästä kuulijasta.

Purin itse useimmat haastattelut kirjoitetuksi tekstiksi, kuusi haastattelua purki tutkimusavustaja, ja itse vain tarkistin litteroinnin. Purin sillä tarkkuudella, jota uskoin tarvitseväni analyysissä ja joka osoittautui riittäväksi. Olin sanatarkka ja säilytin kaikki toistot, korjaukset, epäröinnit, merkityksettömiltä tuntuvat välisanat. Samoin merkitsin naurahdukset, huokaukset, lyhyet ja pitkät tauot, painokkaasti lausutut sanat. (Luvuissa 3.1 ja 5.3.1 on aineistokatkelmia, joista voi nähdä, miltä litteroitu aineistoni näyttää.)

Miksi lääkärin *elämäntarina*, kun tutkimuksen kohteena oli ammatillinen identiteetti? Kuten lääketieteen opiskelijoiden kertomuksia analysoinut Katja Ryyänen (2001; ks. jäljempää 2.5) päättää, professionaalinen identiteetti ei rakennu vain lääketieteen opiskelun ja lääkärin työn kautta, vaan tärkeä osa rakennustyötä tapahtuu niissä risteyskohdissa, joissa professionaalisuus ja henkilökohtainen elämä kohtaavat: lääkärin ja sukulaisen tai ystävän näkökulmat sekoittuvat, ura ja yksityiselämä neuvottelevat. Näissä kohtaamisissa eri elämänsfäärien uskomukset, ajattelutavat, vuorovaikutuksen muodot, arvot ja odotukset ylittävät rajaa ja muuttavat toisiaan. Professionaalinen kasvaa osaksi yksityistä ja päinvastoin, tai jos kohtaaminen on riitaisaa, syntyy identiteettiin dilemma pohdittavaksi, ratkaistavaksikin.

Useimmat haastateltavani tiesivät etukäteen, että tutkin lääkäriyttä elämäkerrallisella menetelmällä ja että haastattelussa pyytäisin heitä kertomaan elämäntarinansa. Jotkut tyytyivät tähän, toiset halusivat tietää tarkemmin: mistä nimenomaisista kysymyksistä olin kiinnostunut, miten analysoisin aineistoani? Kysymykset olivat hyviä ja oikeutettuja, mutta niihin vastaaminen oli vaikeaa. Olin tutkimassa lääkäri-identiteettiä tarinallisena ilmiönä, mutta halusin kertojien itse määrittävän, mikä heidän tarinansa oli tärkeää (ks. Hyvärinen 1994, 47). En halunnut tarjoilla senhetkisiä tutki-

muskysymyksiäni kerronnan ohjeiksi siksikään, että tiesin niiden tutkimusprosessissa muuttuvan ja kypsyvän. Ajattelin, ettei olisi eettisesti oikein sanoa tutkivansa yhtä, kirjoittaa sitten kumminkin toisesta näkökulmasta. Analyysimenetelmiäni, lukemisen tapojani, en vielä tuntenut; ne on opittu ja synnytetty vasta artikkeli kerrallaan, prosessissa, jossa aineiston herättämä ihmetys ja uteliaisuus on ohjannut kysymään tiettyä kysymystä ja kysymys puolestaan ohjannut analyyttistä menettelyä.

Väitöskirjatutkimuksen tekeminen tuki kuulijakuvaani lääkärinä. Sen sijaan tutkimusmenetelmäni oli/on lääketieteessä erikoinen ja melko tuntematon, vaikka monilla tieteenaloilla puhutaan narratiivisesta ja elämäkerrallisesta käännteestä osana laajempaa kiinnostusta tutkia kielen käyttöä ja erilaisia tapoja pukea sanoiksi inhimillistä kokemusta ja sosiaalisen todellisuuden ilmiöitä (Hyvärinen 1998b; Chamberlayne ym. 2000). En loppujen lopuksikaan löytänyt sellaista tapaa esitellä tutkimustani ja tavoitteitani, joka olisi tuntunut aina toimivan. Minun olisi pitänyt aloittaa teoreettisesti kaukaa voidakseni osoittaa tässä pätemättömiksi ne (esimerkiksi objektiivisuuden ja toistettavuuden) kriteerit ja hypoteesilähtöisyys (kriteereistä ks. Eskola ja Suoranta 1998), joilla lääkäri on koulutettu tiedettä tekemään ja arvioimaan. Eniten riittävän yhteisymmärryksen syntymistä auttoi oman tutkijan tarinani jakaminen: laadullisella menetelmällä tekemäni syventävien opinnäytetyö ja yhteiskuntatieteelliset opintoni sallivat minun käyttää menetelmää, joka ei ollut lääketieteellinen ja jonka ei siten kuulunutkaan olla haastattelemalleni lääkärille tuttu.

Yksi alkupään haastattelu päättyi todella siihen, että lääkäri epäili minun lääkäriyttäni, eikä kokemus ollut miellyttävä varmaan kummallekaan osapuolelle. Enemmän oli onneksi niitä, jotka sanoivat haastattelun jälkeen itse hyötyneensä mahdollisuudesta kertoa. Useimmiten tunnelmaksi jäi haastattelun uteliaisuus: *mitähän sinä tästäkin saat irti??*

### 1.3.2 Tekstiaineisto

Haastatteluaineistoni lisäksi minulla on kaksi muuta aineistoa, jotka liittyvät työttömyysteemaan mutta joiden tulkitsen kertovan lääkäriydestä jotakin työttömyysvaihetta kestävämpää. Tekstiaineistoksi nimitän Suomen Lääkärilehden ja Nuori lääkäri -lehden lääkäriyöttömyyttä käsitteleviä kirjoituksia, joita olen käyttänyt kolmivaiheisesti. Aluksi luin vuosien 1991–1995 lehdistä kaikki työttömyyskirjoitukset ja lisäksi lamaa, terveydenhuollon säästöjä, priorisointia, kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän uudistusta ja tulosvastuuta käsitteleviä tekstejä. Nämä muut teemat sivusivat läheltä lääkäriyöttömyyttä, jonka syyt ja ratkaisut nähtiin osana terveydenhuollon taloutta ja talouden kriisiä. Tässä vaiheessa lukemiseni tarkoituksena oli muodostaa tausta ja konteksti haastatteluaineiston työttömyyskokemuksille.

Toisessa vaiheessa keräsin työttömyyskirjoituksista aineiston tarkempaa luentaa varten. Ammattilehtien työttömyyskeskustelu oli vilkkainta vuosina 1993–1994. Kesällä 1995 havaittiin lääkärintajaisuuksien saannin jo helpottuneen, ja vuoden 1996 ensimmäisen puolikkaan aikana työllisyyden syrjäytti keskusteluaiheena tulossa oleva työaikalaki, siihen liittyvä työvoimatarpeen kasvu ja mahdollinen (erikois)lääkäripula. Päätin keskittyä vuoteen 1993. Silloin ilmeistyneissä 33 Lääkärilehdessä oli 53 tekstiä, joissa käsiteltiin lääkäri-työttömyyttä: ammattiyhdistyksen puheenvuoroja, kokousselostuksia, pääkirjoituksia, pakinoita ja keskustelua-palstan kirjoituksia. Lisäksi useassa numerossa julkaistiin työttömyyskassan ohjeet työttömäksi jäävälle. Nuori lääkäri -lehden yhdestätoista numerosta löysin 44 työttömyyskirjoitusta. Lisäksi ilmestyi marraskuussa Työllisyys -93 -teemanumero. Etsittyäni koko vuoden kirjoituksista niissä otetut näkökulmat työttömyyteen saatoinkin keskittyä teemanumeron 16 tekstiin kolmannessa, analyttisimman luennan vaiheessa: niissä tiivistyi olennaisilta osin koko käyty työttömyyskeskustelu.

### *1.3.3 Avovastausaineisto*

Tutkimukseni kolmas aineisto koostuu kyselylomakkeella kerätyistä lääkäreiden kirjoittamista urakuvauksista. Aineisto on peräisin nuorten professionaalien uria ja työttömyyttä kartoittavasta tutkimusprojektista (esim. Virtanen ym. 2000), joka käynnisti neliosaisen seurantakyselyn vuonna 1994. Kysely lähetettiin kaikille Suomessa opintonsa vuonna 1989 aloittaneille lääkäriopiskelijoille sekä niille, jotka olivat viimeisellä vuosikurssilla vuonna 1994–1995. Viimeinen, vuonna 1998 postitettu kysely lähti 638 vastaanottajalle (273 miehelle ja 365 naiselle), joista useimmat olivat jo valmistuneet lääkäriksi. Siihen liitettiin avoin kysymys, joka pyysi osallistujia (ikään kuin) kertomaan pienen uratarinan työttömyyden näkökulmasta. Kysymys kuului näin:

Kiitämme osallistumisestasi tähän tutkimukseen, jonka neljäs ja viimeinen kysymyslomake on nyt käsissäsi. Neljä vuotta sitten, kun tutkimus alkoi, lääkäreidenkin työllisyystilanne heikkeni äkillisesti. Ennusteet laajasta ja syvenevästä lääkäri-työttömyydestä eivät kuitenkaan toteutuneet. Toivomme Sinun vielä palauttavan mieleesi nuo ajat. Mitä Sinulle tapahtui tuolloin? Mitä ajattelit? Mitä ratkaisuja teit? Miten nämä ratkaisut ovat mahdollisesti näkyvissä tämänhetkisessä tilanteessasi? Millaisena nyt näet tulevan työurasi? Voit kirjoittaa vastauksesi alla olevaan tilaan tai erilliselle paperille.

Avoimeen kysymykseen vastasi 217 lääkäriä eli 49 % viimeisen kyselyn vastaajista. Kaikki kyselyyn vastanneet jaettiin ryhmiin heidän (kyselyyn niin ikään sisältyneen) Sense of Coherence eli SOC-kysymyssarjan pistemääränsä mukaan. Korkeim-

man ja alimman SOC-pistemäärän neljänneksiin sijoittuneiden vastaajien avovastaukset (70 vastausta) ovat tutkimuksessani lopulta analysoitu aineisto.

## **1.4 Analyysimenetelmät, lukemisen tavat ja tutkimuskysymykset artikkeleittain**

Valitsin tarinallisen (narratiivisen) lähestymisen lääkäriyteen. Viehätyin narratiivisuuden teorioista, joiden mukaan kertominen on syvästi inhimillistä, tai oikeastaan toisin päin: inhimillisyys on kykyä kertoa tarinaa, omaa tai ammattikunnan yhteistäkin kertomusta. Niin inhimillistä kokemusta kuin yksilöllistä ja kulttuurista identiteettiäkin voi ymmärtää tarinoina ja kertomuksina.

Narratiivisuus on lähestymistapa ja viitekehys, joskus aineiston muoto ja aineistonkeruun menetelmä, mutta ei yksi ja yhtenäinen aineiston lukemisen tapa tai analyysimenetelmä. Olen jokaisen aineistoni kanssa kulkenut läpi sen tiettömän taipaleen, jonka esim. Eskola ja Suoranta (1998) kuvaavat laadulliseen tutkimusprojektiin kuuluvana: tutkijalla on aineisto ja mielessään kysymyksiä aineistolle esitettäväksi, mutta hän ei tiedä, miten ryhtyä tekstejä lukemaan, miten saada ne vastaamaan. Laadullisen tutkimuksen tekijä joutuu luomaan oman lukemisen tapansa soveltaen olemassa olevia menetelmiä ja jo tehtyjä tutkimuksia. Tässä kohden tutkimuskysymykset muovaavat menetelmää ja menetelmä kysymyksiä; kyseessä on dialogi, jota tutkija käy aineistonsa kanssa ja jossa jokainen uusi teoreettinen, käsitteellinen tai menetelmällinen näkökulma sanoittaa kysymykset vähän toisin ja mahdollistaa taas vähän erilaiset vastaukset.

Omassa tutkimuksessani lukemisen tapani on jokaisessa artikkelissani erilainen, ja sovellan siis samaankin aineistoon erilaisia analyysimenetelmiä. Olen tietoisesti kuljetanut jokaisessa artikkelissa mukana teoreettisia, käsitteellisiä, menetelmällisiä ja sisällöllisiä lankoja rinnakkain. Toivon onnistuneeni osoittamaan näiden yhteenkietoutuneisuuden ja samalla luomaan narratiivista lukutapaa toistenkin soveltaa; artikkeleiden lukemista monisäikeisyys raskauttane.

Esittelen lukemisen tapani artikkeleittain ja tarkennan samalla kunkin artikkelin kysymyksenasettelua. Perustelen myös sitä valikoivaa tapaa, jolla olen käyttänyt aineistojani. Käyn ensin läpi kolme työttömyysteemaan liittyvää artikkelia niiden kirjoittamisjärjestyksessä, ja sen jälkeen kolme lukemisen metodia kehittävää artikkelia kirjoittamis- ja ilmestymisjärjestyksessä.



#### *1.4.1 Lääkärit tuuliajolla: autonomia ja uran epävarmuus nuorten lääkäreiden tarinoissa*

Ensimmäisen *Doctors drifting* -artikkelin pohjana on suomenkielinen artikkeli (Löytyniemi 1998), jonka kirjoitin tehtyäni 19 haastattelua. Nämä samat haastattelut, niissä kerrotut lääkärin tarinat, ovat väitöskirjaani sisältyvän artikkelin aineistona. Kirjoitin sen käsikirjoituksen jo vuoden 1997 lopussa, vaikka artikkeli ilmestyi vasta vuosia myöhemmin (loppuvuonna 2000). Olin kirjoittaessani jo tehnyt joitakin haastatteluja lisää, mutta en ollut vielä litteroinut niitä. Keskityin työttömyyden ja epävarmuuden merkityksiin, ja ajallinen etäisyys työttömyysvaiheesta oli joka tapauksessa lyhin ja työtilanteen epävarmuus yhä ajankohtaisin alkupään haastatteluissa, millä perustelen haastatteluaineiston rajallista käyttöä.

Tässä artikkelissa olisi riittänyt käyttämäni vähempikin litteroinnin tarkkuus, sillä analyysi perustuu pääasiassa kerrotun sisältöön. Narratiivisen identiteetin näkökulmasta lääkäreiden tuli voida kertoa työttömyyden uhka ja epävarmuus osaksi omaa tarinaansa tavalla, joka säilyttäisi kertomuksen ja samalla identiteetin eheyden ja jatkuvuuden. Etsin jokaisesta haastattelusta kohdat, joissa työttömyys, lama ja epävarmuus tulivat puheeksi, ja katsoin, miten ne asettuivat kyseisen tarinan jatkumoon. Minun oli siis kuunneltava haastattelussa kerrottu tarina kokonaisuudessaan, pelkästään työttömyyspuheen poimiminen analysoitavaksi ei olisi mahdollistanut sen omaelämäkerrallisen merkityksen tulkintaa. Tutkimuskysymys ja myös aineistolle esitetty kysymys kuului: *millaisia merkityksiä nuoren lääkärit antoivat työttömyydelle ja epävarmuudelle osana identiteettikertomuksiaan?*

#### *1.4.2 “Töitä nuorille kollegoille!” Miten lääkäriyöttömyyskeskustelussa rakennettiin lääkäriyttä?*

Tämän artikkelin aineistona ovat Nuori lääkäri -lehden Työllisyys-teemanumeron 16 kirjoitusta, joissa ammattilehtien työttömyyskeskustelussa esitetyt äänet ja näkökulmat kohtasivat samojen kansien välissä. Tutkimuskysymykseni koski *tapoja, joilla lääkärikunta ammattilehdissään keskustellen rakensi uudenlaisen työmarkkinatilanteen tulkintaa ja toimintapohjaa*. Käytän analyysini apuvälineenä aktanttimallia (Greimas 1980; 1987a,b; Sulkunen ja Törrönen 1997a), jonka valossa ei-tarinamuotoinenkin teksti saa kertomuksen piirteet: se esittää toimijan, joka pyrkii kohti tavoitettaan auttajien ja vastustajien helpottaessa ja vaikeuttaessa pyrkimystä. Teksti luo myös arvomaailman: tavoiteltava päämäärä on arvokas, samoin sankari-subjektin ominaisuudet, kun taas vastustaja on paha tai moraaliton. Esimerkiksi lääkärin työn asettaminen nuoren lääkärin tavoitteeksi sanoo samalla työn olevan arvokas, kunniallinen päämäärä.

Aktanttimallin kautta oli mahdollista kysyä aineistolta, *ketkä nähtiin työttömyys-tilanteessa keskeisinä toimijoina ja millaisia vastakkainasetteluja rakennettiin* sijoittamalla toisia toimijoita vastustajan positioihin. Edelleen aktanttimalli ehdotti arvojen kysymistä: *mikä esitettiin toiminnan arvokkaina päämäärinä? Millainen on tekstien rakentama arvokas lääkäri ja lääkäriprofession? Ovatko nämä arvot erilaisia riippuen siitä, mikä on kirjoittajan näkökulma?*

Koska oma näkökulmani oli ennen kaikkea nuoren, työttömyyden konkreettisimminkin uhkaaman lääkärin, luin teksteistä nuorelle lääkärille tarjottuja mahdollisia tilanteen tulkintoja, tulevaisuuden kuvia ja ammatillisia identiteettejä. Kyse oli nytkin nuoren lääkärin narratiivisesta identiteetistä, mutta toisesta näkökulmasta kuin lääkäreiden itse kertomissa elämäntarinoissa. Oma, henkilökohtainen tarina ja identiteetti kerrotaan kulttuurin jakamista mallitarinoista, niitä soveltaen ja myös muuttaen (Hänninen 1999); henkilökohtaisella tarinalla on poliittinen luonne (Rosenwald ja Ochberg 1992; Whitebrook 2001). Työttömyystekstit tarjosivat nuorille lääkäreille toimijapositioita ja mallitarinoita omaksuttaviksi.

#### *1.4.3 Työ ja perhe koherenssin rakentajina*

Aineistona tässä artikkelissa, jonka olen kirjoittanut yhdessä Pekka Virtasen ja Liisa Rantalaihon kanssa, ovat kyselytutkimuksen avovastaukset. Keskityimme lopulta vastaajiin, jotka olivat saaneet korkean pistemäärän kyselyyn sisältyneellä Sense of Coherence (SOC) -kysymyssarjalla. Tutkimusongelmanamme olivat sekä *lääkärin uran koherenssi* että *koherenssin tunne teoreettisena käsitteenä*, ja tuntui mielekkäältä tarkastella koherenssin ilmentymiä avovastausaineistossa nimenomaan niillä vastaajilla, joiden koherenssin tunteen toinen menetelmä oli todennut hyväksi. Lähdemme liikkeelle Aaron Antonovskyn määritelmästä, jonka mukaan koherenssin tunteessa on kyse yksilön kaikenkattavasta orientaatiosta maailmaan. Näin ollen meidän tulisi voida lukea tuo orientaatio myös niistä tavoista, joilla lääkärit kuvaavat uraansa ja kokemuksiaan avovastauksissaan. Vaihdamme kuitenkin näkökulman narratiiviseksi, jolloin avovastaus ei ole niinkään heijastusta vastaajalle kehittyneestä koherenssin tunteesta, vaan samankin menneisyyden voi kertoen tulkita ja rakentaa koherentiksi tai kaaokseksi. Kysymme, *millaisia ymmärrettävyyden ja mielekkyyden merkityksiä voimme lukea kyselylomakkeella hankitusta laadullisesta aineistostamme ja millaisista asioista rakentuu lääkärin uran koherenssi naisilla ja miehillä*. Samalla pohdimme, *millaisille ennako-oletuksille Antonovskyn SOC-teoria perustuu ja onko koherenssin tunteen käsite ylipäätään mielekäs näkökulma laadulliseen aineistoon*.

#### 1.4.4 Lääkäriin uran murroskohta

Kahdessa seuraavassa haastatteluaineistoon perustuvassa artikkelissa (*Setback of a doctor's career* ja *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*) tarvitsin koko litteointini tarkkuutta. Käytin niissä lukemisen tapanani tai menetelmänäni Matti Hyvärisen kehittämää odotusanalyysia (Hyvärinen 1994; 1998a; Komulainen 1998), joka lähenee lingvististä, kielen yksityiskohtiin tulkintansa perustavaa tekstin analysointia. Lähtökohtana on ajatus siitä, ettei identiteettiä kerrota vain suoraan, kuvaamalla millainen olen, vaan keskeisesti myös odotusten kautta: mitä odotuksia liittyy kuvauksen kohteena oleviin tilanteisiin ja niistä kertomiseen, miten nämä odotukset täyttyvät tai jäävät toteutumatta? Nämä odotukset voidaan ilmaista tapahtumien suorana arviointina, mutta usein ne ilmaistaan epäsuoremmin kielellisiin valintoihin sisältyvällä arviolla; lingvistit William Labov (1972) ja Deborah Tannen (1993) ovat listanneet näitä arvion ja odotusten ilmaisemisen keinoja. *Setback*-artikkelissa analysoimani kertoja esimerkiksi kertoo syventävien opintojensa ohjaajan 'tyrmänneen' hänen oman ehdotuksensa syventävien aiheeksi, ja tyrmätä-verbi jo itsessään arvioi tapahtuneen ja kertoo hänen odottaneen muuta. Samoin kieltolause vihjaa päinvastaisen odotuksesta.

Odotusanalyysi lukemisen tapana on aineistolähtöinen siten, että se tarjoaa selkeät kriteerit kertomuksen ydinepisodille. Odotusanalyysi ei tarjoa valmista tulkintaa, vaan pikemminkin hälytysmerkistön (Hyvärinen 1994, 60), joka auttaa löytämään odotuksista tiheät jaksot eli ydinepisodit kertomuksesta. Näissä kohdissa minän kerronnan voi ajatella tihentyvän samalla, kun kertomuksen moniäänisyydestä haetaan ykseyttä ja minuuden selkeyttä. Tulkinta siitä, millaiset odotukset ohjaavat kerrontaa ja rakentavat lääkäriin minää, jää tutkijan tehtäväksi.

Laaja tutkimuskysymykseni *moniäänisen lääkäri-identiteetin kertomisesta* oli mahdollista esittää haastatteluaineistolle odotusanalyysin avulla. *Setback*-artikkelissa tulkitsen Lassiksi nimeämäni lääkäriin kertomuksen pitkän ydinepisodin. Tämän nimenomaisen haastattelun valinta tapahtui osana tutkimuksen prosessia. Olin purkamassa Lassin haastattelua, ja purkamisen aikana tein usein alustavaa, assosioivaa analyysia ja tulkintaa. Samoihin aikoihin luin raporttia tutkimuksesta, jossa oli kehitetty ja sovellettu odotusanalyysia (Hyvärinen 1994). Lassin kertomuksen syventäviä opintoja kuvaava jakso, jonka perusteellisuutta olin juuttunut pohtimaan, tuntui odotusanalyysilla avautuvan ja avaavan yleisemmin lääkäriyttä koskevia teemoja. Ydinepisodissa on usein kyse muutoksen kerronnasta. Niin Lassillakin, jonka episodin analyysi kasvoi kokonaiseksi artikkeliksi tekeillä olleeseen elämänmuutoksia käsittelevään kirjaan (McAdams ym. 2001).

Alkusysäys kirjoittamiselle oli ennen kaikkea menetelmällinen: *miten odotusanalyysia voi soveltaa identiteettikertomuksen ja henkilökohtaisen muutoksen tulkinnassa?* Sisällöllinen tavoitteeni koskee Lassin kertoen esittämää lääkäriminää: *millais-*

*ten odotusten kautta hän elämäänsä kertoessaan käy ja millaiset äänet ja näkökulmat neuvottelevat hänen minäänsä?*

#### *1.4.5 Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja: lääkärin kerrottu minä ja sukupuoli*

Omaan elämään ja itseen kohdistuvat odotukset ovat usein toisten odotuksia; kertomalla niitä myöten tai niitä vastaan kertoja avaa kertomuksensa ja kerrotun minänsä toisten äänille ja näkökulmille. *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja* -artikkelissa venytän ydinepisodin ideaa tähän dialogisuuden suuntaan. Teoreettisesti olen tutkimusmatkallani luopunut narratiivisen identiteetin ymmärtämisestä vain koherenttina, ykseyttä ja yksiselitteisyyttä korostavana minuuden ihanteena (ks. de Peuter 1998). *Ydindialogeja* lääkäreiden kertomuksista lukiessani luen yhä ydinepisodeja, minuuden kerronnan tihentymiä, mutta nyt korostaen näitä kohtia eri äänten ja näkökulmien kohtaamispaikkoina kertomuksissa.

Tutkimuskysymyksenäni oli yhä *lääkäri-identiteetin moniäänisyys ja se, mitkä olivat keskeisiä identiteettineuvotteluita*. Luen artikkelissa rinnakkain kahta lääkärin kertomusta. Tulkittuani Lassin kertomusta ydinepisodin ja odotusanalyysin kautta *Setback*-artikkelissa aloin systemaattisesti etsiä ydinepisodeja muistakin kertomuksista. Valitsin ydinepisodit joko lingvististen merkkien eli odotuksen ilmaisimien tiheyden perusteella tai dialogisuuden tihentyminä. Dialogisesti tiheitä ovat kertomuksen jaksot, joissa haastattelua kuunnellen tunnistamani kertojan eri äänet, näkökulmat, kohtasivat ja kommentoivat toisiaan. Vasta äänten kohtaamisen tunnistettuani tarkistin, että jaksot olivat myös odotustiheitä.

Tässä artikkelissa tarkastelen myös identiteetin sukupuolta ja sukupuolen kerrontaa. Kysyn, *miten sukupuoli merkitsee lääkäri-identiteetin, ja samalla tavoitteeni on menetelmällisesti luoda tapoja lukea sukupuolta ydinepisodeista ja -dialogeista*. Itsenäisyyden ja autonomian käsitteet tai ideat toistuivat lääkäreiden kertomuksissa, ja olin käyttänyt niitä jo profession autonomian merkityksessä työttömyydestä kirjoittaessani. Sukupuolittavasta näkökulmasta itsenäisyys on kulttuurisesti mieheen liitetty, maskuliininen ominaisuus, jolloin sen naisisena vastinparina nähdään vastuullisuus (Gilligan 1982), vastuurationaalisuus (Ve 1982; Komulainen 1994), relationaalisuus tai riippuvuus.

Valitsin tarkempaan analyysiin kaksi kertomusta, joiden ydinepisodeissa eli kerrotun lääkärinminän ytimessä oli kyse itsenäisyyden ja vastuullisuuden neuvottelusta. Molemmat kertomukset jatkavat myös henkilökohtaisen muutoksen kerronnan teemaa. Sovellan ydinepisodien luennassa odotusanalyysia ja sen lisäksi kuuntelen, *miten itsenäisyys ja vastuullisuus käyvät dialogia lääkärin elämäntarinassa: ovatko ne vasta-*

*kohtaisia vai onko niiden suhde jokin muu? Millaiseksi muodostuu niiden suhde kertojan lääkäriyteen? Onko niiden välillä arvojärjestys? Onko niillä selvä sukupuoli?*

#### *1.4.6 Lääkärit haavoittuvaisina kertojina: lääkärille ruumis ja ruumiille sukupuoli*

Kirjoittamisjärjestyksessä viimeisen artikkelini aineistona ovat jälleen omaelämäkerralliset haastatteluni ja metodina ihmetys. Palaan siihen ihmetysten tunteeseen, jota koin jo haastatteluita tehdessäni siitä, miten monen lääkärin kertomuksessa oma sairaus, vamma tai muu ruumista pakottava teema (material necessity, Radley 1988, 99) oli läsnä. En ollut yllättynyt niinkään siitä, että lääkäritkin sairastavat, vaan minua hämmensi sairaudesta kertomisen halukkuus, joskus jopa keveys. Ammattikulttuurisella ymmärrykselläni lääkärin sairauden tulisi olla tabu ja hallinnan pyrkimykseen hiertyvä haava.

Tutkimuskysymykseni *lääkärin sairauden merkityksistä* oli siis aineistolähtöinen, mutta yhtä aikaa peräisin lääkärikulttuurissa käydyistä keskusteluista ja aiemmista tutkimuksista, joiden perusteella tunnistin aiheen tärkeyden (Edelstein ja Beider 1982; Hahn 1985; Spiro 1987; Mäenpää 2000). Teen artikkelissani ihmettelystä aineiston lukemisen metodia ja tapaa, jonka avulla analysoin (enemmän kuin haastattelemiani lääkäreitä) oman ajatteluni ja kokemiseni itsestäänselvyyksiä, joilla on juurensa kulttuurissa ja ammattikulttuurissa. Minä edustan toisin sanoen yhtä aikaa yhteistä, kulttuurista ymmärrystä ja mahdollisuutta analysoida kulttuuria. Luen artikkelissa viittä haastattelua, viittä tarinaa, kahden ruumiillisuuden kohtaamisena: minun ihmetystä tuntevan tutkijuuteni ja haastattelemieni lääkäreiden ruumiista kerrotun. Sara Heinämaa (2000) kuvaa ihmettelyn kaksivaiheisuuden: ihmettely tarkoittaa yhtäältä pysähtymistä kuuntelemaan omaa hämmennyksen hetkeä, sitä, ettei tiedä, mistä on kyse – miksi lääkärit kertovat minuuttaan ruumiinsa rajoista. Toisaalta ihmettely on tietoista kuulijan totunnaisten käsitysten, tiedollisten asenteiden, teorioiden ja uskomusten sekä luonnollisten tunteiden peruuttamista, niiden sulkeistamista hetkeksi, jotta uudenselitykselle jää tilaa muotoutua (mts. 68; myös Klemola 2003). Tässäkin artikkelissani tavoitteeni kahdentuu: *ihmettelyn metodin koettamisen ohella sisällöllinen kysymykseni koskee sitä, millaisia kulttuurisia ja ammattikulttuurisia käsityksiä lääkärin sairaudesta tunnistan kertomuksia lukiessani. Ja edelleen: muuttavatko aineistoni sairauskertomukset näitä totunnaisia käsityksiäni lääkärin sairaudesta ja ruumiillisuudesta – ja jos muuttavat, miten?*

Koska sairastuneellakin ruumiilla on aina sukupuoli, on artikkelissa kyse myös sukupuolen lukemisesta ja *sukupuolen itsestäänselvydeksi koetun tarkastelemisesta*

lähemmin. Lääkäriin sairastuneessa (tms.) ruumiissa kohtaavat siis koko tutkimukseni kaksi punaista sisällönlankaa: lääkäriys ja sukupuoli.

## 1.5 Miksi lääkäriys ja sukupuoli?

Tutkimuksessani sukupuoli viittaa jaettuihin merkityksiin. Sukupuoli on kulttuurimme syvä symbolinen pohjavirta; organisaatiotutkija Silvia Gherardin (1994, 595) mukaan se on samanaikaisesti syvää psyykemme arkkityyppistä pohjavirtaa, ja siksi sitä on mahdotonta hävittää sulkemalla se pois tietoisuudesta, jolla tarkastelemme esimerkiksi kertomuksia tai lääkäriyttä tutkimuskohteena. Sukupuolen ottaminen tietoiseksi näkökulmaksi lääkäriyteen ja lääkäri-identiteettiin moniäänistää ja hajottaa identiteetin selkeyttä entisestään sikäli, kuin lääkäri on oppinut ajattelemaan ammatillista itseään ilman sukupuoltaan. Silti tuo viilto ehkä tarvitaan, diagnostisena toimenpiteenä aluksi. Myyttinen sankarilääkäriin kertomus liittää lääkäriin maskuliiniset arvot ja piirteet. Vaikka myytin voi kyseenalaistaa, sitä ei voi kokonaan jättää oman identiteettinsä ulkopuolelle, sillä se on osa ammattikulttuuria, kulttuurin uskomuksia, käyttäytymismalleja ja työn käytännön järjestelyjä. Myytti myös kohtelee miehiä ja naisia eri tavoin, ja nämä erilaiset kokemukset jäävät purkamatta ja käsittelemättä, jos lääkäriyden tarkasteluun ei sisällytetä sukupuolisensitiivistä näkökulmaa.

Sukupuolen teema on soluttautunut tutkimukseeni vähitellen. Olin kiinnostunut siitä alun perin, mutta en tiennyt, miten sitä käsitelisin. Käytännössä valitsin haastattavani siten, että heistä puolet oli miehiä ja puolet naisia. Useimmissa haastatteluissa otan sukupuolen puheeksi jossakin vaiheessa – joko tartun tarinassa kohtaan, jossa siihen viitataan, tai kysyn haastattelun loppupuolella, mitä naiseus/mieheys lääkäriinä olemisessa tarkoittaa haastateltavalle itselleen tai lääkäriille ylipäänsä. Monista näkökulmista mies- ja naislääkärien kokemusten, kertomusten tai identiteettien vertaaminen on joka tapauksessa vain yksi mahdollinen.

Silvia Gherardi on tärkeä taustavaikuttaja tutkimuksessani siksi, että hän korostaa sukupuolen monimerkityksisyyden ja epämääräisyyden hyväksymistä. Sukupuoli kulttuuria jäsentävänä ilmiönä ei suostu yksiselitteisesti kuvattavaksi ja koettavaksi mutta on silti aina läsnä eräänlaisena luokittelun prototyypinä, joka ohjaa ajatteluamme ja käyttäytymistämme (Gherardi 1995, 128). Kulttuurissa, myös ammattikulttuurissa, mies- ja naisyksilöihin liitetään tiettyjä merkityksiä ja odotuksia. Miehin symboloi arvo- ja vaikutusvaltaa, naisinen lämpöä ja läheisyyttä – lääkäri näitä molempia, ja siksi lääkäri on kiehtova kohde tarkastella sukupuolten kohtaamista. Näitä miehisen ja naisisen rajoja on siis mahdollista ylittää, mutta sukupuolensa tapaa rikkoessaankin yksilö tunnistaa ja tunnustaa rajan olemassaolon. Professionaalisessa ammatissa toimiva nai-

nen tai lapsia kotona hoitava mies ylittävät sukupuolen symbolista kahtiajakoa, mutta kaksijakoinen sukupuoli säilyy rakenteellisena jakona yhteiskunnan julkiseen ja yksityiseen sfääriin. Täysin vaihtokelpoisiksi miehinen ja naisinen positio eivät tule niin kauan kuin niiden välillä vallitsee miehistä vaihtoehtoa suosiva arvojärjestys.

Sukupuolen sijoittuminen rakenteisiin ja symboleihin tarkoittaa, että hierarkkisesti alempaan asemaan joutuessaan miehestä tulee 'second-sexed', vaikka hierarkian perustana olisi ikä tai ammatillinen status. Kun haastatteluissani kysyn sukupuolen merkitystä, moni haastateltava tunnistaa nuoren naislääkärin vaikeuden saavuttaa lääkärin arvovaltaa suhteessa potilaisiin, kollegoihin tai hoitohenkilökuntaan. Nuoruus, naiseus ja apulaislääkärin status asettavat naisen kolminkertaisesti hierarkian alemmalle rapselle, mikä tekee vuorovaikutuksen vaikeaksi esimerkiksi suhteessa kokeneeseen hoitajaan: tilanne ei vastaa historian ja kulttuurin synnyttämää kollektiivista mielikuvaa siitä, kuka on suhteissa ohjeita ja määräyksiä antava osapuoli (ks. Kinnunen ja Korvajärvi 1996, 12; Cassell 1998 alkaen s. 81; Gjelberg ja Kjølørød 2001). Sukupuoli on vähemmän selkeä ja moniselitteisempi kuin pelkkä kahtiajako miehiseen ja naisiseen; sukupuoli värittää muiden luokittelujen ja erontekojen merkitykset ja tekee sen eri tilanteissa eri tavoin riippuen siitä, kuka tilanteissa toimii, miehet vai naiset (Gherardi 1995, 186). Haastattelemani kirurgiksi aikova naislääkäri kuvasi työpaikkaansa, jossa naisapulaislääkärien joukkoa kutsuttiin 'tipusiksi'. Nimitys oli (si toisessa yhteydessä ollut) hellittely, mutta ammatillisessa yhteydessään se kutsui kulttuurin symboliikasta naiseseen liitettyjä heikkouden, alemmuuden, ei-vakavasti otettavuuden ja seksuaalisuuden merkityksiä näiden naislääkärien identiteeteiksi tavalla, joka oli haastattelemalleni lääkärielle vastenmielinen.

Samalla, kun ryhdyin ajattelemaan identiteettiä kertomuksena ja kielen ja kulttuurin rakentamana, aloin suhtautua sukupuoleen samoin. Kulttuurisesti ymmärrettynä sukupuoli ei ole itsestään selvä yksilön ominaisuus tai vain hänen ruumiinsa merkki, vaan jotakin, joka synnytetään kielen ja puheen kautta ja myös elein, asuin ja elämäntavoin. Tästä näkökulmasta naisinen sukupuoleni ei selitä sitä, miten käyttäydyn, koen tai kirjoitan, vaan ollakseni nainen ja tullakseni kohdelluksi naisena minun on valittava sanani ja elkeeni siten, että ne kulttuurissamme ymmärretään naiselle kuuluviksi. Periaatteessa sukupuolensa voisi aina esittää myös toisin tai häivyttää kokonaan, ja tasa-arvon voisi ajatella toteutuvan silloin, kun jokainen rakentaa identiteettinsä haluamakseen ilman pakotusta kulttuurisesti ja historiallisesti määräytyneisiin rooleihin (ks. Lorber 2000).

Jos sukupuoli nähdään tällä tavoin sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuvana, myös tutkija on vastuussa sen tuottamisesta. Jo miehistä ja naisista kirjoittaminen pitää yllä kahtiajakoa, joka yritetään ylittää, ja siksi halusin ensimmäisissä artikkeleissani (*Doctors drifting* ja *Setback of a doctor's career*) kirjoittaa sukupuolesta kirjoittamatta

sukupuolesta tai miehistä ja naisista. Toisin sanoen halusin rikkoa totuttuja, stereotyyppisiä käsityksiä miehestä ja naisesta esittämällä heidät toisin, mutta en halunnut sanoa tekeväni niin, jotta en olisi samalla elvyttänyt stereotyyppioita, joista halusin eroon. Niinpä valitsin tietoisesti haastatteluista esimerkeiksi kohtia, jotka esittivät autonomian pyrkimystään korostavan naisen tai perhesitoutumusta korostavan miehen. Jätin lukijani tehtäväksi huomata sukupuolen läsnäolo.

Nyt yhteenvetoa kirjoittaessani olen tullut lähemmäksi sukupuolieron näkökulmaa lähinnä Luce Irigarayn kirjoitusten kautta. Sukupuolieron painotuksessa sukupuolta ei yritetä häivyttää eikä sitä nähdä kokonaan sosiaalisena konstruktiona. Ennemminkin lähdetään liikkeelle mies- ja naisruumiin erosta, joka kulttuurissa sitten ilmenee erilaisina miehen ja naisen identiteetteinä, olemisen tapoina ja tyyleinä (Heinämaa 1996). Sukupuolieron näkökulma painottaa lääkäriäkin kokemuksen ja identiteetin tarkastelemista miehen ja naisen kokemuksina ja identiteetteinä, mutta kieltäytyen sukupuolia koskevista itsestäänselvyyksistä ja viime kädessä miesten ja naisten välisten käyttäytymisessä tai identiteeteissä ilmenevien erojen selittämisestä sen paremmin kulttuurin kuin biologiankaan synnyttämiksi. Sukupuoli on sekä kulttuurinen että biologinen ilmiö, ja tutkimuksen kannalta mielenkiintoisia ovat ne tavat, joilla yksilöt voivat olla ja elää miehinä ja naisina (Salonen 2000, 156). Sukupuolieron näkökulma ei myöskään suosi eron symmetrisyyttä: miestä ei tarvitse nähdä ei-naisena eikä naista ei-miehenä.

Jatkan artikkeleissa aloittamaani sukupuolen ja lääkäriyden yhteen punomista tässä yhteenvedossa. Keskustelen professioteorian, lääkäreistä tehdyn aiemman tutkimuksen sekä omien artikkeleitteni ja aineistojeni kanssa etsien näistä kaikista teksteistä kohtia, joissa sukupuoli avaa näkökulman ja ymmärryksen mahdollisuuden lääkärin kertomukseen, kokemukseen ja käytännön työhön. Olen lukenut aineistojani ja aiempia tutkimuksia lääkäreistä sukupuolen näkökulmasta tietoisesti ja tarkoituksellisesti. Olen valinnut näkökulman, josta käsin on mahdollista nähdä sukupuoli merkityksellisenä lääkärin kokemuksen ja identiteetin osana, ja myös nähnyt niin.



## 2 Lääkärikertomukset

Valitsemani narratiivinen, tarinallinen lähestymistapa on lääketieteessä melko tuntematon, mutta ei lääkärille ehkä sittenkään niin vieras kuin voisi luulla. Lääkärit ovat tarinankertojia. He laativat sairauskertomuksia, selostavat tapauksia ja jakavat potilaiden tarinoita (Hunter 1991), mutta useat heistä ovat taiteilijoita tietoisemminkin: he kirjoittavat kirjoja potilaistaan (Sacks 1985), omasta elämästään ja/tai työstään (viittaantuonnempana Conleyhyn 1998, Sjögreniin 1991 ja Seppäseen 2000) ja siitä, kun lääkäri sairastuu (Sjögren 1991; Achte 1993; Palo 1995; Vartiovaara 1995). He kirjoittavat myös kirjoittamisesta (Andersson 2002). Piipahdan seuraavaksi erilaisissa tavoissa, joilla tieteessä on ymmärretty lääkäriä kertojana. En lupaa kaikenkattavaa katsausta, vaan tarkoitukseni on esimerkein näyttää, miten eri tavoin lääkärin ja kertomuksen voi tutkimuksellisesti yhdistää. Tarkoitukseni on tehdä tutuksi ehkä vieraalta tuntuvaa narratiivisuutta. Toisaalta jokainen esittelemistäni tutkimuksista tai teksteistä on valittu niin, että voin niiden kautta avata jonkin käsillä olevassa tutkimuksessa tärkeän, myöhemmin väitöskirjani yhteenvedossa tai liiteartikkeleissa toistuvan teeman: uran käsitteen, ammattikulttuurin sukupuolittuneisuuden, kertomusten välittävän funktion sekä historian ja kulttuurin läsnäolon kertojassa. Tästä syystä joukkoon on mahtunut yksi tutkimus, joka ei suoranaisesti käsittele kertomuksia, vaan pikemminkin vielä perustavammanlaatuista merkityksen käsitettä (Engeström 1999).

### 2.1 Ura osana elämäntarinaa

Malcolm Johnsonin artikkeli *Professional Careers and Biographies* (Johnson 1983) inspiroi minua jo tutkimukseni alkuvaiheissa. Johnson esittää, että ammatillisen uran tarkasteleminen abstraktin ja usein idealistisen urakäsitteen sijaan elämäkerran kautta tuottaa tietoa, jota ei tutkimuksissa yleensä edes kysyttyä saati saada. Elämäntarina mahdollistaa urapuhetta enemmän erilaisia asenteita, näkemyksiä ja tulevaisuudenkuvia, kokonaisen kirjon, joka osittain on muuta kuin vallitseva odotus professionaalien uran lineaarisesta logiikasta. Johnson on oman aineistonsa elämäkertoista lukenut muun muassa kasvavaa kiinnostusta elämän muille osa-alueille pelkän ammatillisen statuksen ja rahan tuoman tyydytyksen sijaan tai oheen. Nämä erilaiset elämän urat suhtautuvat ja kietoutuvat toisiinsa yhtä monin tavoin kuin on elämäntarinoita, mutta samanaikaisesti ne kertovat tarinaa siitä yhteiskunnasta, jossa kertojat elävät ja urautuvat.

Erilaisten tutkimusaineistojen kautta Johnson tutkijatovereineen rakensi erilaisia sosiaalisia (esimerkiksi koulutuksen, terveydenhuollon ja perheen) instituutioihin piirtyviä malliuria ja yksilöllisiä uria niissä. *Subjektiiivinen ura* kuvaa sitä, mitä omatkin

haastattelu- ja avovastausaineistoni sallivat lukea: oman elämäkertansa kertojan juontavaa tulkintaa menneistä vaiheista kontingensseineen ja vaihtoehtoisia suuntia tulevaan. Johnson ei pohdi vain lääkärin konkreetteja uria vaan hän pyörittää itse uran käsitettä. Koko uran ajatushan liitetään usein vain ammatteihin, joilla on tarjota uramalli, toisin sanoen rakenne, jota pitkin voi yletä ja edetä tiedon, statuksen, palkan ja autonomian määrässä. Ura nähdään yksisuuntaisena liikkeenä, josta suodattuvat pois perheen ja muiden sitoumusten aiheuttamat hidastumat, elämän sattumanvaraisuus ja takapakit. Subjektiiivisena ura on paljon sallivampi eikä edes se, minkä lääkäri itse määrittää etenemiseksi tai takapakiksi (ks. artikkelini *Setback of a doctor's career*) ole ennakoita selvää. Kysyttäessä erikoisalan valintaan vaikuttaneista tapahtumista oli Johnsonin saamien vastausten kirjo suuri, mutta niitä yhdisti valinnan ennustamattomuus ja vaihtelu siinä, mitä samankaltaisista elämäntapahtumista kullekin uralle lopulta koitui. Autonominen, yksilölliseen, vapaaseen valintaan perustuva ura ei näytä koko elämän ja elämäntarinan kontekstissa mahdolliselta, ei edes mielekkäältä tavoitteelta. Johnson päättää artikkelinsa toteamukseen, jonka mukaan muutokset perheen rooleissa tai terveydenhuollon talouspolitiikassa ovat tehneet lääkärin professionaalit urat ennustamattommiksi kuin urasta puhuttaessa yleensä tullaan ajatelleeksi. Elämäntarina on avoin näille muutoksille, eikä elämän ennustamattomuuden hyväksyminen muuta vain ymmärrystämme urasta vaan koko käsitystämme professiosta.

## 2.2 Kulttuurinen psyke ja kertomus

Linden Westin *Doctors on the Edge* (West 2001) on toinen esimerkki siitä, miten omaelämäkerrallinen näkökulma ja aineisto tekee mahdolliseksi ja ehkä väistämättömäksi lääkärin työn ja toisaalta elämän yksityisemmän, henkilökohtaisen ja koetun puolen kohtaamisen. West on haastatellut lontoolaisia yleislääkäreitä projektissa, joka alkoi itseohjautuvan oppimisprojektin seurantana. Seuranta laajeni tutkijan ja haastattelujen lääkäreiden vuosia kestäneeksi suhteeksi ja sitoumukseksi, jossa useiden haastatteluiden myötä tapahtunut oppimis- ja muutosprosessi koski myös tutkijaa itseään. Liz Stanley (1992) on käyttänyt oma/elämäkerran käsitettä korostaessaan sitä, miten elämäkerran kirjoittaja laatii aina myös omaa kertomustaan ja miten tuotetun tiedon tulisi aina sisältää syntyprosessinsa kuvaus: ne elämänhistorialliset ja intellektuaaliset (teoreettiset, käsitteelliset) merkitykset, joiden varassa tutkija kysyy tietyt kysymykset ja vastaa niihin tietyllä tavoin.

Westin haastattelemat lääkärit toimivat monin tavoin reunamilla ja partailla. Brittiläisessä kulttuurissa yleispraktiikan ja sairaalalääketieteen raja on ehkä jyrkempi kuin Suomessa, mikä korosti lääkäreiden kokemusta kuulumisestaan lääketieteen syrjäiseen

ja vähemmän arvostettuun marginaaliin. Heidän työssään kohtaamansa inhimilliset, sosiaaliset ja työn organisointia koskevat ongelmat tuntuivat usein ylitsepääsemättömiltä ja pakottivat arvioimaan uudelleen opiskelun aikana omaksuttuja käsityksiä lääketieteen ja lääkärin tarkoituksesta. Toisaalta eroja suvaitsematon ammattikulttuuri helposti syrjii vähempiarvoiseen työhön niitä lääkäreitä, jotka poikkesivat normista etnisen taustansa, sukupuolensa, seksuaalisuutensa tai terveydellisten ongelmien vuoksi. Lääketieteen kulttuuri arvostaa perinteisesti miehiseksi tulkittuja ominaisuuksia ja väheksyy naisiseksi miellettyä hoivaa, mikä toisarvoistaa naislääkärin mutta myöskövuutta ja kilpailuhenkeä vieroksuvan miehen.

West hyödyntää kulttuuripsykologian näkökulmaa, joka katsoo kulttuurin kautta yksilöön ja yksilön kautta kulttuuriin. ”Kulttuuri – sen valtasuhteet ja normalisoivat käsitykset totuudesta – tunkeutuu syvälle jokaisen suhteen sydämeen ja muotoilee sitä, miten miehet ja naiset ajattelevat ja tuntevat itsestään, toisistaan ja sukupuolten rooleista” (West 2001, 30). Jokainen omaelämäkerrassa sanoiksi puettu elämän, oman itsen ja toisten ymmärtämisen tapa on sekä kertojan psyykkisen, henkilökohtaisen, koetun maailman kuvaus että yksi mahdollinen kulttuurin kertomus. Westille sukupuoli on yksi lääketieteen(kin) läpäisevä symbolinen ja ruumiillinen jako. Hän tunnistaa samalla muita ajankohtaisia ilmiöitä, jotka haastavat lääkärin identiteetin ja moniäänistävät lääkärin. Omankin tutkimukseni lääkäreiden kannalta merkittäviä haasteita ovat yhteiskunnan ja terveyden epätasa-arvoistuminen, terveydenhuollon organisatoriset muutokset, ammattiryhmien muuttuvat rajat, markkinatalouden ja tulostavastuun periaatteet, tietokäsitysten muuttuminen ja tiedettä koskevien itsestäänselvyyksien kyseenalaistuminen sekä oppimisen teorioiden ja opetuksen käytäntöjen muuttuminen esimerkiksi ongelmalähtöisen oppimisen suuntaan. Palaan 7. luvussa siihen, miten omissa osa-artikkeleissani käsittelemäni identiteettineuvottelut voi kuulla näiden haasteiden omaelämäkerrallisina esityksinä.

Omaelämäkerrallinen kertomus joka tapauksessa mahdollistaa erilaisten näkökulmien esittämisen. Kertomuksesta tulee ikään kuin erilaisten lääkärihahmojen neuvottelua, jossa ammatillisen ja henkilökohtaisen rajaa ei useinkaan ole helppo paikantaa. Niinpä kertomus ei helposti taivu tutkimuksen kohteeksi järjestelmällisellä, ennustettavalla, selkeällä tavalla, vaan kertomusten tutkimus muistuttaa enemmän lääkärin työn käytäntöä moniäänisyydessään, kiemuraisuudessaan, totuuksiensa tilapäisyydessä (West 2001, 58).

Kuunnellessaan tarkkaan lääkäreitä, joista monet sijoittuvat moninkertaisesti lääkäriprofession marginaaliin, West ei pyri kattavasti kuvaamaan koko professiota. Silti jokainen yksittäinen lääkärin kertomus, vaikka se painottuisi epätavallisesti, esittää jotakin yhteisestä ammattikulttuurista. Kertomuksen totuus ja uskottavuus on sen tavassa avata kuulijalle hetkeksi uusi tulkintahorisontti, toisenlainen kokemisen ja

näkemisen mahdollisuus. West jättää kirjassaan paljon tilaa aineistonsa lääkäreiden kertoa ilman omaa tulkinnallista puuttumistaan, ja hänen tarkoituksensa lienee antaa omalle (lääkäri)lukijalleen mahdollisuus osallistua dialogiin, ymmärtää kunkin kertomuksen mieli ja antaa ymmärryksen muuttaa omia ehkä itsestään selviltäkin tuntuneita (työn, uran, tieteen, sukupuolen ynnä muita) merkityksiä.

West uskoo, että ammatillisen ja henkilökohtaisen yhteensovittamisen ongelma on rinnakkainen lääkäreiden oppimalle ja omaksumalle tieteen ja kokemuksen, objektiivisen ja subjektiivisen, vastakkaisuudelle. Tieteellisen tiedon näyttöön perustuva totuusarvo on lääketieteessä suurempi kuin henkilökohtaisten tarinoiden ja elämäkertomusten, vaikka yhtä hyvin voisi ajatella niiden näkökulmat laadullisesti erilaisina ja yhtä tarpeellisina totuuksina sairastamisesta ja toipumisesta. ”Itse asiassa näyttö tulee ehkä mielekkääksi vain osana kertomusta, ja haastava kysymys koskee sitä, miten näyttö sisällytetään kertomukseen” (West 2001, 95).

## 2.3 Kertomus kokemuksen välittäjänä

Narratiivinen lääketiede (*Narrative Based Medicine*; ks. Greenhalgh ja Hurwitz 1998; Karjalainen ja Kotkavirta 2001) on lääketieteen ja koulutuksen käytäntöä, jossa Westin sanoiksi pukema haaste otetaan vakavasti vastaan. Tällöin lähtökohdaksi otetaan potilaan kertomus, jonka kautta hänen oireensa ja ongelmansa ratkaisuihin tulevat mielekkäiksi osina elettyä ja koettua elämänhistoriaa. Greenhalgh ja Hurwitz (1998, 3) nimeävät narratiivisen lääketieteen kannalta ehkä tärkeimmäksi kertomuksen ominaisuudeksi sen kyvyn kiehtoa ja viedä kuulija mennessään ikään kuin käymään toisen ihmisen kokemukseen (ks. Ricoeur 1991a, 26). Toisin sanoen kertomus mahdollistaa potilaan ymmärtämisen, mikä ei tarkoita täydellistä tuntemista vaan ennemminkin asetumista kertomuksen avaamaan dialogiseen tilaan, lääkärin oman kokemuksen ja kertomisen kyvyn ottamista työkäyttöön, potilaan kokeman kuvittelemista ja tarinan kertomista yhdessä edelleen. Balint-ryhmissä kertomisen kautta ymmärtäminen on lääkärin työnohjauksellisessa käytössä (Balint 1957; Rabin ym. 1999).

Narratiivinen lääketiede on tietoista pyrkimystä purkaa vastakkainasettelu kertomuksen välittämän tiedon ja näyttönlääketieteen tiedon väliltä. Molemmat tiedon laadut täyttävät tieteellisyyden kriteerit, kun kriteerit on asetettu oikein suhteessa siihen, mistä halutaan tietää. Myös narratiivinen tieto voi olla luotettavaa, mutta luotettavuus merkitsee eri asioita kuin esimerkiksi tilastollisia menetelmiä sovellettaessa (Karjalainen ja Kotkavirta 2001). Sairastuminen, etenkin pitkäaikainen, koskettaa koko ihmisen identiteettiä ja elämäntarinaa, ja myös sairaudesta toipuminen ja kuntoutuminen tarkoittaa oman henkilökohtaisen kertomuksen ja sen avaamien tulevaisuuksien kertomista

uudelleen (Hydén 1995; Hänninen ja Valkonen 1998). Narratiivisuus tunnistaa identiteetin ja kokemuksen kulttuurisen synnyn sekä sairastumisen, sairastamisen ja parantumisen yhtä aikaa yksilölliset ja sosiaaliset merkitykset.

Näyttöön perustuva, yleisesti pätevä tieto tulee kiedotuksi inhimillisiin merkityksiin ja kerrotuksi tarinoihin heti, kun sitä sovelletaan merkitysmaailmoja kantavan potilaan hoitoon. Narratiivinen lääketiede voisi olla pohja sille ainutkertaisen ja henkilökohtaisen tunnustavalle ”kliiniseen asiantuntemukselle”, josta näyttöön perustuvan lääketieteen oppikirja (Sackett ym. 2000, 1) kirjoittaa näin:

*By clinical expertise we mean the ability to use our clinical skills and past experience to rapidly identify each patient’s unique health state and diagnosis, their individual risks and benefits of potential interventions, and their personal values and expectations.*

Näyttöön perustuva lääketieteen käytäntö tarkoittaa tieteellisen näytön ja kliinisen kokemuksen sovittamista kunkin potilaan arvomaailmaan ja olosuhteisiin (Sackett ym. 2000, 4), ja tätä potilaan erityisyyttä vaalivan tiedon pätevyys viittaa ennemminkin kertomuksen ymmärrettävyyteen kuin tiedon yleistettävyyteen (ks. mts. 129–131).

Narratiivisesti lääketiedettä ajatellen lääkäri on jokaisen potilaansa tarinan yksi kertoja, ja lääkäreiden ja kertomusten tutkimisen teeman voi nähdä ulottuvan kaikkeen lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimukseen (josta esim. Mishler 1984; Sorjonen ym. 2001). Otan vuorovaikutustutkimuksista yhden esimerkin:

## 2.4 Toiminnan moniäänisyys ja historiallisuus

Ritva Engeströmin (1999) tutkimuksessa *Toiminnan moniäänisyys: Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista* ei ole suoranaisesti kyse sen paremmin lääkärin identiteeteistä kuin kertomuksistaan. Otan sen esille esimerkkinä vuorovaikutuksen tutkimuksesta, sillä Engeströmin Mihail Bahtinilta omaksuma äänen käsite ja puhujan moniäänisyyden ajatus ovat keskeisiä myös omina teoreettisina ja käsitteellisinä tutkimusvälineinä ja sijoittuvat ikään kuin kertomuskäsitteen alle ja sisään. Engeström on tutkinut videonauhoituksista lääkärin ja potilaan yhteistä toimintaa potilaan kliinisen ongelman ratkaisemiseksi. Hän on kiinnostunut vuorovaikutuksessa syntyneistä merkitysten ja tulkinnan häiriöistä, näkökulmien ristiriitaisuudesta ja yhteensovittamattomuudesta. Ristiriidat eivät ole välttämättä osapuolten itsensä kokemia tai heidän välisiään konflikteja, vaan erilaisten näkökulmien törmäämistä ja toiminnan katkoksia.

Engeström muodostaa tutkimuksessaan yhdeksän vastaanoton sosiaalista kieltä, eräänlaista jaettua tulkinnan mahdollisuutta, puheen sisällön ja puhumisen tavan kokonaisuutta. Keskeistä on, ettei moniäänisyys koske vain vastaanottotoiminnan kokonai-

suutta, vaan jokaista toimijaa, sekä lääkäriä että potilasta, joista kummankin tavallissimmin käyttämä ääni eli omaksuma näkökulma oli lääketieteen ääni somaattisesta kohteestaan. Jokaisella äänellä puhuen on asioita, oireita ja ongelmia, joita ei ole mahdollista käsitellä, ja samastakin kohteesta lääketieteen, hallinnon ja arkielämän äänet haastavat eri tavoin. Moniäänisyys mahdollistaa samanaikaisesti sairauden ja kokemuksen monitasoisuuden tavoittamisen ja toisaalta ymmärryksen katkokset ei vain eri osapuolten välillä vaan myös yhdessä ja samassa puhujassa, potilaassa yhtä lailla kuin lääkärissä.

Toinen Engeströmin tutkimukselle erityinen ja vuorovaikutuksen tutkimuksessa uudenlainen ratkaisu on vastaanoton keskustelujen sijoittaminen erilaisten aikaulottuvuuksien risteykseen. Yhtäältä potilaan ja lääkärin toiminnan mieli ja merkitys syntyy vastaanoton kohtaamisessa, jolla on alkunsa, tapahtumien kulkunsa ja päämääränä potilaan ongelman ratkaisu, olipa se sitten sillä kertaa vaikka vain oireen seuraaminen, odottaminen ja katsominen. Vuorovaikutuksessa kumpikin osapuoli vuoroon tulkitsee ja merkityksellistää toisen sanat ja teot ja jatkaa niiden virtaa; merkitykset syntyvät ja soljuvat seuraaviksi toiminnan ja dialogin etenemisen myötä. Mutta merkitykset – vaikkapa 'sairauden' merkitys ylipäätään – kantavat mukanaan käsitteellistä kulttuurihistoriaansa, kaikkia noille sanoille aiemmin lääketieteessä tai muualla annettuja merkityksiä, ja konkreettissa vuorovaikutuksessa historia kohtaa nykyhetken, aiemmat merkitykset uusia merkityksiä luovan dialogin (ks. Stewart 1986, 53).

Engeströmin soveltama dialogissa elävän merkityksen teoria on Bahtinin kirjoituksista lähtöisin (Bakhtin 1981; 1984; 1986). Omassa tutkimuksessani historian läsnäolo koskee sekä aineistoni kertojia että itseäni kertomusten tulkitsijana. Lääkärin kertomuksessa kohtaavia aikaulottuvuuksia on nytkin monta: haastattelutilanteen kaksituntisessa neuvottelimme yhdessä kerrotun merkitystä, mutta kertoja merkitsee sanomansa myös oman elämänsä kokemushistorialla, jota en voi koskaan täysin tuntea. Dialogiin asettuminen tarkoittaakin merkitysten henkilö- ja kulttuurihistoriallisuuden kuuntelemista *itsessäni*. Olen tutkijana ja tulkitsijana dialoginen solmu, jossa kohtaavat nykyinen vuoropuhelu kertojan (ja myöhemmin aineistoni, kertomustekstin) kanssa ja oman henkilökohtaisen ja akateemisen historiani äänet – tuntemani teoriat, omaksumani käsitykset, professionaalit murteet (Emerson 1986, 25). Edelleen sanat ja käsitteet tuovat mukanaan historian, joka on minut ylittävää kulttuurin historiaa ja josta en aina ole tullut tietoiseksi (Freeman 2002a). Myöhemmin tässä yhteenvedossani rakennan (terveydenhuollon, hyvinvointivaltion ja perheen) instituutioihin kiinnittyvän lääkärikunnan naisistumisen historian (kohdassa 5.1.1), jonka kirjoittaminen tuotti oivalluksen siitä, miten instituutioiden historiaan kiinnittyvät naiseuden merkitykset ovat läsnä myös minussa, omalle naiseudelleni antamissani merkityksissä.

## 2.5 Lääkäri-identiteetti yhdessä kerrottuna kertomuksina

Katja Ryytänen (2001) tarkastelee väitöskirjassaan prosessia, jossa lääketieteen opiskelijat rakentavat kollektiivisesti ammatti-identiteettiään opiskelijoille tarkoitetuissa työnohjausryhmissä, niissä käydyissä keskusteluissa ja kerrotuissa kertomuksissa. Hän soveltaa samaa kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa kuin Engeström. Identiteetti on Ryytänen tarkastelussa sosiaalinen konstruktio, kielen ja kertomusten kautta synnytetty, ja se on yksityisen ja yhteisen rajan yli jatkuvasti käytävän neuvottelun, dialogin, tulos. Identiteetin konstruktio luonteen rinnalla hän korostaa kuitenkin sitä, miten yhteinen identiteetti projekti toteutuu erilaisissa institutionaalisissa käytännöissä ja professionaalissa toiminnassa – esimerkiksi yliopistosairaalan sokkeloissa. Identiteettiä rakentava puhe ja kertomukset sijaitsevat ja tulevat mahdollisiksi tietyissä tilanteissa. Tutkitut opiskelijoiden työnohjausryhmät (reflektioryhmät) olivat tilanteita, joissa oli mahdollista kertoa ja sovittaa identiteeteiksi oman lääkäriksi tuleminen kannalta keskeisiä kokemuksia.

Omassa tutkimuksessani, vaikka lääkäreitä tutkinkin, koen olevani haastattemieni lääkäreiden kanssa löyhemmin kiinni terveydenhuollon instituutioissa. Usein istuimme aivan konkreettisestikin muualla, haastateltavien keittiöissä ja olohuoneissa. Haastattelua eivät silloin keskeyttäneet ovista kulkeva henkilökunta tai lääkärin pöydällä pirisevä puhelin – jos joku keskeytti, se oli nauhurista ja mikrofonista kiinnostunut lapsi tai puhelin, joka soi nyt puolisolle, ystävälle, tuttavalle. Kerronta, tutkimuksen nykyhetken vuorovaikutustilanne, ei siis, näin ajattelen, kiinnittynyt niinkään yliopistosairaalaan tai terveyskeskukseen kerrontaa ohjaavana instituutiona. Elämäntarinan kerronnalle ei taitaisi niissä olla kiinnityspaikkaakaan. Lääketieteen käytännössä lääkäri harvoin kertoo omaa tarinaansa, poikkeuksena ehkä juuri työnohjaus, mutta siinäkin ei kyse ole niinkään oman elämän kerronnasta kuin lääkärinä koetun jakamisesta. Vaikka käsite 'lääkäri' Engeströmiin (1999) viitaten jo kantaa institutionaalista historiaa, elämäntarinahaastatteluitteni puhe kontekstoituu, kiinnittyy, omaelämäkerran kertomisen perinteeseen ja myös tutkimushaastattelun traditioon. 'Lääkärin elämäntarinassa' kohtaavat molempien käsitteiden kulttuurihistorialliset merkitykset.

Elämästä kerrottu kertomus on kiinni eletyssä elämässä ja viittaa siihen, mutta se ei koskaan toista elettyä sellaisenaan. Omaelämäkerrassa elämä ja sen luova esittäminen kohtaavat (Vilkko 1997, 54–55; Kaskisaari 2000, 23). Lääkärin kertoessa elämäntarinaansa hänellä on lupa lainata kaunokirjallisen ja omaelämäkerrallisen kerronnan perinteitä, joille on vain marginaalisesti sijaa ammattikulttuurin arjessa ja käytännössä. Siitä seuraa myös mielestäni olennaisin ero Ryytänen tarkasteluun. Opiskelijoiden

reflektioryhmissä synnytetty professionaalinen identiteetti on ajassa jatkuva prosessi – ei kertaluontoinen vaan osa jatkuvaa työhönsä. Prosessissa yksityisen ja yhteisen välinen identiteettineuvottelu ryhmässä jatkuu ja jatkuu. (Tulevan) lääkärin identiteetti ei ole koskaan valmis lopullisen merkityksessä, mutta tietyllä tarkastelun hetkellä se on kuitenkin pysäytettävissä kuvattavaksi. Identiteetin ajatellaan olevan olemassa riippumatta tutkijasta tai kerronnan toteutumisesta. Omassa tutkimuksessani tarina kerrotaan kerralla, ilman ajassa tapahtuvaa virtaamista: aika virtaa kyllä tarinan tapahtumissa, mutta kertomiseen käytetty aika on vain yhden aallonharjan mittainen – noin kaksi tuntia. Siitä otan vapauteni tutkia identiteettiä selvemmin kielessä rakennettuna, konstruoituna, vain tarinana. Me, minä ja haastateltavani, olemme vähemmän kiinni jatkuvuuden vaateissa, emmehän ole tavanneet aikaisemmin, ja lisäksi elämäntarinan kerronta vihjaa kertojan vapautta, oikeutta oman elämänsä esittämiseen (Freeman 1999, 106). Jatkuvuus tai katkoisuus toteutuu nyt kertomuksen juonessa. Ajallisen prosessin sijaan elämäntarinan kertomisen tapahtumaan keskittyminen korostaa omaa osuuttani kertojana, sekä haastattelutilanteessa että myöhemmin kertoessani tutkimuksestani edelleen. Sosiaalinen, kollektiivinen konkretisoituu lääkärikuulijana minussa.

Mitä tästä (osittaisesta) institutionaalisesta vapaudesta voisi seurata? Minulle on kauan ollut selvää, etten voi haastatteluitteni perusteella sanoa paljoakaan siitä, millaisia lääkäreitä haastattelemani kollegat ovat silloin, kun he tekevät työtään, tai edes siitä, miten he kokevat identiteettinsä lääkärinä, työssään, sairaalan käytävillä, kierroilla, päivystäessään. Uskoakseni silloin elämäntarinan moninaisuus (osittain) korvautuu ykseydellä, selkeydellä, identiteetin yksinäisyydellä. Sen sijaan uskon, että haastatteluissani on enemmän tilaa ristiriidoille ja sille luovuudelle, jota Mark Freeman (1999) nimittää poeettiseksi mielikuvitukseksi.

## **2.6 Omaelämäkerrallinen totuus ja sukupuolen merkitsemä ammattikulttuuri**

Lääkärit kirjoittavat omaelämä- ja omaurakertoja. Tällöin kyse on prosessista, jossa lääkärikertoja tulkitsee oman elämänsä tapahtumia nähdäkseen, mikä on olennaista hänessä ja lääkäriydessä, erityisesti mutta myös yleisesti mielenkiintoista. Frances K. Conleyn kirja *Walking Out on the Boys* (Conley 1998) on lähempänä uran kuin elämän kerrontaa, vaikka ero ei välttämättä ole merkitsevä, sillä hänen kuvaamansa elämä on lääketieteen opiskelun alkamisen jälkeen sisältänyt lähinnä vain työn ja menestyksekkään uran: Conley on ensimmäinen nainen, joka Yhdysvalloissa on edennyt urallaan neurokirurgian professoriksi. Hän on kirjoittanut kirjansa – ikään kuin kääntynyt katsomaan elämässä taakseen ja kertonut kokemuksensa juonen jatkumoksi – tilan-



teessa, jossa hän oli eronnut virastaan vastalauseena sille, että hänen neurokirurgian yksikkönsä johtoon nimitettiin naisia halventavaan, seksistiseen käytökseen taipuvainen mies. Conleyn eroilmoitus sai aikaan hänelle itselleenkin odottamattoman mediamyläläkn. Se johti lopulta hänen palaamiseensa virkaan, mutta myös muutoksen alkuun hänen omassa työyhteisössään ja laajemmin amerikkalaisen lääketieteen kulttuurissa. Omaelämäkerta on tulkinnan prosessi, joka jatkuu lukijassa. Luen Conleyn omaelämäkertaa tutkijan otteella ja esittelen sen kautta joitakin kertomusteoreettisia käsitteitä ja ajattelutapoja, joita olen soveltanut omien aineistojeni luennassa.

Kaiken tapahtuneen jälkeen Conleylla on tarve kysyä, mitä oikein tapahtui ja miksi, miten hän oli itse vaikuttanut asioiden kulkuun ja missä määrin kyse oli hänet ylittävstä prosessista, jonka hän vain oli tullut sysänneeksi liikkeelle. Hän ei ollut koskaan mieltänyt itseään feministiksi, ja vaikka häntä oli häirinnyt ammattikulttuurinsa naissukupuoleen kohdistama väheksyntä, hän oli oppinut pitämään sitä kirurgian kulttuuriin kuuluvana väistämättömänä haittana. Hänen oma tieteellinen ja kliininen työnsä oli vienyt hänen aikansa ja mielenkiintonsa niin tyystin, ettei hän ollut eroilmoitusta tehdessään eikä heti sen jälkeenkään edes tietoinen siitä, että hänen yliopistonsa muissa tiedekunnissa oli tutkittu samaa työkulttuuria ja sukupuolittuneita käytäntöjä, joita kritisoidakseen hän jätti virkansa ja elämätyönsä.

Omaelämäkerta, suullinen tai kirjoitettu, kerrotaan usein elämän muutos- ja murrosvaiheissa. Silloin jotkin aiemmista elämää kannatelleista itsestäänselvyyksistä (Conleylla kirurgin työ ja uran ensisijaisuus) hapertuvat, ja kertoja joutuu kysymään uudelleen sellaisia kysymyksiä kuin *kuka minä olen?*, *miten olen tullut tähän?* tai *mihin olen menossa?* Vastauksen saadakseen hän kertoo uudelleen oman elämänsä tarinan (Freeman 1993). Muutoksen jälkeen menneisyyden tapahtumat painottuvat eri tavalla kuin ennen. Aiemmin vähäpätöisiltä vaikuttaneet seikat tulevat tärkeiksi ja kokemukset saavat uudenlaisia nimiä ja merkityksiä.

Murroksen läpikäyneenä ja oman henkilökohtaisen muutoksensa valokiilassa Conley kuvaa valmistumistaan ja toimimistaan ammatissa, joka perinteisesti on miesten käsissä. Hän kertoo kokemuksia, omiaan ja toisten naisten, siitä, miten heitä joko kohdeltiin kuin ilmaa tai vaihtoehtoisesti tehtiin kiusallisella tavalla tietoisiksi naiseudestaan, naisen miehiä viihdyttävästä tehtävästä ja soveltumattomuudesta kirurgin ammattiin. Huolimatta yliopiston kirjatusta, aikanaan radikaalista tavoitteesta avata naisille yhtäläiset mahdollisuudet lääketieteessä, niin nais- kuin mieskirurgit opetettiin (suorasti ja epäsuorasti) arvioimaan naista rintojen koon perusteella, ja sekä naislääkärit että naispuoliset hoitajat joutuivat alistumaan katsein ja käsin suoritetuille kopeloinneille (elleivät halunneet luopua urastaan) ja oppimaan tapansa selvittää tilanteista mahdollisimman vähin vaurioin. Naiseudesta tuli eräänlainen häpeän merkki, mistä huolimatta jotkut naiset, kuten Conley, sopeutuivat ja menestyivät kirurgian kulttuurissa.

Läpi Conleyn tarinan kulkee ihmetys siitä, miten hän ei koskaan tullut edes ajatelleeksi, että kyse oli vallankäytöstä, seksismistä tai sukupuolisesta häirinnästä. Hän jopa kannusti toisia naisia hiljaiseen hyväksyntään ja käytti itse yhtä rivoa kieltä osoittaakseen, että oli sittenkin yksi heistä, kirurgi siinä missä muutkin. Kaikki miehekään eivät Conleyn mukaan olleet vallanhaluisia tai naisvihamielisiä, mutta jotenkin ei tuntunut olevan muuta tietä kirurgiksi kuin kulttuuriin kuuluvan kielen ja totuttujen tapojen omaksuminen.

Conleyn ilmoitettua eroamisestaan eräs toimittaja pyysi häntä kuvaamaan, millaiseen käytökseen hän oikeastaan viittasi seksistisenä: ”harmaasta ei synny tarinaa”, toimittaja sanoi, olisi pitänyt olla selvää näyttöä, mustaa tai valkoista (Conley 1998, 120). Tässä vaiheessa Conley tiesi jo muidenkin kokeneen samaa, ja sekä nais- että miesopiskelijat olivat ilmaisseet vastenmielisyytensä sitä tapaa kohtaan, jolla naisia kohdeltiin. Conleylla ei itsellään kuitenkaan ollut kertoa kokemusta, joka olisi riittänyt mustaksi toimittajalle. Enemminkin kyse oli kaiken lävistävästä ja usein vain vihatusta yhteisymmärryksestä siitä, mikä ja missä oli naisen paikka. Kyse oli kaikista mahdollisista harmaan sävyistä. Conley kertoo tapauksesta, jossa hän oli apulaislääkärin kanssa leikkaamassa aivokasvainta. Potilaalla ei ollut toivoa parantumisesta, mutta hän toivoi elävänsä tyttärensä häihin saakka, ja toimenpiteellä haluttiin laskea kohonnutta aivopainetta.

Yhtäkkiä Gerry (esimies, vl) rymisteli leikkaussaliin nauraen ja kysyi minulta kuuluvasti, ”miten menee, kultaseni?”. Siinä hetkessä en ollut enää neurokirurgi työssään. Minusta oli tullut yksi hänen ”kultasistaan” – taas kerran. Katsottuaan kasvainta ja kerrottuaan apulaislääkärille, että tämä teki hyvää työtä, Gerry lähti. (...) Minulta meni viisi minuuttia siihen, että sain taas kontrolliin miespuolisen apulaislääkärin – hän oli päättänyt, ettei ollut hänen arvonsa mukaista työskennellä ”kultaselle”. Huomautus palautti minut jälleen menneisyyteen, kirurgin urani alkuun, kysymään itseltäni varmaan miljoonannen kerran: ”Onko kultanen, erityisesti *tämä* kultanen, kyllin hyvä ja riittävän lahjakas suorittamaan tätä operaatiota?” Potilas eli niin kauan, että saattoi tyttärensä avioon, ja hän näki myös ensimmäisen lapsenlapsensa. (Conley 1998, 65.)

Mitä sitten lopulta tapahtui sellaista, mikä sai Conleyn palaamaan näihin kokemuksiin uudella tavalla, uusin käsittein ja merkityksin, ja nimeämään ilmiön seksismiksi ja kieroutuneeksi vallankäytöksi? Mark Freemia (2002a) soveltaen voisi kysyä, mikä sai Conleyn tietoiseksi ilmiöstä, joka oli ollut osa hänen narratiivista, tarinallista tiedostamatonta, toisin sanoen nais(sukupuol)en historiallisten, sosiaalisten ja kulttuuristen merkitysten läsnäoloa hänen elämässään tavalla, jota hän ei ollut kertonut osaksi tarinaansa, identiteettiään, itseymmärrystään. Ennen hänen eroilmoitustaan opiskelijatkin olivat alkaneet tehdä valituksia sukupuolisesta häirinnästä, aiheesta, josta ei 1990-luvun alkuun mennessä ollut juuri puhuttu tai määritelty, mitä sillä tarkoitettaisiin. Conley oli myös keskustellut uudelleen kahden aiemmin yksikössään työskennelleen naisen kanssa näiden aikanaan esittämistä häirintäsyytöksistä. Tuo keskustelu on nyt

yksi käänteeseen tekevä tapahtuma Conleyn kirjassa: ”se vuosien jakso, jonka aikana olin kovettanut itseni ajattelematta, miten minua kohdeltiin, päättyi kuin seinään keskustelun kuluessa” (Conley 1998, 100). Conley ei tässä vain kerro käänteestä, hän kertoo *käänteeseen*: hänen oma henkilökohtainen muutoksensa toteutuu siinä tarinassa, jossa hän esittää mitä-, miten- ja miksi-kysymyksensä ja vastaa niihin uusin silmin menneisyytään katsellen. ”Äkillisen viiltävän selvänäköisyyden hetkellä ymmärsin, että olin ollut, ja olin yhä, ’sukupuolisen häirinnän’ kohde” (mts. 104).

Kumpi sitten oli lähempänä totuutta Conleyn kokemasta – aiempi hiljainen hyväksyntä vai uusi seksismin nimi ammattikulttuurin ideologialle? Kertomuksen kautta totuudellisuutta ei mitata suhteessa historialliseen totuuteen, joka lopulta jää tavoittamattomaksi tai riippumaan siitä, keneltä kysytään. Kertomuksen avulla voi vaalia totuutta nimenomaan siksi, että menneisyyden voi kertoa uudelleen sen tiedon ja ymmärryksen valossa, joka on käytössä vasta nyt, kuten Mark Freeman kirjoittaa totuuden ja kertomuksen suhteesta (Freeman 2002b; 2003a). Conleylle prosessi oli oman itsen ja oman moraalien kyseenalaistamisen aikaa. ”Miksi olin ollut niin sokea? Tai jos en suorastaan sokea, miksi olin halunnut katsoa pois päin?” Oliko hän ajatellut omaa uraansa enemmän kuin itsensä tai toisten naisten arvokkuutta? Kuinka monta vielä alkamatonta (naisen) uraa hän oli katkaissut hiljaisesti hyväksymällä seksistisen kulttuurin ja itse ylläpitämällä sitä? Hänen kertomuksensa totuudellisuuden voisi nähdä olevan rohkeudessa, jolla hän ottaa vastatakseen näihin kipeisiin kysymyksiin samalla, kun ottaa käyttöönsä uuden näkökulman, uuden tiedon ja uuden ymmärryksen, joka on yhtä aikaa lähtöisin hänestä itsestään ja hänen ulkopuoleltaan.

Palaan seuraavassa narratiivista identiteettiä käsittelevässä luvussa elämän ja elämäntietomuksen suhteen, muutoksen ja totuuden kysymyksiin. Omassa tutkimuksessa sukupuoli on keskeinen näkökulmani lääketieteen kulttuuriin, mutta en viittaa pelkästään seksismiin. Haastatteluaineistossani on kuvauksia kohtelusta, joka muistuttaa Conleyn kuvaamaa suoraa tai vinoiltua naisen mitätöintiä. Kirjoitan niistäkin, mutta tyypillisemmin aineistoistani lukemani sukupuoli on arkielämän järjestämiseen liittyviä miehen ja naisen odotuksia ja merkityksiä. Ennen kaikkea olen ottanut tehtäväkseni perustella, miksi sukupuolen näkökulma lääkäriin, identiteettiin ja elämäntietomukseen on mielekäs myös silloin, kun sukupuolittaminen ei ole seksististä ja julkeaa. Sukupuoli kulttuurisena ilmiönä on harmaa (ks. Conley 1998, 120), kuten esimerkiksi Silvia Gherardi (1994; 1995) ja Päivi Korvajärvi (1998) ovat esittäneet: sukupuoli muovaa elämän, uran, kokemuksen ja identiteetin merkitystä tavalla, joka on yhtä aikaa selvä ja olematon, se on yhtä helppo selittää pois ja takaisin. Itse ajattelen, että sukupuolen ottaminen tietoisesti mukaan lääkäriyden pohdintaan tekee mahdolliseksi nimetä sellaisia kokemuksen puolia, jotka jäisivät huomiotta muuten mutta joiden käsitteleminen voi olla selkiyttävää.

## 3 Narratiivinen identiteetti ja kerrottu minuus

Lähden identiteetin tarkastelussani liikkeelle hyvin yleisestä, löyhästä määrittelystä, jonka mukaan identiteetti viittaa yksilön henkilökohtaisuuteen ja tuon henkilökohtaisuuden ykseyteen ja ainakin suhteelliseen pysyvyyteen. Lähden saman tien purkamaan tätä määritelmää pohtimalla ensin muutoksen – eletyn, koetun ja kerrotun muutoksen – keskeisyyttä identiteetille. Edelleen haastan ajatukset identiteetin yksiäänisyydestä, koherenssista ja autenttisuudesta, en niinkään sanoutuakseni niistä kokonaan irti, vaan avatakseni niitä moninaisiakin tapoja, joilla nuo käsitteet voi narratiivisuuden kautta ymmärtää (ks. de Peuter 1998). Kuljen kirjoittaessani koko ajan kohti omaa tämänhetkistä ymmärrystäni narratiivisesta, dialogisesta identiteetistä. Ajattelen identiteetin käsitteen saavan sisältönsä tästä moninaisuudesta ja tänä moninaisuutena.

### 3.1 Muutos, tarina, identiteetti

As much as we cherish stability and predictability in our relationships and our routines, we expect our lives to change, too. Until death stops it all, human lives are always in transition. But some transitions, some periods of change, stand out as especially significant in the life course. We may see them as turns in the road, changes in the direction or the trajectory of our lives (McAdams ym. 2001, xv).

Elämän muutokset voivat olla elämänselämykseen ikään kuin itsestään selvästi kuuluvia siirtymiä tai toisaalta esimerkiksi työttömyyden ja sairauden merkitseviä yllättäviä käännteitä, joissa on helppo tunnistaa aiempien merkitysten ja identiteetin katkoksen mahdollisuus. Muutos voi olla myös hiljaisempaa ja vähittäisempää, ehkä vain ihmiselle itselleen tunnettua, eikä se välttämättä edellytä mullistusta elämän ulkoisissa puitteissa. Tarinallisesti tarkastellen muutoksia ei tarvitse jakaa ulkoisiin ja sisäisiin, sillä joka tapauksessa muutoksen kokemus on kokeneen tulkinta tapahtuneesta. Elämänmuutos ja sen merkitys on narratiivinen luomus, vastaus kysymykseen, jonka ihminen esittää omalle elämänselämykselleen: *kuka olen nyt ja miten minusta on tämä tullut?* (Freeman 1993; Honkasalo 1994, 42; McAdams ym. 2001).

Muutos yhdistää kaikkia väitöskirjani osa-artikkeleita näkökulmana lääkäriin. Kolmessa niistä on kyse nuoria lääkäreitä uhanneesta työttömyydestä (*Doctors drifting, "Töitä nuorille kollegoille!"* ja *Work, family and SOC*). Kahdessa artikkelissa (*Setback of a doctor's career* ja *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*) kuuntelen kertomuksia, joissa muutokseen ei sisälly työttömyyden kaltaista dramatiikkaa. Ennemminkin kyse on kertojan valinnasta ymmärtää itseään henkilökohtaisen muutoksen

kautta: muutos on kertojan näkökulma elettyyn, keino vastata *kuka olen* –kysymykseen kertomalla nykyisen minän kontrastiksi se, joka oli ennen. Viimeisessä artikkelissa (*Doctors as wounded storytellers*) aiheena on lääkärien omat sairauskertomukset, kokemukset pitkäaikaisesta sairaudesta tai muusta ruumista pakottavasta seikasta. Viidestä artikkeliini valitsemastani kertojasta neljä kuvaa sairauden tms. käänteenä elämässään, mutta artikkelissa kyse on muutoksesta toisellakin tavoin. Kohtasin tutkijana jokaisessa näistä viidestä kertomuksesta kokemisen tavan, joka oli erilainen kuin omani. Kertomukset avasivat minulle kuulijana uusia tapoja kokea ja ajatella, ne tarjosivat pysähtymisen ajan ja paikan, josta käsin saatoin tarkastella kulttuurini ja ammattikulttuurini sairautta koskevia itsestäänselvyyksiä, omia itsestäänselvyyksiäni. Artikkelista tuli oma muutoskertomukseni.

Elämän murrosten ja jatkuvuuksien kertominen välittää tapahtumat elämästä identiteetiksi. Kertomalla tarinaamme me muutamme tai pysymme samanlaisina. Kertominen on tulkinnan ja merkitysten antamista eletylle, ja uudelleentulkinnan mahdollisuudessa jokainen kertomus jo sisältää muutoksen aiheet. Kerronnalla on aina myös yleisö (vaikka se olisi kertoja itse), ja kuten lingvistit William Labov (1972, 370), Deborah Tannen (1993, 22) ja Charlotte Linde (1993, 22) esittävät, houkutelakseen kuulijaa lyhyinkin kertomus tarvitsee käänteen ja yllättäviä ja odottamattomia aineksia. Sama koskee elämäkertomusta. On vaikea kuvitella tilannetta, jossa ihminen omasta aloitteestaan (eikä tutkijan!) haluaisi kertoa ääneen tarinansa ilman muutosta, joka perustelisi, selittäisi, miksi tarina kerrotaan juuri nyt, juuri näin. Elämän käännteissä ja kriiseissä elämäntarina, joka muutoin on olemassa eräänlaisena itsestään selvänä elämän pohjavirtauksena, sisäisenä tarinana (Hänninen 1999), tulee tietoisemmaksi. Tarinan uudelleen kerronnasta tulee kriisistä selviytymisen ja käänteen tekemisen väline, ja käänne toteutuu siinä, missä kertoja arvioi kuvaamansa päähenkilön muuttuneen, missä hän vaihtaa näkemyksiään ja elämänmetaforiaan (Denzin 1989, 71; Frank 1993; Hyvärinen 1994, 117–121; Komulainen 1998, 83).

Millaiset elämän mutkat voivat kriisiyttää yksilön identiteetin ja elämäntarinan on kysymys jo itsessään. Pitkäaikainen sairaus on esimerkki pakotetusta muutoksesta, joka vaatii tai kutsuu kertomaan uudelleen. Narratiivinen terapia (Hydén 1995; Gersie 1997) ja narratiivinen lääketiede (Greenhalgh ja Hurwitz 1998; Karjalainen ja Kotkavirta 2001) käyttävät tarinaa tietoisien muutoksen välineenä: oman elämän tarinan kertominen uudelleen, uusien tulkintojen ja merkitysten antaminen pinttyneille tapahtumille, muuttaa kertojan käsitystä itsestään ja tulevaisuutensa mahdollisuuksista.

Oma uskoni siihen, että työttömyysvaihe oli mahdollinen kriisin paikka lääkärille, perustuu sekä yhteiskunnassa vallitsevaan käsitykseen työn merkityksestä (etenkin professionaalisen ammatin edustajalle) että omaan, ammattikulttuurin sisäpuoliseen kokemukseeni. Työttömyys on elämän sattumanvaraisuuden ilmenemismuoto, joka voi

kyseenalaistaa ihmisen aiemmat identiteetit, elämän suunnan ja tarkoituksen (Hänninen 1996). Elämme kulttuurissa, jossa yksilö määritellään työnsä, arvonsa ja ammattinsa kautta ja jossa työttömyys assosioituu helposti syrjäytymiseen ja kurjuuteen – myös tutkimuskirjallisuudessa (esim. Kortteinen ja Tuomikoski 1998; Vähätalo 1998). Professionaalisen ammatin edustajan ajatellaan olevan keskivertoa lujemmin sitoutunut työhönsä ja uralla menestymiseen. Toisaalta lääkäriytyttömyys viritti keskustelun siitä, johtaisiko ongelma koko ammattikunnan arvon alenemiseen (Riskä 1995; 1996; artikkeleistani *Doctors drifting* ja *”Töitä nuorille kollegoille!”*). Näin nähden 1990-luvun alun työttömyyden uhka oli nuoren lääkärin identiteettiä vakavasti horjuttava ilmiö, joka kutsui uudelleen arvioimaan ja kertomaan omaa lääkärin tarinaa niin yksin, nuorten lääkäreiden kesken kuin ammattikunnassa yleisemminkin.

Tuon vaiheen dramaattisuus tuntuu helposti liioittelulta nyt, kun on tiedossa työttömyyden lyhyt kesto ja kääntyminen lääkäripulaksi vajaa kymmenen vuotta myöhemmin. Silti lähes varmoina esitetyt tulevaisuudenkuvat syvenevästä lääkäriytyttömyydestä ja tuhansista työttömistä lääkäreistä olivat silloin se todellisuus, joka nuoren lääkärin oli sovitettava oman uransa visioon (STM 1993). Perinteinen lääkärin tarina, jota juonittavat työn tärkeys ja uran eteneminen, tulikin yhtäkkiä mahdottomaksi kertoa. Kuten Rosenwald ja Ochberg (1992) korostavat kirjansa *Storied Lives: The Cultural Politics of Self-Understanding* johdannossa, tarinan on ollakseen uskottava myös kunnioitettava kertojan sosiaalista, kulttuurista, historiallista ja taloudellista todellisuutta. Jos työllisyysennusteet ennustavat tuhansia työttömiä nuoria lääkäreitä, ei ole uskottavaa vain (ennusteita mitenkään tarinaan sisällyttämättä) rakentaa suuria erikoistumis-suunnitelmia.

Identiteettitarina voi katketa traumaattisesti sairauteen tai työttömyyteen, mutta vähemmän dramaattisena katkos sisältyy jokaiseen muutos-, murros- tai kääntymyskertomukseen (ks. Rimmon-Kenan 2002, 12). Maahanmuuttajien (Huttunen 2002), yksinhuoltajaäitien (May 2001), aikuisiällä ammattiin kouluttautuneiden naisten (Komulainen 1998) tai psykoterapiassa toipuneiden (Hydén 1995) elämäntarinat sisältävät ymmärrettävästi ennen-jälkeen-asetelman. Silti henkilökohtainen muutos näkökulmana aikaan ja omaan minään on aina lopulta kertojan valinta; sama, mutkikaskin, elämänkulku voidaan rakentaa kertomukseksi joko identiteetin pysyvyydestä tai sen murroksesta, eivätkä näkökulmat sulje pois toisiaan (Komulainen 1998, 64). Pysyvyyserkertomukseen päätyjä tietää, että henkilökohtaisen muutoksen mahdollisuus jää käyttämättä, ikään kuin varastoon.

Itse olin opiskelun viime vuosina ja kliinistä työtä urani alussa tehdessäni vakaavissani suuntautumassa psykiatriaan; koin sen omakseni ja minuuttani myötäileväksi. Kun muutamaa vuotta myöhemmin päätinkin ryhtyä tutkijaksi, jouduin miettimään uudelleen: olinhan alkujaan lähtenyt lääkekseen tullakseni tutkijaksi, oikeastaan olin

kyselijä sielultani. Psykiatriasta liitin tutkijuuteeni mieltymyksen pohdintaan ja kiinnostuksen ihmiseen: siinä, missä lukiossa suunnittelin luonnontieteilijän uraa, olinkin nyt valmis tutkijana kohtaamaan inhimillisen kokemuksen ja elämän kertomukset. Kerroin menneisyyden uudestaan nykyisyyden valossa (Rimmon-Kenan 2002, 16), käytin muutokertomuksen mahdollisuuden ja näin sain tarinani (ja itseni lääkärinä) kerrotuksi ehjäksi jälleen.

Haastateltavistani jotkut sanoivat haastattelun jälkeen, että he olivat itse hyötynneet mahdollisuudesta kertoa. Esimerkiksi Lassi, jonka kertomusta luen *Setback*-artikkelissani henkilökohtaisen muutoksen kertomuksena, sanoi lopuksi, että hänellä oli itselläänkin tarve pohtia elettyä, nykyistä ja tulevaa. Haastattelupyynnöni tarjosi hänelle tilaisuuden kertoa todeksi minuutensa – päämääriensä, arvojensa, odotustensa, ominaisuuksiensa – murros. Sekä Lassin että toisen *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja* –artikkelin lääkärikertojan kohdalla pohdin sitä, miten ajankohtainen tarve uudelleenarviointiin kutsuu esiin muutokertomuksen yhdessä eri elämänhistorian vaiheisiin sijoittuvien, ehkä kipeidenkin kokemusten kanssa. Lassin kertomuksen ydinepisodi, kerrotun minän muutoksen tapahtuma, on hänen syventävien opintojensa tutkimusprojekti. Vaikka sama muutoksen teema toistuu kertomuksessa muuallakin ja muutoksen voi siis ajatella kertojan valitsemana näkökulmana elettyyn, syventävistä tuskin olisi tullut Lassin kerrotun minän tihentymää, ellei tapahtumien muisto olisi siihen riittävän raskas ja traumaattinen. Elämä ja minä suturoidaan monessa kerroksessa.

Muutuskohdissa voimistuva tarve kertoa omaa tarinaansa niin itselle kuin toisillekin on kuin epävirallista narratiivista terapiaa: henkilökohtainen muutos toteutuu ja uusi minä tulee todeksi kerronnassa (McAdams ym. 2001). Tarinallisuutta kärjistäen voi ajatella, että ilman selvää henkilökohtaiseksi koettua muutostakin sen tietäminen, kuka olen, mikä on minulle tärkeää ja mihin olen matkalla, edellyttää menneisyyden kertomista tarinaksi, joka tuottaa minut sellaisena kuin olen, kuin uskon olevani. Näin ajatellen kertomus tulee välittäjäksi elämän ja identiteetin väliin. Identiteetinkin puolesta kiinnostavaksi tulee itse kertomisen tapahtuma, elämän ja kerronnan suhde, jonka ymmärtämistä narratiivin teoretikko ja filosofi Paul Ricoeur tavoittaa. Ricoeur (1991a) ajattelee kertomista luovana tekona, konfiguraationa ja kompositiona, jossa elämän tapahtumat ja sattumukset kiedotaan osaksi samaa juonta ja kertomusta. Juoni on aina yhtä aikaa yhteneväinen ja täynnä riitasointua. Se on arvaamaton ja yllättävä, mutta se on jatkuva seurattavuuden mielessä; tapahtumat kerrotaan kuuluviksi yhteen ja loppuratkaisu ymmärrettäväksi, lähes vääjäämättömäksi, seuraukseksi kaikesta koetusta. Juonessa risteää kaksi erilaista aikaulottuvuutta, tapahtumat järjestävä lineaarinen aika ja toinen, juonentamisen luova aika, joka hidastaa käännteissä ja jää viipymään loppuun.

Narratiivisen ja hermeneuttisen psykologian perinteestä käsin minuuden kertomista teoretisoiva Mark Freeman jatkaa Paul Ricoeurin ajatusta identiteetin luomisesta.

Hänkin korostaa kertomisen toistuvaa tekoa: elämäntarinansa kertoja katsoo ajassa taakseen elettyä elämäänsä ja valitsee ne hetket ja tapahtumat, joiden kautta hänen on täytynyt kulkea tullakseen siihen, missä kertomisen hetkellä on (Freeman 1993). Elämäntarinan kulussa päähenkilö kasvaa persoonaksi, jonka elämän suvantopaikat ja kohtalon heittelyt ovat muovanneet tietynlaiseksi, usein erilaiseksi kuin mitä hän oli ennen. Päähenkilö saa tietyt piirteet ja ominaisuudet, ja tähän kuvaansa kertoja samastuu identiteettinään (Ricoeur 1992). Kertomus ei toista elämää sellaisenaan eikä kaikkea voi kertoa, vaan kertominen on aina valitsemisen, tulkitsemisen ja yhteyksien rakentamisen tapahtuma. Sen mielekkyys on identiteetissä, jonka kertoja elämäntarinastaan uuttaa esiin vastauksena kerrontahetken kysymyksiin ja tilanteen tarpeisiin. Elämäntarinan totuudessa on kyse kertomuksen kyvystä tehdä ymmärrettäväksi koettua sekä itselle että toisille (Bochner 2001) ja tehdä se tavalla, joka ei luudu, vaan sallii sanojen ja kokemusten tapailun yhä uudelleen (Freeman 1998, 465).

Tällöin tutkimuskysymys taipuu mahdollisen suuntaan: miten on mahdollista kertoa lääkärin tarinaa? Näkymä reunalta on usein kiinnostavampi kuin keskeltä. Nuori lääkäri on tavallaan vielä ammattikuntansa reunamilla, ja työttömänä tai työttömyyden uhkaamana hänen ainakin pelättiin syrjäytyvän siitä kokonaan. Tällaisesta osittain sisä-, osittain ulkopuolisesta paikasta käsin kerrottu kertomus haastaa totuttuja tapoja ja katsoo yhden sijaan monista näkökulmista. (Saman sisä- ja ulkopuolisuuden ajattelen koskevan omaa tutkijuuttani.) Tästä syystä epävarmana hetkenä kerrotut lääkärin tarinat ovat mielenkiintoisia yhä, ne osoittavat mahdollisia lääkäriyksiä, joita ei selkeyden keskeltä näe.

Narratiivisen identiteetin käsitteellä viitataan usein myös kulttuurisiin kategorioihin ja jaettuihin mallitarinoihin; narratiivinen identiteetti syntyy yhtä lailla kertomuksissa, joita ihminen kertoo itsestään, kuin toisten kertomissa tarinoissa hänestä tai päähenkilöstä, johon hän samastuu (Whitebrook 2001, 4). Kulttuurin mallitarinat kuvaavat päähenkilöinä identiteetikategorioita, joista Tarja Aaltonen (2002, 126) mainitsee 'äidin', 'potilaan' ja 'selviytyjän'; lisäksi itse 'lääkärin'. Lääkärin mallitarina ehdottaa lääkärin ominaisuudet ja piirteet, pyrkimykset ja päämäärät. Jokainen lääkärin henkilökohtainen kertomus muuntaa mallitarinaa vähän, mutta silti mallitarina tarjoaa kertojalle rungon, jonka ympärille kietoa oma kertomus. Jos esimerkiksi omaksun omaksi minäkertomukseksi (ammatti)kulttuurin myyttisen tarinan sankarilääkäristä, saan kaupan päälle arvoni, toimintani perustelut, tavoitteeni, määreeni tarinasta, joka kuvaa työtä pelkäämättömän, tiedoillaan ja taidoillaan ihmishenkiä pelastavan, epävarmuudesta, kiireestä ja kaaoksesta motivaationsa ammentavan lääkärin.

Tarinallisuuden hohto on siinä, miten se auttaa ymmärtämään sekä-että (ks. esim. Rosenwald ja Ochberg 1992; Freeman 1999): olemme yhtä aikaa oman elämämme kertojia ja samalla kiinni perinteissä. Kulttuuriset ja jaetut mallitarinat ja tarinamallit



ovat henkilökohtaisen kerronnan kude ja loimi: ne kiinnittävät meidät aikaamme ja paikkaamme, kulttuuriin, toisiin ihmisiin. Meidän ei tarvitse luoda itseämme tyhjästä eikä selittää toisillekaan kaikkea aina juurta jaksain tullaksemme (riittävän hyvin) ymmärretyksi juuri siitä syystä, että sanamme ja tarinamme ovat yhteistä perimäämme. Silti tarinat eivät pakota meitä ehdottomasti, vaan kangaspuut ja kutoja olemme me itse, meidän poeettinen mielikuvituksemme (Freeman 1999) ja kerronnan tapahtuma, jossa läsnä on aina myös kuulijamme, todellinen tai kuviteltu.

Ricoeurin (1991a) mukaan kertomukset, fiktiivisetkin, toimivat itseymmärryksen välineinä. Jokainen tarina avaa lukijalleen (tai kuulijalleen) mahdollisen kokemushorisontin, lukija kuuluu hetkisen aikaa kahteen maailmaan – omaansa ja kertomuksen. Tapahtuu horisonttien yhteensulautuminen, joka voi muuttaa lukijan kokemuksen ja sen tavan, jolla hän katsoo oman elämänsä horisonttiin kertoessaan tarinaansa identiteettinsä pohjaksi. Sama muutoksen potentiaali on jokaisessa tekstissä, jonka kuvaaman maailman lukija kokee mahdolliseksi ja uskottavaksi (Widdershoven 1993, 8). Kaunokirjallisen tekstin vaikuttavuus on usein sen kyvyssä tihentää jotakin olennaista omasta todellisuudestamme. Vaikkei tapahtumia väitetä todella tapahtuneiksi, ne muuttuvat tosiksi mahdollistaessaan identiteettejä, muutoksia, ymmärtämistä. Lääkä-reitä on koulutettu taiteiden avulla – ehkä pitäisi enemmänkin? – ymmärtämään sairauden koettua ja yhteisöllistä puolta ja myös itseään lääkäreinä. Suomalaisen sairauden ja sen kohtaamisen kaunokirjallisten kuvausten antologian toimituskunta tiivistää Juhani Niemen esseestä näin (Niemi ym. 2003, 12):

(T)aitteelliset tekstit voivat lääketieteellisessä käytössä auttaa ymmärtämään sairauden olemusta, mutta lukeminen sinänsä saattaa panna alulle prosesseja, joita ei voi ennakoita. Parhaimmillaan kaunokirjallisuus voi auttaa lukijaa tutkimaan omia asenteitaan ja ottaa niihin etäisyyttä. Kenties lukiessa koettu voi myös kehittää lääkärin kykyä myötäelää potilaiden huolta ja ahdinkoa.

Niemen esseen otsikkoa lainaten kertomusten lukeminen on vaarallista, seuraukset arvaamattomia. Toisin päin voisi ajatella, että on turvallista tietää, että jossakin on kerrottuna se kertomus (tosi tai fiktio), jonka kautta voin oppia siitä, mitä vielä en ymmärrä. Tieteellisten identiteettiteorioidenkin voima on siinä, miten ne muuttuvat yksilöiden minäkertomuksiksi ja kokemushorisonteiksi. Myös oman tutkimustekstini toivon toimivan lääkärilukijalle näin, erilaisten mahdollisten lääkäriyksien kuvittelemisen ja sovittelemisen paikkana.

*”Töitä nuorille kollegoille!”*-artikkelissa luen 90-luvun alun työttömyysvaiheen aikaisia kirjoituksia Lääkärilehdestä ja Nuori lääkäri -lehdestä mallitarinoina, joiden juonet tarjoavat identiteettejä nuorille lääkäreille omaksuttaviksi. Toisin sanoen ajatelen ammattipoliittisetkin tekstit risteyksinä, joissa tekstin ja lukijan maailmat hetkeksi sulautuvat yhteen ja joissa lukija sovittaa omaa kokemustaan tekstin avaamaan toi-

minnan tilaan. Esimerkiksi Nuori lääkäri -lehden Työllisyys-teemanumeron pääkirjoituksessa nuori lääkäri asetetaan asemaan, jossa hän on kyllä tarinan keskeinen toimija, mutta vailla kykyä ja mahdollisuutta tehdä mitään tavoitteensa (eli kunnolla palkatun lääkärin työn) saavuttamiseksi. Nuoren lääkärin identiteetiksi omaksuttuna pääkirjoitus mahdollisesti vain avuttomuuden ja kyvyttömyyden kokemuksen. Sen lukeminen oli ehkä vaarallista.

### **3.2 Lääkärin työn yllätyksellisyys ja identiteetin jatkuvuus**

Esimerkkinä elämän juonentamisesta ja siitä, miten juoni tuottaa päähenkilön kertojan identiteetin kuvaksi, esitän kokonaisuudessaan pienen kertomuksen yhdestä aineistoni haastattelusta. Kertomus on samalla esimerkki haastatteluaineistostani, sen litteroinnista sekä mahdollisuudesta narratiivisesti analysoida sitä. Siinä, ja omassa luennassani, havainnollistuu Ricoeurin diskordanssin ja konkordanssin, elämän sattumanvaraisuuden ja juonen jatkuvuuden suhde: juonentaminen sitoo elämän moninaiset käänneet yhdeksi tarinaksi, jonka juoni on yhtä aikaa riittävän katkoton seurattavaksi ja riittävän rosoinen ollakseen kiinnostava (Ricoeur 1991a, 21–22). Kysyin haastattelun jossakin sopivassa kohdassa useimmilta lääkäreiltä, oliko heillä jäänyt mieleen jokin potilas, josta he haluaisivat kertoa. Terhon haastattelussa puhuimme opiskeluaikaisista päivystyksistä, kun esitän kysymykseni. Joudumme neuvottelemaan hetken siitä, etten tarkoita vain lääketieteellisesti merkittäviä tai poikkeuksellisia potilaita, vaan millaisia ja mistä syystä vain mieleen muistuvia tapauksia. Terho kertoo kahdesta potilaasta, joista jälkimmäisestä näin (= merkitsee paluun, --- korjauksen; näistä odotuksen ilmaisimista Hyvärinen 1994, 59–60; *Setback*-osa-artikkeli tai luku 6.5 tässä yhteenvedossa):

1. Kesällä tota nin kesällä oli semmonen ku,
2. tää kävi Kukkolassa ni,
3. tuli Varsamäeltä sielt =meillei o niitten potilaitten papereita ollenkaan ja,
4. tuli semmonen joku s- joku seittemänkymppinen mies ja,
5. naapurit oli hänelle tilannu ambulanssin ku se oli maannu tupansa lattialla,
6. ja sitte ambulanssi toi sen sinne ja se mies oli ihan niinku täysis järjissään,
7. mä kysyin et no minkäs takia te siellä makasitte lattialla,
8. =sillo oli helteet,
9. se sano et ku sielloli viilempää ja,
10. mä sanon(?) et vainnii ja,
11. no sit tota ni ei sil labrakokeita ei saanu mitään mut et sitten no EKG katottiin ja kuuntelin ja katoin,
12. silloli kuumetta sitte kolkytkaheksan ja viis ja mä aattelin et no että mistä se ny johtuu sitte ja ..

13. //M: Mm// sit mä katoitin että joo että no toinen jalka punotti ja kuumotti ni mähän että jaaha et selvä ruusu(?) tällä miehellähän on ruusu et otetaan osastolle ja,
14. otin sen osastolle sisätautiosastolle ja alotettiin iivepenisilliinit ja,
15. siin meni sitten muutama tunti ja silloli omainenki ollu kattomassa ja,
16. sitte ne soitti sieltä osastolta että tuukko tänne että täällo yks mies jonka henkee ahdistaa kauheesti ja paineet romahtanu ja,
17. no sehä oli se sama mies sitten,
18. se oli kävely sit aina sie käytävillä ja //M: Mm// ja tota .. ja ja,
19. no se siirrettiin sitten sydänvalvontaa,
20. ei sillä ekg:ssä edelleenkaa näkyny mitää,
21. sittehh mä pyysin sisätautilääkärin sinne ja se sitten meinas että okei että se oli keuhkoembolia että ei sillä mikään ruusu oo //M: Mm// että se on trombi,
22. mä että no voi perhana et niin se nyt tietysti onki ja, ja harmitti ..
23. no sitte se oli sie sydänvalvonnassa aikansa ja sitten se kuolihh kuoli tota nii ja,
24. no ei siin mitään,
25. se oli muutenkin se oli aika aika rankka päivystys ja sit tuli neljän aikaan yöllä omaiset tota niin omaiset omaiset jutteleen ja ymmärrän hyvin tietysti et ne oli aika ihmeissään ku ne oli käyny siellä ja sanottu että potilaallon ruusu ja hoidetaan siinä ja tsitte seuraavaks ne saa kuulla et se on kuollu,
26. =se oli nimittäin semmonen mies jolla ei ollu mitään lääkityksiä ei mitään,
27. se oli käyny pyörällä kaupassa ja muuta, //M: Mm mm//
28. no sit ne omaiset tulee neljän aikaan ja (huokaus) ja ne tietysti vähä .. silleen käyttäyty aggressiivisesti ja hyökkäävästi ja syyttelevästi minkä mä nyt siis niinku kuitenkin ymmärrän mutta että ei nyt muuten mullakaan niin //M: No ei (epäselvä sana) nii// tunnelmat ollu mitenkään kauheen hyvät ja,
29. sitten se perhanan sisätautilääkäri oli sanonu niinkö jättäny semmosen viestin että kirjota kuolintodistus,
30. mut et no eihän se mun asia oo osaston potilaista niit kirjutella ja ja muutenkaan,
31. en mä ees tiedä siit mitään,
32. no mä laitoin sen sitten oikeuslääketieteelliseen avaukseen,
33. mä olin siis mä olin ite ihan varma että se oli siis trom- tai siis trombi ja sitä kautta keuhkoembolia et oireet olis sopinu kauhee hyvin, //M: Mm//
34. ja tota nin ja ajattelin että no,
35. mulla ei ollu käytettävissäni niitä labroja eikä mitään muutakaan ja tuskinpa se ois siittä muuttunu miksikään vaikka ois alettu hoitaa sitä trombinaki, //M: Mm mm mm mm mm//
36. siis siinä muutamias tunnissa,
37. mut et tottakai se niinkö m- mieles pyöri jonku aikaa,
38. no sitten m m no itseasias mä pidin kesällä taukoo et mä menin sitte vasta joskus elo- elokuus et siinoli puoltoist kuukautta
39. ni sit oli tullu se oikeuslääketieteellisen avaus ni ei se ollu trombi vaan se oli kuollu sepsikseen se mies, //M: Nonii//
40. eli kyllä se niinku [ruusu oli
41. **M:** Sä olit oikeessa, [nii
42. **Nii** mut et se ei oo ees pointti että //M: Nii// itseasiassa nin,
43. no olihan se nyt tietysti kiva että mä oli oikees,
44. mä olin iha varma et mä olin väärässä,
45. mä kerroin jo- joilleki kavereilleki että joo että et näin kävi et et keuhkoemboliaan kuoli että tämmöst voi sattuu,

46. [niinku mä mie- mä niinku mietin sitä että näin olisi voinut käydä //M: Nii(?)
47. M:[Nonii(?) (epäselvää??)]
48. nii(?)// ja se olis voinu se tilanne olla //M: Nii nii nii nii// semmonen,
49. va- siis olis tuntunu //M: Mm// kurjalta
50. mut et siinä se riski on että ---
51. ja tuntuki kurjalta //M: Mm// .. joo,
52. semmonen mulle jäi mieleen

Terho kertoo perusterveestä seitsemänkymppisestä miehestä, jolle naapurit olivat tilanneet ambulanssin tämän maattua tupansa lattialla. Laboratoriokokeita ei päivystysaikana saanut, sydänfilmi oli ilmeisesti normaali. Miehellä oli kuumetta ja toinen jalka punoitti ja kuumotti, mistä Terho päätteli vaivan ruusuksi. Hän otti potilaan osastolle ja aloitti asiaankuuluvan antibiootihoidon. Jonkin ajan kuluttua hänet soitettiin osastolle katsomaan samaista miestä, jolle oli ilmaantunut hengenahdistusta ja verenpaine oli hälyttävästi laskenut. Potilas siirrettiin sydänvalvontaan, ja Terho kutsui päivystävän sisätautilääkärin paikalle. Sisätautilääkäri muutti diagnoosin keuhkoemboliaksi, alaraajan syvästä laskimotukoksesta lähtöisin olevaksi keuhkoveritulpaksi. Potilas kuoli, ja omaiset purkivat odottamattoman kuoleman aiheuttamaa ihmetystään ja suuttumustaan Terhoon, jolla eivät ”tunnelmat ollu mitenkään kauheen hyvät”. Hän tiesi, ettei kuolema olisi ollut välttämättä estettävissä, vaikka trombin hoito olisikin aloitettu heti potilaan tultua päivystykseen, mutta asia jäi silti mieleen painamaan. Sisätautilääkäri käski Terhon laatia kuolintodistuksen, mikä ei oikeastaan ollut Terhon tehtävä. Terho lähetti potilaan oikeuslääketieteelliseen ruumiinavaukseen, jonka tuloksen hän sai kuulla vasta seuraavan kerran samassa paikassa päivystäessään puolitoista kuukautta myöhemmin: potilas oli kuollut verenmyrkytykseen, eli Terhon alkuperäinen bakteeritulehdusdiagnoosi oli ollut sittenkin oikea.

Päivystävän lääkärin työ on elämän sattumanvaraisuutta ja ristivetoisuutta, Ricoeurin diskordanssia, paljaimmillaan: koskaan ei voi tietää, mitä seuraavaksi tapahtuu, ja samalla tulisi toimia ja jälkikäteen toimistaan voida kertoa tavalla, joka kokoaa kaikki sattumukset yhden lääkärin tarinan ja identiteetin sisään. Terho sanoo toisaalla haastattelussa pitävänsä päivystystyöstä, vaikka varauksin: ”kyllähän se mun luonteelle sopii ihan hyvin, mä tykkään kuitenkin tavallaan siitä, että on toimintaa ja tapahtuu”. Kertomuksena päivystyspotilaasta hän esittää niitä ominaisuuksia, joita päivystämisestä nauttiminen edellyttää ja joita hyvältä päivystäjältä edellytetään.

Kyse ei ole niinkään siitä, että hän esittäisi suoraan listan luonteenpiirteitä ja ominaisuuksia tai kuvaisi itseään suorasanaisesti (ks. Hyvärinen 1998a, 161) näin: *minä olen rauhallinen, rentokin, kykenevä yhdistämään vähäisetkin faktat ja vaiston kliiniseksi silmäksi, joka usein näkee oikein*. Tällaisen lääkärin kertomus tulkintani mukaan esittää, mutta taitavasti tarinan keinoin. Juoni tuottaa päähenkilön (Ricoeur 1991b; 1992): kaikkien mutkien ja ennakoimattomien vaiheiden kautta juonta kuljetettuaan

Terho päättyy loppuratkaisuun, jossa hän oli sittenkin ollut oikeassa – potilaalla oli ollut ruusu, eikä sisätautilääkärinkään ollut sitä oivaltanut. Ennen tätä potilasesimerkkiä Terho oli kertonut toisen päivystyksistä mieleensä jääneen potilaan, jossa juoni etenee samoin: hän lähettää eteenpäin sairaalaan potilaan, jonka verenvuodon kokeneempi lääkäri oli arvioinut olevan suusta peräisin. Huonokuntoinen potilas ei ollut autettavissa, mutta verenvuodon vakavuuden Terho oli osannut arvioida/arvella oikein; potilas vuosi alempaa.

Olen luetuttanut Terhon päivystyspotilaskertomuksia tutkijaseminaarissa, jossa seminaarilaiset olivat osin eri mieltä tulkinnastani. Heidän luennassaan kyse oli lääkärin oman epäonnistumisen mahdollisuuden käsittelemisestä, ja ajattelen itsekin, että kyse on *myös* siitä, elämän sattumanvaraisuuden ja diskordanssin sisällyttämisestä kertomukseen ja kokemukseen. Ennen kaikkea kyse on siitä, millaisena kokonaisuutena Terhon kertomuksen tulee lukeneeksi. Lääkäri-identiteetin näkökulmasta juonta on seurattava loppuun asti, sillä kuten mm. Ricoeur (1981, 170) esittää, vasta loppuratkaisussaan tarina kirkastaa johtoajatuksensa. Lopussa tarinan konklusio taltuttaa elämän sattumanvaraisuuden ja kääntää epäonnistumisen ja ymmärrettävän (elämän ja sairastamisen hallitsemattomuudesta johtuvan) erehtymisen oikeassa olemiseksi. Oman päivystyskokemukseni kautta olen valmis väittämään, että päivystystyöhön sopiva ja siitä nauttiva lääkäri tarvitsee identiteetikseen uskon omaan oikeassa olemiseensa sulkematta silti epäonnistumisen mahdollisuutta kokonaan ulos tarinastaan.

Silti yhtä hyvin voisi painottaa kertomuksen lopun sijaan juonen kulkua ja käänteiden kummallisuutta. Tästä näkökulmasta juonen sulkeva päätäntä on tavallaan väkivaltainen elämän arvaamattomuudelle ja kertomuksen avoimuudelle; myös ne kuuluvat kerrottuun identiteettiin. Edelleen jokainen päätäntä on tilapäinen, eikä edes (potilaan) kuolema pysäytä kiertokulkua, jossa kertomus sulkeutuu vain avautuakseen uudestaan odottamattomalle.

Tähän esimerkiksi ottamani Terhon kertomus on erikoinen siksi, että siinä me lopuksi yhdessä neuvottelemme tulkinnasta – yleensä minä käyn noita neuvotteluja vasta myöhemmin tutkimusprosessissa aineistoni kanssa, ilman kommentoivaa kertojaa. Kuulin jo haastattelutilanteessa (rivi 41) kertomuksen 'pointiksi' sen, miten Terho lopulta oli sittenkin oikeassa, ja Terho kieltää. Hänelle, kuten kertomusta myöhemmin lukeneille tutkijakollegoilleni, kyse oli todella epäonnistumisen mahdollisuuden käsittelestä. Olennaista lienee hyväksyä se, ettei kertomuksen viesti ole yksi, vaan jokainen kertomus saa lopulta merkityksensä kuulijassaan (tai lukijassaan), ja se resonoi jokaisessa kuulijassa vähän eri tavoin. Tulkinta on erilainen riippuen kysymyksestä, jonka kertomusaineistolle esitän. Jos luen siitä narratiivista identiteettiä ykseyden mielessä, seuraan juonta sen päätäntään saakka, jos taas olen kiinnostunut lääkäreiden kokemuksista työssään, tartun erehtymisen kauheaan kuiluun.

Terhon kertomus on myös esimerkki siitä, miltä purettu aineistoni näyttää. Keskusteluanalytikoille tarkkuus ei riittäisi (ks. esim. Ruusuvoori 2000; Sorjonen ym. 2001), kun taas sisällönanalyysiin se olisi turhankin yksityiskohtaisesti puhutun kielen muodon ja piirteet säilyttävä. Omassa lukemisen tavassani puheen muoto ja sisältö ovat molemmat läsnä. Identiteettiä ei rakenneta vain tapahtumien sisällöistä, vaan myös (ja ehkä ennen kaikkea) siitä, miten tapahtumia ja kerrottua arvioidaan kautta kerronnan. Vastaavasti ovat kertomuksia lukeneet esimerkiksi Matti Hyvärinen (1994), Katri Komulainen (1998), Charlotte Linde (1993) ja Stanton Wortham (2001). Tämä arviointi on sekä suoraa että epäsuoraa, sanavalintoihin, äänenpainoihin, kerronnan rytmiin, toistoihin, katkoksiin paikannettavaa. Se on myös kerronnan tyyliä (Bakhtin 1986, 60). Esimerkiksi Terho-lääkäriin piirteiksi tulkitsemäni rentous, rauhallisuus kaiken kiireen keskelläkin, hienoinen omaan tietäjän positioon kohdistuva itseironia syntyvät sanotun muodosta ja rytmistä, jonka tavoittaminen on mahdollista vain kuuntelemalla: ”vainnii”.

10. (..) mä sanon et vainnii ja,
11. no sit tota ni ei sil labrakokeita ei saanu mitään mut et sitten no EKG katottiin ja kuuntelin ja katoin,
12. silloli kuumetta sitte kolkytkaheksan ja viis ja mä aattelin et no että mistä se ny johtuu sitte ja ..

Jos en kuuntelisi kerronnan tyyliä ja rytmiä (ne voi osittain kuulla kirjoitetustakin tekstistä), tulkitsisin Terhon varmaankin kuvanneen lääkäriin, jonka suhtautuminen omaan tietämiseensä ja tietämisen mahdollisuuteensa olisi ollut ristiriidattomampi, vähemmän ironinen.

Terhon kertomus päivystyspotilaasta on kahden erilaisen totuuskäsityksen rinnakkaiselo. Tulkintani mukaan juonessa on kyse oikeassa olemisen ja erehtymisen mahdollisuudesta ja historiallisesta totuudesta (ks. Freeman 2002b), joka on alusta saakka olemassa, jos kliininen silmä ja diagnostiset keinot riittävät sen tavoittamiseen. Samanaikaisesti kertomus kuitenkin on esimerkki siitä, miten lääketieteellisenkin totuuden voi ymmärtää kertomuksen kautta. Kliinisen ongelman ratkaisussa myöhemmät tiedot ja tutkimustulokset muuttavat aiempia tulkintoja, mahdollistavat oireille merkityksiä, jotka eivät olleet mahdollisia antaa aiemmin. (Sairaus)kertomukseen uuden tiedot, uudet oireet ja uudet näkökulmat tapahtumiin voi lisätä ja päästä näin lähemmäksi totuutta, joka on olemassa vain kertomuksena, ajassa liikkuvana, ainakin patologin tai oikeuslääkäriin lausuntoon asti. Mark Freeman ei viittaa sairauskertomuksiin, vaan elämäntapahtumiin, jotka kyseenalaistavat kertojan eettisyyden, mutta hän voisi yhtä hyvin kommentoida Terhon päivystyskokemusta (ks. myös Freeman 2002b):

We often *do not know* what is happening when it is happening: if we did, we might be more likely to *stop* it from happening. Instead, we are often late, *too*

*late*, and all that can be done is to tell the story: (..) *this* is what really happened (Freeman 2003a, 26).

### 3.3 Identiteetin ja minän käsitteistä

Käytän identiteetin ja minuuden/minän käsitteitä ristiin ja eri tavoin tutkimukseni eri vaiheissa. Aluksi kiinnyn narratiivisen identiteetin ideaan (artikkeli *Doctors drifting*), jolla viittasin kokemukseen lääkäri-itsen jatkuvuudesta ja omien tavoitteiden ja päämäärien selkeydestä; vastaavasti luin nyt Terhon kertomusta ensisijaistaen jatkuvuuden ja konkordanssin. Siinä, missä työttömyys tuntui tekevän mahdottomaksi monen nuoren lääkärin tavoitteleman urakehityksen, ajattelin sen merkitsevän katkosta identiteetin jatkuvuudessa ja kutsuvan kertomaan tarinaa uudelleen ehjäksi.

Alkaessani painottaa minuuden moniäänisyyttä aloin vierastaa identiteetti-sanaa, joka vihjaa ykseydestä ja selkeydestä (ks. Freeman 2003b). Lopulta, kohdattuani Jennifer de Peuterin (1998) ja Maureen Whitebrookin (2001) kaltaisia kirjoittajia, jotka sisällyttävät identiteetin käsitteeseen sisäiset erot ja moniäänisyyden, aloin itsekin käyttää sitä uudelleen minuuden ja minän käsitteiden rinnalla. Sen paremmin minuudella, minällä kuin identiteetilläkään ei ole yhtä ainoaa vakiintunutta sisältöä. Elävän kielen käsitteellä ei näin voisi ollakaan Bahtinin mukaan (esim. Bakhtin 1981) tai käsitehistoriallisesti ajatellen (Hyvärinen ym. 2003, 10), enkä usko ymmärtämisen sitä edellyttävänkään. Tärkeintä lienee antaa lukijalle jokin määritelmä yhteiseksi lähtökohdaksi ja sallia sitten merkityksen eläminen.

Maureen Whitebrook (2001) ja Tarja Aaltonen (2002) näkevät identiteetissä minuuden julkisen, poliittisen, toisten arvioitavaksi esitettävän puolen. Se dialogi, joka tapahtuu jokaisen kertojan henkilökohtaisen identiteetin ja toisten kertomien kertomusten välillä, sijoittuu tällöin enemmän kulttuuriin kuin minuuden sisäisyyteen. Mitä sitten olisi minuukseni muuta kuin ulos päin esitetty identiteetti? Whitebrookin (2001, 6) tavoin jätän rauhassa ratkaisemattomaksi kysymyksen siitä, onko minuuden pysyvä sisäinen ydin olemassa. Oli tai ei, ajattelen, että kokemus tuosta minuudesta ainakin hetkittäisenä tiiviinä ytimenä saavutetaan kerronnassa, kertomisen luovassa teossa ja tapahtumassa, kuten Mark Freeman kirjoittaa (Freeman 1999, 105).

En rakenna identiteetin ja minuuden suhdetta ulkoinen/sisäinen-kahtiajaolle, vaan ennemminkin sille, miten ne suhtautuvat kertomukseen; molemmat ovat läsnä sekä sisäisyyteni kokemuksessa että tavoissa, joilla toiset tuntevat minut. Periaatteessa viitataan identiteetillä Ricoeuria mukailien kertomuksen juonesta kasvavaan päähenkilön kuvaan – määreisiin, piirteisiin ja ominaisuuksiin, joista kertoja tunnistaa itsensä ja joilla hän haluaa esittäytyä toisille. Identiteettikertomuksen kertominen voi tarjota ihmiselle tunteen oman minän ytimeä, joka pysyy samana ajan virratessa eteenpäin ja

ihmisten ja tilanteiden ympärillä vaihtuessa, mutta kertomus voi yhtä hyvin tunnustaa tilapäisyytensä, juoni katkoisuutensa ja identiteetti moninaisuutensa.

Identiteetti on käsitteellisempää, artikuloidumpaa, minuus sisältää myös ei-tietoisien, toiminnallisen, elämyksellisen puolen, joka ”ei ole ulottumattomissamme, mutta se on ’tietoa’, jota ei tiedä tietävänsä, ’kokemusta’, jota ei tiedosta kokemukseksi, mutta josta tunnistaa aina jotain”, kuten Suvi Ronkainen (1999, 76) kirjoittaa. Kerrottu minuus ei synny pelkästään sanojen sisällöistä, vaan tavasta, joilla itse sanomisen teko tuottaa kertojalle olemassaolon kokemuksen, aitouden (tai epäaitouden) tunteen. ”Puhuminen on maailmassa olemisen tapa”, kiteyttää Marja-Liisa Honkasalo (1993, 103): puhumalla ja kertomalla kiinnitämme itseämme maailmaan ja suhteisiin. Henkilökohtainen kertomus välittää kuulijalle sekä kertojan identiteetin että minuuden, joista jälkimmäisen tunnistaa ja tulkitsee – vaikei aina tietoisesti – siitä, miten kertoja asettautuu puhuessaan suhteessa kuulijaansa ja suhteessa maailmaan, josta hän kertoo (Wortham 2001). Mark Freemania (1999) mukaillen voisi sanoa, että se poeettinen mielikuvitus, joka luo kielestä ja kertomuksista minuuden kokemuksen, ilmenee paitsi käsitteissä myös kertomisen rytminä ja tyylinä.

Käytän myös ’kerrotun minän’ (tai vain ’minän’) käsitettä silloin, kun teoreettiset keskustelukumppanini tekevät niin (lähinnä artikkelit *Set-back of a doctor's career ja Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*). Viittaaan Katri Komulaisen (1998, 27) tavoin ’minällä’ kielelliseen ja retoriseen keinoon, jolla kertoja ilmaisee puhuvansa sisäisestä maailmastaan ja oman elämänsä tapahtumista. ’Minä’ tässä mielessä on vain sana, jonka saamia merkityksiä voi tutkia esim. kielentutkimuksen keinoin. ’Minä’ on sanojalleen kuitenkin koettu ja henkilökohtainen sana, joka tekee mahdolliseksi minuuden ja identiteetin kokemisen, kertomisen ja jakamisen – ’minä’ on minuuden kielellinen merkki (Kerby 1997, 130). Yksi hankaluus seuraa siitä, että suomeksi yksikön ensimmäisessä persoonassa kirjoittaessani viittaaan myös itseeni sanalla ’minä’, kun taas esimerkiksi englanniksi olisin ’I’ ja (kerrottu) ’minä’ substantiivina ’self’ (Vuorinen 1992, 139; Komulainen 1998, 23). ’Minuuden’ ja ’minän’ käsitteitä käytän osin sekaisin, mutta ajattelen molempiin sisältyvän sekä minuuden kielelliset, sosiaaliset ja ideologiset ehdot että ihmisen olemassaolon kokemuksen. ’Minuus’ ja ’minä’ painottavat hiukan eri tavoin; minuus kokemuksellisuuden suuntaan, ’minä’ taas niihin luke mattomiin mahdollisuuksiin, jotka kieli tarjoaa tuon kokemuksen syntyä.

Käsitteiden ristiriitainen käyttöni selittyy paitsi oman ajatteluni muuttumisella myös sillä, että käsitteet menevät päällekkäin ja kaiken lisäksi häilyvät. Eri kirjoittajat, joihin viittaaan, käyttävät käsitteitä eri tavoin, ja myös väitöskirjani osa-artikkeleissa olen antanut niille erilaisia merkityksiä riippuen siitä, millaiseen keskusteluun olen osallistunut ja miten olen kulloinkin käsitteet itse ymmärtänyt. Toivon lukijaltani epä määräisyyden sietoa. Identiteetti, minuus ja minä ovat käsitteitä, joita ei ehkä voi



määritellä tiukasti toisistaan erilleen, vaan ne tulevat ymmärretyiksi kulloisessakin käyttöyhteydessään ja kulloisenkin lukijan identiteettiin ja minuuteen sopivalla tavalla.

### 3.3.1 Paul Ricoeur ja narratiivinen identiteetti

Palaan Paul Ricoeurin ja otan hänen ajatuksensa narratiivisesta identiteetistä lähtökohdaksi, josta käsin puran kysymyksiä identiteetin ykseydestä, moninaisuudesta ja koherenssista. Ricoeurilla ajallisuus toteutuu kertomuksessa. Me samastamme elämän kertomuksiin, joita elämästä kerromme (Ricoeur 1991b, 195). Niin keskeinen kuin kysymys kertomuksen ja ajallisuuden suhteesta Paul Ricoeurille onkin, tuossa suhteessa ei lopulta pohdita itse identiteetin mieltä kertojalle; kertomuksen ja identiteetin suhteen vakava tarkastelu kääntää näkökulmaa (Ricoeur 1992, 114). Kysymys on siitä, miksi me jatkuvasti etsimme itseämme toisten tarinoista ja kokemushorisonteista: me vastaamme haasteeseen, jonka aika esittää identiteetille, identiteetin pysyvyydelle. Identiteetin pysyvyys on pysyvyyttä ajassa, tai toisin päin: oikeastaan vasta ajan haaste synnyttää identiteetin kutsumalla esiin kertomuksen. Henkilökohtaisen identiteetin ajatus on mahdoton ilman olemassaolon ajallista ulottuvuutta – minkä/kenen kanssa minun pitäisi osoittaa olevani identtinen jos ei sen, joka olin ennen?

Ricoeurin mukaan identiteetti-käsitteen ongelmallisuus liittyy sen kahtalaiseen merkitykseen, joiden suhdetta voi ymmärtää kertomuksen kautta: identiteetti viittaa yhtäältä ykseyteen ja samuuteen (sameness) ajallisen jatkuvuuden mielessä, toisaalta minuuteen (selfhood) myös tavalla, joka ei edellytä samuutta ja joka sallii eettisyyden ja vastuullisuuden. Aika tekee tämän käsitteellisen jaon mielekkääksi, sillä nämä identiteetin eri versiot vastaavat ajan esittämään pysyvyyden haasteeseen eri tavoin. Ricoeur konkretisoi samuuden luonteeksi tai persoonallisuudeksi – englanninkielisen käännöksen termi *character* viittaa paitsi luonteeseen myös tarinan henkilöön: kertomansa tarinan päähenkilöstä ihminen tunnistaa oman *characterinsa*, omat ominaisuutensa ja luonteenpiirteensä, jotka nimeävät laadullisesti hänen erityisyytensä. Samuus syntyy osittain tavoista ja identifikaatioista – arvoista, normeista, ideaaleista, malleista, sankareista, joihin ihminen samastuu. Niistä muodostuu piirteiden ja tottumusten kokonaisuus, josta hänet tunnistaa samaksi päivästä, viikosta ja vuodesta toiseen. ”Hän ei ole oma itsensä”, sanotaan, kun joku toimii tapojensa vastaisesti. Narratiivisen identiteetin samuus on kuitenkin dynaamisempaa: *character* persoonallisine piirteineen elää ajassa ja juonessa ja pysyy silloin yhtä aikaa samana ja muuttuu (Ricoeur 1992, 122).

Painotin luennassani Terhon identiteettiä samuutena ja ykseytenä, jotka syntyvät juonen jatkuvuutena katkosten ja sattumusten yli. Identiteetin samuus on luonteen pysyvyyttä, mutta Ricoeurille identiteetin ajallinen pysyvyys on myös toisenlaista, ei-ominaislaatuista: toteutamme sitä pitäessämme toisille antamamme sanat ja lupaukset

(Ricoeur 1991, 192; 1992). Pysyvyys tässä *self-constancy*n mielessä ei riipu halujen, taipumusten ja mielipiteiden muuttumisesta tai pysyvyydestä, toisin sanoen *characterin* pysyvyydestä tai juonen jatkuvuudesta, vaan pysyvyys on sitä, että *minä* pidän sanani, teen huomenna (ensi viikolla, ensi vuonna) sen, minkä tänään lupaan. Minuudesta tulee vastuullisuutta (Ricoeur 1992, 165).

Ricoeur nimeää tämän vastuullisuuden ja toisaalta *characterin* jatkuvuuden henkilökohtaisen identiteetin vastakkaisiksi navoiksi, joiden välillä välittää kertomus. Kertomuksen juonentamisen luomistyössä syntyy kuvaus *characterista*, jonka tunnistamme muuttuvanakin samaksi henkilöksi; juonen konkordanssin ja diskordanssin vaihtelu on *characterin* sisäinen dialektiikka (Ricoeur 1992, 148), jossa sattumat lopulta tulkitaan välttämättömiksi juonen käännteiksi ja kerrotaan identiteetille sen ajallinen samana pysyvyys.

Edelleen kertomus välittää liikkeen identiteetin jatkuvuuden ja vastuullisuuden napojen välillä. Silloin, kun identiteetti lähestyy lupauksen pitämisen, uskollisuuden, vastuullisuuden napaa, kertomuksen ja kerrotun minän suhde kääntyy: juoni ei enää tuota minää vaan minä juonta. Äärimmillään Ricoeur (1992, 148) kuvaa tämän tapahtuvan tajunnanvirtaromaanissa, jossa tapahtumien juoni korvautuu kertojan sisäisellä dialogilla, kertomuksen muoto ilman ennustettavuutta (edes jälkikäteistä) etenevällä tapahtumien kuvauksella. Kertomuksen rikkovaa muotoa on käytetty kirjallisuudessa tietoisesti kyseenalaistaman elämän ja minuuden selkeyttä (Kosonen 2000; Whitebrook 2001), mikä on myös feministinen projekti (Stanley 1990): autonomisen, maskuliiniseksi sukupuolittuvan yksilön, omien polkujensa kulkijan ja oman kertomuksensa riippumattoman juonentajan korvaaminen minuudella, joka on moninainen ja suhteissaan kiinni.

Politiikan teoriasta käsin kirjoittavan Maureen Whitebrookin mukaan romaanin, fiktion, poliittisuus on juuri sen mahdollisuudessa koetella tapoja antaa sanat ja muoto muuttuvalle ja moniääniselle identiteetille. Kysymys siitä, mitä ja miten on mahdollista identiteetikertomuksena esittää, on myös poliittinen (Whitebrook 2001, esim. s. 15–16). Ricoeurille identiteetin kumpikin ääripää on puhtaana mahdollinen oikeastaan vain fiktioissa, joiden kautta voimme toisaalta koetella pelkän samuuden tai eettisyyden seurauksia. Henkilökohtaisen identiteettimme projektissa olemme aina jossakin välillä, eikä kyse ole lopulta vastanapaisuudesta vaan hedelmällisestä jännitteestä (Ricoeur 1992, 167). Narratiivinen identiteetti *on* tuo jännite: kertomus liittyy muutoksen mahdollisuuden *characterin* pysyvyyteen ja toisaalta nimeää ja sovittaa juoneen ne tärkeät toiset, joista olemme vastuussa ja joille olemme lupauksen pitämisen velkaa (mts. 166).

Silti jokin vaivaa minua tässä hiukan, ja uskoakseni kyse on Pamela Andersonia (1998) seuraten siitä, miten nuo tärkeät toiset palautuvat lopulta kertojaan, hänen kertomukseensa, sen sijaan, että eettisyys toteutuisi kahden ihmisen, kertojan ja kuuli-

jan, kahden kertojan, välillä Ricoeurille kertomus luo temporaalisuuden kokemuksen ja kietoo yhteen historiallisen, sosiaalisen ja elämäkerrallisen ajan (Ricoeur 1981), kun taas Luce Irigaray (1996b, 111) kysyy kirjoittaessaan väliin sijoittuvasta rakkaudesta,

how to construct temporality between us? How to unite two temporalities, two subjects, in a lasting way?

Jos kertomisessa olisi kyse ennen kaikkea kahden tai useamman kertomuksen ja minuuden yhteensovittamisesta siten, että ne säilyvät monina juonina ja erilaisina identiteetteinä, narratiivinen identiteetti tulisi välittämään vielä kolmannellakin tavalla (diskordanssin ja konkordanssin sekä samuuden ja vastuullisen minuuden välitysten lisäksi): minän ja toisen, kertojan ja toisen kertojan välillä. Siirryn seuraavaksi *kertomuksen koherenssin ja moniäänisyyden* pohdintaan unohtamatta kertomuksen identiteettiä rakentavaa voimaa.

### **3.4 Identiteetin/kertomuksen moniäänisyys ja koherenssin ihanne**

Keskeistä Ricoeurin juonentamisen tapahtumassa on kertomuksen mahdollisuus yhtä aikaa rakentaa identiteetin ajallinen jatkuvuus ja toisaalta sisältää ja käsitellä elämän sattumanvaraiset ja kokemuksen ristiriitaiset, riitasointuiset sä(i)kkeet. Moneus ja sisäisen ristiriidan mahdollisuus ymmärretään kuitenkin usein vastakohtaksi minuuden toivotulle selkeydelle ja yksiselitteisyydelle – koherenssille – ja itse asiassa koko identiteetin käsitteelle (ks. Freeman 2003b). Koherenssin käsite toistuu identiteetin yhteydessä usein, mutta sillä tarkoitetaan sittenkin harvoin täydellistä yhtenäisyyttä. Sikäli kuin identiteetin ajatellaan tavalla tai toisella olevan yhteydessä elettyyn elämään, ei se voi olla koskaan täysin hallittu. Vaikka yhdet kirjoittajat painottavat ykseyttä ja toiset moninaisuutta, kyse on vastakohtan sijaan ennemminkin erilaisista pyrkimyksistä käsitellä ja käsitteellistää sitä, miten elämän ennustamattomuutta ja kokemuksen monipuolisuutta voi kertoen käsitellä ja jakaa. Omassa tutkimuksessani koherenssi saa kolmenlaisia sisältöjä, joita voi ymmärtää suhteessa kertomukseen ja ykseyden / moninaisuuden kysymykseen: kyse on *pre-narratiivisesta, narratiivisesta ja dialogisesta* koherenssista.

Artikkelissa *Work and family as constituents of Sense of Coherence* keskustelimme, kirjoittajakumppanini ja minä, Aaron Antonovskyn teoriasta. Antonovsky (1987a; 1993a; 1996) on luonut terveys sosiologisessa tutkimuksessa paljon sovelletun koherenssin tunteen (Sense of Coherence, SOC) käsitteen. Käsite on teoreettisesti rakennettu väline ymmärtää salutogeneesiä, terveyden syntyä. Antonovskyn tarkoituk-

sena on toisin sanoen ollut selittää sitä, mikä saa (monet) ihmiset pysymään terveinä huolimatta jatkuvasta stressoreiden tulvasta. SOC:n käsitteen tutkimusmenetelmäksi soveltava kysymyssarja, SOC scale, on mahdollistanut teorian testaamisen käytännössä, ja useissa tutkimuksissa on saatu vahvistusta sille, että korkea koherenssin tunne suojaa sairastumiselta (ks. yhteenvetoa tutkimuksista Antonovsky 1993a; Poppius 2004).

Koherenssin tunteella Antonovsky viittaa yksilön aikuistuesssa suhteellisen pysyväksi muodostuvaan maailmasuhteeseen, orientaatioon, jolla ihminen kohtaa sekä itsestään että ulkopuoleltaan tulevat viestit. Riippumatta ärsykkeiden laadusta koherenssia tunteva yksilö säilyttää käsityksensä maailman ymmärrettävyydestä ja ennakoitavuudesta, kokemuksensa elämän mielekkyydestä ja uskonsa selviytymisen mahdollisuuksiin ja resursseihinsa, olivatpa resurssit sitten materiaalisia, sosiaalisia, ideologisia tai omia ominaisuuksia. Nämä eri ulottuvuudet ovat yhteen kietoutuneet, eikä Antonovskyn mukaan ole todennäköistä uskoa omaan selviytymiseen ja resurssien riittävyyteen ilman ymmärrettävyyden ja selkeyden kokemusta (Antonovsky 1987a, 20).

Antonovsky näkee maailman väistämättä kompleksisena ja moninaisena, ja yksilö kohtaa haasteen siinä, miten hän onnistuu saavuttamaan riittävän selkeyden ja yhtenäisyyden kokemuksen. Todellisuuden erilaiset tulkinnat tai tavoitteiden ristiriidat merkitsevät tämän integraation (ainakin osittaista) epäonnistumista ja viittaavat kokemukselliseen kaaokseen koherenssin sijaan (Antonovsky 1993b). Moninaisuus ja sisäinen ristiriitaisuus ei ole Antonovskylle minuuden toivottava tila.

Koherenssin tunteen teoriaa voisi nimittää **pre-narratiiviseksi** lähestymistavaksi minuuteen (Freeman 2003b, 332), sillä siinä kieltä ja kertomuksia ei nähdä minuutta rakentavina vaan sitä heijastavina, eräänlaisina minuuden eritteinä, joita arvioimalla voi tutkia minuuden toimintaa ja tilaa. Pre-narratiivinenkin ajattelu korostaa usein Antonovskyn tavoin dynaamisuutta ja muutoksen mahdollisuutta, mutta tietyllä ajan hetkellä minuuden ja henkilökohtaisen identiteetin ajatellaan olevan olemassa riippumattomana niistä (väistämättä) kielellisistä keinoista, joilla minuutta voi koettaa tuntea ja kuvata.

Narratiivisuus lähestymistapana muuttaa kielen ja minuuden suhteen. Narratiivinen käänne (tai narratiivinen avaus, kuten Matti Hyvärinen (1998b) sitä nimittää) ja muut kielelliset käännteet ovat yhteydessä laajempiin tietoteoreettisiin ja tieteenfilosofiin ajatuslinjoihin, joissa minuutta ei nähdä olemuksellisena, vaan kulttuurisena ja kielellisenä prosessina (Josselson 1995b; Hänninen 1999, 60). Narratiivisuus ottaa lähtökohdaksi kertomuksen identiteettiä tuottavan potentiaalin, ja tällöin koherenssin kannalta keskeiseksi tulee kysymys siitä, miten elämästä voisi tai tulisi kertoa, jotta siitä seuraisi hyvää itselle ja toisille. Alasdair MacIntyre on yksi niistä kirjoittajista, joilla kertomuksen – ja identiteetin – ykseyden vaatimus on vahva: moniin elämänalueisiin ja rooleihin hajonneen modernin elämän hyveellisyys on hänen mukaansa palautettavissa vain kertomuksella, joka on selkeä päämäärissään.

Sosiaalisena, historiaan ja perinteeseen kiinnittyvänä olentona MacIntyren ihminen on tarinan kertoja, hänestä tulee sellainen: kertomusten kautta lapsi oppii maailmasta ja yhteisöstä, johon hän on syntynyt, sen mahdollisuuksista ja mahdottomuuksista: ”jos riistät lapselta kertomukset, jätät samalla hänet ilman käsikirjoitusta, hätäänntyneenä kangertelemaan sanoissaan ja teoissaan” (MacIntyre 1985, 216). MacIntyren mukaan me emme vain kerro kertomuksia jälkikäteisesti, vaan kertomus on läsnä jo elämässä itsessään, toimintamme suuntaajana. Identiteetin arvokas ykseys on tällöin tulevaisuuteen kantavan johtoajatuksemme selkeyttä. MacIntyre ei ajattele, että kertomus tulevasta toteutuisi sellaisenaan, päinvastoin elettyä kertomusta määrittää ennustamattomuus ja yhteenkietoutuneisuus toisten tarinoiden kanssa. Mutta juuri elämän ennustamattomuuden keskellä selkeä kertomus mahdollistaisi identiteetin, arvot ja moraalin.

Guy Widdershoven (1993) jatkaa sekä MacIntyren että Ricoeurin ajatuksia. Hän painottaa kuitenkin MacIntyreä enemmän sitä, miten kertomus vasta artikuloi ja synnyttää kokemukseksi elämässä läsnä olevat kokemuksen aiheet: me emme elä kertomuksia, vaan elämän ja kertomuksen suhde on kehämäinen ja vastavuoroinen. Siinä eletty kutsuu kertomuksen ja kertomus artikuloi eletyn. Toisaalta Widdershoven näkee Ricoeuria selvemmin ei-kirjallisten, kohtaamiemme toisten henkilökohtaisten kertomusten arvon uusien horisonttien osoittajina. Vaikka Widdershovenille kertomus ei välttämättä ole yksi ja yhtenäinen, kokemus *identiteetistä* edellyttää nytkin kokemuksen ykseyden ja tuottaa eheän kertomuksen (mts. 9).

**Narratiivinen koherenssi**, jota sekä MacIntyre, Ricoeur että Widdershoven rakentavat, ensisijaistaa siis kertomuksen ykseyttä ja selväpiirteisyyttä tuottavan puolen. Mutta mitä on kertomuksen ja identiteetin ykseys? MacIntyre (1985) viittaa *elämän* ykseyteen, sen alkuun ja loppuun, ja minun on helppo allekirjoittaa se, että oma historiani (elettyinä, koettuna, hengityksen jatkuvuutena) on yhden ruumiin historia sen syntymästä kuolemaan. MacIntyre siirtyy tästä ykseydestä kuitenkin (liian) ongelmattomasti *kertomukseen*, jonka ykseys niin ikään jännittyy syntymän ja kuoleman väliin ja jonka ymmärrettävyys ja hyveellisyys mitataan päämäärän selkeydellä. Identiteetti viittaa tähän kertomukseen ja päähenkilön ykseyteen, ja tässä MacIntyre on ehdoton: ”ilman tuota ykseyttä ei olisi ketään, josta kertomuksen voisi kertoa” (MacIntyre 1985, 218).

Jos otetaan vakavasti ajatus narratiivisesta, kertomuksen välittämästä identiteetistä, keskeinen kysymys koskee sitä, miten ja millainen kokemus on mahdollista ja toivottavaa (yrittää) sisällyttää kertomukseen. Henkilökohtaiset kertomukset ovat kertojalle yrityksiä ymmärtää tapahtuneita, jäsentää tapahtumien merkityksiä omalle itselle ja elämälle, löytää mieli ja merkitys yllättävillekin käännteille. Jotta hämärät, hetkittäiset, käsittämättömätkin kokemukset voisivat tulla identiteetin piiriin, on ehkä luovuttava

koherenssista kertomuksen ainoana ihanteena (Rimmon-Kenan 2002) tai vaihtoehtoisesti määriteltävä koherenssi uudelleen. Maureen Whitebrook (2001, 5) kirjoittaa *kerromuksen* koherenssista, joka sallii kertomuksen sisällön, muodon ja tyylin moninaisuuden ja epämääräiset hetket, ja koherenssi taipuu tällöin mielekkyyden ja esitettävissä olemisen suuntaan. Mark Freeman (1998) pohtii kertomuksen muodollista koherenssia ja esittää, että selkeän rakenteen vaatimus on mahdollinen mutta ei ainoa tapa ymmärtää, mitä on kertomus ja kerrottu kokemus. Myöhemminkin hän kysyy,

Does the notion of life being narratively structured entail the additional notion of coherence and connectedness? (Some people) seem to imply that life is structured like a *classical* narrative, harmoniously connected by beginning, middle, and end. Is this the case? If so, *when* is it the case? For all time, across the course of history? And for whom? All people? Most? Some? Can one speak of narrativity *without* invoking this further idea of coherence? How coherent *is* experience anyway? How *desirable* is coherence? (And when, for whom?) (Freeman 2003b, 337–338).

Freeman (1998, 465) ehdottaa, että kertomuksen ja kokemuksen ikuinen avoimuus voi olla lähtökohtaisesti parempi tapa tavoittaa inhimillistä kokemusta, sen lukemattomia merkityspotentiaaleja. Mihail Bahtin, dialogisuuden teoreetikko(ni) ja moniäänisyyden puolestapuhuja, voisi tässä toimia kontrastina MacIntyren ykseyden vaatimuk- selle, sillä paradoksaalisesti myös Bahtin (1984, esim. s. 16, 51) kirjoittaa kauniisti yk- seydestä. Bahtinin ykseyden voisi tulkita minuuden tai identiteetin kohdalla tarkoittavan MacIntyrea myötäilevästi yhden elämän ja yhden historiallisen ruumiin ykseyttä ja kokonaisuutta, mutta bahtinilaisittain kerrotun kokonaisuus voi syntyä vain sallimalla moniäänisyys ja monet näkökulmat itseen ja maailmaan. Moniäänisyyden kunnioitus jättää jokaisen minuutta kertovan äänen elämään ikään kuin omaa elämänsä, vaalimaan omia päämääriään. Identiteetti ei synny yhden juonen jatkuvuudesta, vaan siitä dialo- gista, jota elämänhistorian eri vaiheiden äänet ja merkitykset käyvät tässä ja nyt; juonen ajallisen jatkumon sijaan Bahtin (1981; 1984) venyttää tilaa tapahtuneille kohdata samassa ajassa ja paikassa, tilaa kertojalle luoda minuutensa moninainen merkitys. Samalla Bahtinin dialoginen merkityksen teoria haastaa näkemään käsitteet muuttuvina – kysymään, mitä kaikkea koherenssilla itse asiassa tarkoitetaan, voitaisiin tarkoittaa.

Ehkä kertomuksen voisi ajatella ykseyttä ja narratiivista koherenssia tuottavana silloin, kun se korostaa *aikaa* ja tarinan juonta: identiteetin jatkuvuutta juonessa. Moni- äänisyys taas vaatii *tilaa* tai *paikan* erilaisten olla läsnä tässä ja nyt. Paul Ricoeurillakin juonen ja identiteetin ykseys on ensisijaista, vaikka hän ottaakin hyvin vakavasti kertomuksen diskordanssin, mahdollisuuden sisällyttää ykseyteen erot ja ristiriidat, sekä kertomisen *prosessuaalisen estetiikan* (Morson 1998, 305): jokainen kertomuksen pää- täntä on osittainen ja lopetus avautuu kerrottavaksi aina uudelleen. MacIntyren, Ricoeurin ja Widdershovenin ohella sijoitan narratiivisen koherenssin käsitteen alle Dan

P. McAdamsin. McAdamsin (1993) identiteetin kehityksellinen painotus muistuttaa Antonovskya sikäli, että siinä identiteetin muodostava kertomus, kertojan oma henkilökohtainen myytti, syntyy elämän kuluessa, vakiintuu aikuistuesssa ja on tietyllä ajan hetkellä olemassa mielen sisäisyytenä. Toisaalta tarinallisuus auttaa McAdamsia käsitteellistämään identiteetin synnyn prosessin ja antaa luvan myös muuttaa kertomusta. Hänen mukaansa henkilökohtainen myytti, henkilökohtainen totuus ja käsitys siitä, mikä on elämässä arvokasta ja pyhää, kerrotaan niistä tarinallisista aineksista, joita lapsesta saakka keräämme ympäriltämme. Hän korostaa kertomuksen ja identiteetin koherenssin, selkeyden ja ykseyden, vaatimusta, mutta samalla ykseyden sisällä on tilaa minuuden jakautua moniksi rooleiksi ja kertomuksen henkilöhahmoiksi. ”Monet ovat päähenkilöt, yksi on se kertomus, jonka sisällä henkilöhahmot saavat äänen, muodon ja merkityksen” (McAdams 1993, 118).

Tavoillaan sekä Ricoeur että McAdams kohtaavat identiteetin ykseyden ja elämän ja kokemuksen moninaisuuden ristiriidan. He sijoittavat hajaannuksen kertomukseen eri tavoin – Ricoeur juonen diskordanssina, McAdams henkilögalleriana – mutta ensisijaisesti lopulta ykseyden. Kirjoittamisjärjestyksessä ensimmäisessä artikkelissani *Doctors drifting* painotin itse kertomuksen identiteettiä eheyttävää vaikutusta, vaikka tunnistinkin samalla kertojien moniäänisyyden. Muita artikkeleita kirjoittaessani olen ottanut vakavammin Mark Freemanin edellä esittämät kysymykset kokemuksen, kertomuksen ja identiteetin koherenssista. Mitä oikeastaan väitin kirjoittaessani, että elämäntarinassa tapahtumat, muistot ja merkitykset kootaan yhdeksi juoneksi, joka liittyy yhteen menneen ja tulevan (*Doctors drifting*, s. 230)? Onko tämä kertomuksen ja identiteetin yhtenäisyys tärkein kertomuksen funktio? Entä jos ensisijaiseksi ottaisikin diskordanssin, elämän, kertomuksen ja edelleen identiteetin monisärmäisyyden ja ei-harmonisuuden? Stanton Worthamin (2001, 7–8) sanoin,

Autobiographical narratives have power not because they foreground one coherent set of characteristics, but because they help narrators express and manage multiple, partly contradictory selves and experiences. (...) Autobiographical narratives can present various past selves and diverse evaluations of these selves within the same story. (...) (M)ultiplicity can be liberating.

Jos minuuden moninaisuus otetaan lähtökohdaksi, tapahtuu halkominen, splitting, siinä, missä moneus supistetaan esitykseksi identiteetin ykseydestä (Whitebrook 2001, 49–50). Maureen Whitebrookia (mts. 62), Jennifer de Peuteria (1998) ja Bahtinia myötäillen minuuden kahdentumisen, moninaistumisen ja halkomisen jatkuva prosessi tulisi ehkä nähdä identiteetin keskeisenä olemuksena. De Peuter näkee narratiivisuudessa mahdollisuuden uudelleenlaiselle tavalle ymmärtää identiteetti jatkuvana dialogina integraation ja hajaannuksen, ykseyden ja moninaisuuden, koherenssin ja katkoisuuden, henkilökohtaisen ja jaetun, itsen ja toisten välillä (myös Marshall 1991, 185–186).

Kertomuksen eheys olisi näin ajatellen sen kykyä käsitellä ja tehdä ym-märrettäväksi kokemuksen monia puolia. Kertomus avaa identiteetille tilan, jossa se voi tilanteesta ja hetkestä riippuen muodostua eri tavoin, etsiä selkeyttä ratkaisun paikoissa ja avautua moniääniselle, kaikki langat irralleen ja päätelemättä jättävälle dialogille silloin, kun yhtä totuutta ei ole tarpeen saavuttaa vaan kyse on elämisestä monimutkaisuuden ja monitulkintaisuuden keskellä (ks. LaCapra 1999; Rimmon-Kenan 2002). Mark Freeman määrittelee kertomuksen tavalla, joka yhdistää ajallisen juonen ja kertomuksen avoimuuden ja joka resonoi minussa:

Narratives are fashionings of language – which vary immensely in their degree of structuredness and of adherence to prescribed standards of form – which seek to make sense of and be adequate to experience, as it transpires over the course of what, for simplicity’s sake, we can call *time* (Freeman 1998, 465).

Roy Schafer (1981; 1983) näkee psykoanalyttisen terapeutin käytännön narraatiivisena ja korostaa kertomisen dialogisuutta. Hän on esimerkki siitä, miten omat ennako-oletukseni olivat johtaa luentaani aivan toiseen, narraatiivista koherenssia korostavaan suuntaan. Hän kirjoittaa *Action and Narration in Psychoanalysis* -luvun aluksi psykoanalytikoista, jotka voi kuvata kertomusten kuuntelijoina ja ihmisinä, jotka ”auttavat (analysoitavia) muuttamaan kerrontaansa suuntaan, joka on täydellisempi, koherentimpi, vakuuttavampi ja adaptiivisesti käyttökelpoisempi” kuin heidän aiemmin kertomansa (Schafer 1983, 240). Ajattelin hänen tarkoittavan kertomusta, joka on uskollisempi historialliselle tai psyykkiselle totuudelle ja siten vakuuttavampi analyytikolle, mutta luettuani pitemmälle ajattelen, ettei Schafer tarkoita sitä. Sen sijaan hänen korostuksensa on koherenssissa, joka syntyy omien tahtomisten ja tekemisten ristiriitaisuuden kertomisesta ilman, että ristiriitaisuus, käsittämättömyys ja ei-tietoisuus kerrotaan tavallaan itsestä irti, autonomisesti toimivien tunteiden, impulssien ja ajatusten tekosiksi. Kyse on vastuullisuuden myöntämisestä, moraalien mahdollisuudesta kuten MacIntyrellakin, vaikka tulkitsen heidän koherenssikäsitteensä toisistaan eroaviksi.

Schaferin (1981) mukaan psykoanalyysissa on kyse tulkinnallisesta prosessista, jossa analyttikko käyttää psykoanalyttista teoriaa tarinallisina rakenteina. Yhdessä analysoitavan kanssa hän kääntää analyttisten tarinamallien avulla tämän kertomuksesta esiin alati uusia puolia. Kertomus, joka kerrotaan, on vasta toissijaisesti uusi elämänhistoria; ensisijaisesti analyysissa on kyse itse analyttisestä dialogista, josta tarina alkaa ja jossa se etenee kehien esiin uusia näkökulmia ja minuuden kertomisen mahdollisuuksia. Muutoksessa on kyse paitsi tarinan sisällöstä, myös (ja ehkä ennen kaikkea) kertomisen muodosta, tavoista esittää minuuden monipuolisuus. Schaferin kahtalainen dialogisuuden korostus – kertojan moniäänisyys ja kertomuksen ja koherenssin synty kertojan ja kuulijan välissä – tuntuu omalle ajattelulleni tutulta, vaikka tutkijana minun ei tarvitse arvottaa erilaisia minuuden dialogin muotoja siten kuin Schafer



terapeuttisesta näkökulmastaan tekee. Tulkitsen hänen joka tapauksessa painottavan Bahtinin, Worthamin ja de Peuterin ohella narratiivisen koherenssin sijaan kertomuksen **dialogista koherenssia**.

Omassa tutkimuksessani luen haastatteleman Hillan (artikkeli *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*) kertomusta ykseyden ja moninaisuuden vaihteluna ja dialogina. Identiteetin ykseyttä rakentavana juonena (ja tarkoitan nyt juonella Katri Komulaisen (1998) tavoin minuutta kertovan retoriikan murrosta) on päähenkilön muutos toisiin ihmisiin turvautujasta itsenäiseksi ja omillaan toimeen tulevaksi. Hillan muutoskertomusta voi ajatella kehityskertomuksena juuri siksi, että hän arvottaa itsenäisyyden mennyttä ”riippuvuutta” paremmaksi päämääräksi ja nimeää itsekin muutoksensa kehitykseksi. Kertomuksessa lääkärin ura rinnastuu oman tien kulkemiseen ja autonomiaan kohdassa, jossa Hilla-päähenkilö irtautuu sitovaksi kuvaamastaan parisuhteesta ja löytää samalla uudelleen seurustelun ja uhkaavan lääkäriyöttömyyden syrjäyttämän kiinnostuksen opiskeluun ja lääketieteeseen. Hän rakentaa elämän varmuutta ja tulevaisuuden ennakoitavuutta helpotukselle siitä, miten erikoisalavalinta alkoi haastattelua tehdessämme olla selvä, työnsaanti helpottui laman jäljiltä koko ajan ja väitöskirjakin oli aloitettuna projektina olemassa. Hillan lääkäripäähenkilö selkiytyy ja integroituu kertomuksen kuluessa.

Identiteetin dialogissa integraation hetket hellittävät kuitenkin välillä ja ykseyden vaatimus antaa myöten. Kääntein jälkeenkään kertomuksen Hilla ei ole yksiselitteisen itsenäinen ja riippumaton. Välillä elämän mieli ja merkitys ja toiminnan perustelu onkin suhteissa, vastuullisuudessa, välittämisessä itsenäistymisen jälkeenkin. Kertomuksen juonena onkin se dialogi, jota itsenäisyyttä korostava ääni käy toisenlaisen näkökulman kanssa: näkökulman, josta katsottuna tärkeää on lapsuudenkodin myötä menetetty turva ja kuulumisen paikka sekä vastuu läheisistä. Dialogissa äänet välillä etäännyvät ja saavat rauhassa olla rinnakkain, ykseyden hetkinä ne sitten neuvottelevat suhteensa ratkaisusta, joka Hillan kertomuksessa on Itsenäisyys-äänelle voitokas. Hillan kerrottu minuuus on sekä dialogin sisältö että muoto, äänten perustelemat näkökulmat ja niiden kohtaamisen tapa, tavan muutos tai pysyvyys.

Jos Hillan kertomuksessa näkee eheyden siellä, missä lääkärin ura tarjoaa motiivien ja päämäärien kirkkauden, ja jos kahden äänen neuvottelussa kuulee nuoren aikuisen vielä ratkaisuaan etsivän identiteetin hajaannuksen, on normina narratiivinen koherenssi ja minuuden aikuinen selkeys. Dialoginen koherenssi painottaa sen sijaan kertomusta ja kuulijaa, jotka eivät vaadi ratkaisua ja juonen ykseyttä, vaan moniäänisen esityksen ymmärrettävyyttä. Koherenssi määrittyy tilanteisena ja suhteisena: koherentti kertomus tavoittaa kuulijansa, onnistuu rakentamaan yhteyden, tekemään kokemuksen monitulkintaisuuden ymmärrettäväksi toiselle (Linde 1993; Wortham 2001).

Myös Jennifer de Peuter (1998, 44) ajattelee dialogisena koherenssina mahdollisuutta löytää yhteys ja yhteisymmärrys, edes hetkellinen, konkreeteissa dialogisissa kohtaamisissa. Koherenssi ei ole mielen eikä edes kertomuksen tila, vaan se tapahtuma, kun kertoja ja kuulija(t) ymmärtävät toisiaan, toistensa monia ja ristiriitaisiakin näkökulmia. Jokaisen eletyn elämän voi kertoa tarinaksi lukemattomin eri tavoin, ja edelleen jokaisen kertomuksen lukemisen tapoja on äärettömän monta. Silti mikä tahansa ei käy, tarina ja näkökulmat eivät voi olla millaisia vain, kuten Charlotte Linde (1993, 7) korostaa: kertojan on kunnioitettava kulttuurista perimäänsä riittävästi voidakseen tarinallaan liittyä osaksi tuota kulttuuria, tullakseen hyväksytyksi sosiaalisesti kelpona yksilönä ja (sanotaan vaikka) lääkärinä. Joissakin yhteyksissä ymmärrettävyys edellyttää yhdenlaista kertomisen tapaa ja tulkintakehikkoa, toisissa toisia. Jotkin kerrontatilanteet edellyttävät yhdenlaista koherenssia, toiset sallivat toisia.

Se, että elämän tarina eri tilanteissa, eri konteksteissa, kerrotaan eri tavoin, ei välttämättä tarkoita, että versioista yksi olisi todempi kuin toinen. Jos (oman, henkilökohtaisen) tarinan tarkoitus sosiaalisessa vuorovaikutuksessa on ennen kaikkea olla käyntikortti, muoto kertoa oma itse toisille tunnetuksi, rakentaa silta omasta yksityisyydestä toisten luo, tärkeintä on tulla ymmärretyksi. Kuulijasta riippuen tarinan on oltava tilanteesta toiseen erilainen. (Linde 1993). Kysyin joiltakin haastattelemistani lääkäreistä haastattelun lopuksi, olisivatko he ehkä kertoneet toisin, jos tutkija ei olisi ollut lääkäri myös. Useimmat myönsivät, vaikka onkin vaikea enää vastata kysymykseen, minkä olisi sanoittanut toisin. Emme pysähdy elämässä useinkaan miettimään, miksi kerromme eri tavoin ystävälle, kollegalle, tutkijalle, kampaajalle. Kulttuurin sisäpuolisuus on sitä, ettei tarvitse; me osaamme valita sanamme miettimättäkin.

Eräs haastattelemistani lääkäreistä otti esimerkiksi, ettei hän olisi ei-lääkärille kertonut, miten vaikeaa ja joskus sattumanvaraistakin korvatulehduksen toteaminen on. Ymmärrän häntä. Millaisena lääkärinä hän *minulle* esittäytyy sen paljastaessaan – realistisena, vastuullisena myös osaamisensa rajat tuntiessaan, aavistuksen itseironisena tai ehkä lempeän ironisena koko lääketieteen/lääkärin kaikkivoipaisuuden kuvitelmaa kohtaan, muun muassa. Voisin kuvitella, että ei-lääkäri kuulisi sanoissa enemmän epäpätevyyttä, tuntisi pettymystä mokoman pikku tutkimustoimenpiteen rikkoessa luottamusta lääkäriin. Joka tapauksessa kertoessaan tuon pikkuseikan minulle, sivulauseessa vain, lääkäri esittäytyi kollegalle. Ja minä otan esittäytymisen lääkärinä vastaan, en voisi muuta. (Dialogissa rakennetaan paitsi kertojan minää ja kokemusta myös lääkäriä siihen kulttuuriin, johon kuulumme. Mitä kertoo lääkäriydestä se, jos otoskopian vaikeus on ammattisalaisuus? Millaista lääkäriyttä luodaan tekemällä otoskopian vaikeudesta ammattisalaisuus?)

Koherenssissa on kyse myös lukemisen/kuulemisen tapahtumasta: siitä, tulkitsemko juoneksi lineaarisuutta tavoittelevan tapahtumien kulun vaiko dialogin, jossa

”fragmenttien yhteenliittymisen rytmi on tärkeämpää kuin narratiivinen koherenssi” (de Peuter 1998, 41). Kertomus on minuuden syntymisen dialoginen kohtauspaiikka myös kuulijalle: kertomus koskettaa häntä, hänen mieltään ja ruumistaan, ja saa hänet elämään kertomuksen myötä (Frank 1995). Kuulijan oman kokemuksen lähteitä voi sitten etsiä tekstistä: voi etsiä tapahtumia kuljettavaa juonta ja juonentamisen konsteja sekä päähenkilöä, joka kasvaa juonen myötä ja saavuttaa piirteensä, ominaisuutensa, samuutensa. Tai voi kuunnella ristiriitaisuutta, neuvotteluja, kompromisseja eli kertojan monia ääniä, monia näkökulmia maailmaan (Bakhtin 1984). Kyse ei ole niinkään kertomuksen (tai identiteetin) ominaisuuksista, vaan erilaisista ja rinnakkaisista kuulemisen ja tulkinnan tavoista ja muodoista (*Setback*-artikkelini päätän tähän pohdintaan).

Tutkimuksessani elämäntarinan konteksti lienee antanut sekä kertojalle että minulle lukijana vapautta erottautua uran katkottomuutta korostavasta professio-näkökulmasta ja moniäänistää lääkäriyttä. Haastatteluiden elämäkertomuksissaan monet nuoret kollegat esittivät äänen ja kokemuksen, jonka mukaan tulevaisuutta ei tarvitse eikä voi tietää etukäteen. Päinvastoin kulkemalla vain kohti ennalta asetettuja päämääriä jäisi tarttumatta monia tilaisuuksia, joita ei olisi osannut etukäteen kuvitella kohtavansa. Jotkut käyttivät samaa ’ajautumisen’ metaforaa, joka ammattilehtien työttömyyskeskustelussa oli merkinnyt negatiivisesti työttömien joukon (esim. SLL 1993b; ks. *Doctors drifting*; Löyttyniemi 1998), mutta nyt positiivisessa merkityksessä, uskalluksena antaa elämän virran viedä. Tässäkään tarinat eivät ole yksiäänisiä: yhteen ja samaan lääkärin kertomukseen mahtuu perinteisen uran tavoite ja toive sekä päämäärätietoisuus ja toisaalta haluttomuus tehdä lopullisia ratkaisuja, ainakaan ennen kuin on varma siitä, mitä haluaa. Slomith Rimmon-Kenania (2002) mukaillen, ehkä työttömyyden uhka ei niinkään tuhonnut aiempaa lääkärin uran ja elämän varmuutta, vaan käänsi näkökulmaa niin, että aiempi varmuus alkoi näyttää enemmän tai vähemmän illuusiolta. Ja samalla kun suhde menneeseen muuttui, muuttui suhde myös tulevaan, jonka epävarmuuden ja ennustamattomuuden edessä *carpe diem* -suhtautuminen oli (on) terapeuttinen ja toimiva (Rimmon-Kenan 2002, 19).

Silti väitän, ettei hetkeen tarttuvan ja itseään toteuttamaan pyrkivän lääkärin mallitarina ollut vain sopeutumista työttömyyden uhkaan; aineistossani se on mahdollinen näkökulma uraan myös lääkäreillä, joiden työtulevaisuus ja uran suunta olivat haastattelun aikaan hyvinkin selvät. Esimerkiksi Jaakko, jolla oli haastattelun aikaan erikoistumisvirka ja väitöskirja pitkällä, kuvaa uransa ja elämänsä logiikkaa myös näin:

(V)oi olla että aika pitkälle oma ajatusmaailma toimii sillä tavalla, että sitä heittelee vaan niitä erilaisia ajatuksia ja sitten joku niistä vaan tuntuu hyvältä .. Vaikka tykkää kauheesti pohtia ja lukee joskus jotain filosofiaa taikka jotain semmosia pohtivia kirjoja taikka muuten perehtyä kauheesti johonki muuhun, vaikka johonki matematiikkaan taikka tämmösiin niin kuitenkin pyrkii välttämään

oman elämänsä älyllistämistä .. just sillain että heittelee vaan asioita ja sitten kattoo, että mikä niistä on se, joka sattuu sitte kääntymään lappu oikein päin.

Dialoginen koherenssi korostaa lääkärin kertomuksessa, identiteetissä ja urassa sitä tapaa, jolla erilaiset äänet ja näkökulmat elävät rinnakkain tai riitelevät. Jos ottaa vakavasti Jennifer de Peuterin ajatuksen dialogista hajaannuksen ja selkeyden välillä, koherentti kertomus sisältää molemmat, sekä integraation että disintegraation. Selkeydessä ja ykseydessä, joka usein ymmärretään identiteetiksi, nähdään nyt vain minuuden yksi puoli. Koherentti kertomus antaa ilmaista myös elämän, kokemuksen ja minuuden monet äänet ja sallii kokeilla sanoiksi höllät ja hajanaisetkin hetket. Kerrottu minuuks on näiden eri puolien vuorottelun tapa ja rytmi (ks. osa-artikkeli *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*).

### **3.5 Autenttisuuden narratiivinen ymmärrys**

Yhtenäisyyden ja koherenssin uudelleentulkinnan ohella de Peuter suhtautuu kriittisesti toiseen identiteetin ja kertomuksen ihanteeseen, nimittäin autenttisuuteen. Hän viittaa näkemykseen, jonka mukaan yksilöllinen minuuks on itseriittoista, kokemuksensa ja näkemyksensä itsenäisesti omannäköisikseen muodostavan ihmisen sisäisyyttä. Autenttisuutta odotetaan usein myös kertomukselta, vaikka narratiivisuus voi myös toimia lähtökohtana ymmärtää se toisin, tilanteisena autenttisuutena: ”oikeutena ja eettisenä velvollisuutena määritellä oma autenttisuutensa tietyssä (elämän)historiallisessa kontekstissa ja tulla tunnustetuksi sellaisena” (de Peuter 1998, 42). Autenttisen elämän mitta ei tällöin ole selkeys, jolla yksilö toteuttaa omaa elämänprojektiaan uskollisena pysyväksi miellellylle minuuden ytimelle. Sen sijaan tilanteisena ja eettisenä autenttisuus toteutuu silloin, kun sekä ihmisten sisäisissä että välisissä neuvotteluissa eri äänet ja näkökulmat tulevat kuulluiksi ja omilla ehdoillaan huomioon otetuiksi (de Peuter 1998; myös Bochner 2001, 147).

Narratiivisen identiteetin ajatus vihjaa autenttisuudesta, joka syntyy, kun kertova yksilö sovittaa kulttuuristen mallitarinoiden ja jaettujen näkökulmien äänimaailman itselleen sopivaksi. Näin ajatellen yksilön autonomia saa uusia vivahteita. On vaikea mieltää (riippumattoman ja vapaan merkityksessä) itsenäiseksi yksilöä, joka minuutensa ja identiteettinsä prosessissa tarvitsee sekä kuulijan että sosiaalisen tarinoiden ja sanojen varannon. Mark Freeman (1993) käsittelee tätä kysymystä Helen Kellerin (1957) omaelämäkerran kautta. Keller menetti sekä näkönsä että kuulonsa vaikean sairauden seurauksena alle kaksivuotiaana, ja oivalsi vasta vuosia myöhemmin kotiopettajansa avulla sanojen ja symbolien tarkoituksen – merkityksen merkityksen – ja kehittyi lopulta taitavaksi kirjoittajaksi. Hän kertoo omaelämäkerrassaan (käännekohtaksi) tapauksen,

jossa häntä 11-vuotiaana syytettiin plagioinnista. Hän oli kirjoittanut kauniin kertomuksen lahjaksi rakastamalleen opettajalle luullen kirjoitusta omakseen, mitä se ei kuitenkaan ollut. Itse kertomisen sijaan hän oli, tietämättään, toistanut hieman omin painoituksin, ja jopa paranneltuna, kertomuksen, jota hänelle oli luettu lapsena ennen sairastumista ja kuuroutumista.

Kellerin omaelämäkerrassa tuon tapauksen pohdinta tihentää hänen minuutensa tietoista rakentamista. Hän haluaisi jonakin päivänä kirjoittaa itse, luoda jotakin ainutkertaista, tulla omaksi autenttiseksi itsekseen. Mutta miten se voisi olla mahdollista, jos hän ei edes tiennyt, mikä hänen kirjoittamastaan oli lähtöisin hänestä itsestään, mikä taas toisten sanoja, jotka vain virtasivat hänen lävitseen muuttaen ehkä samalla aavistuksen verran suuntaa? Kyse ei ollut vain lapsuuden hämärästä, jonka kerronnassa jokainen on toisten muistin ja tarinoiden varassa, vaan Keller tunnisti myöhemminkin sen, miten kaikki hänen lukemansa muuttui hänen sisäisen maailmansa tekstuaalisuudeksi – hänen maailmansa ja mielensä tuntuivat olevan kauttaaltaan *second-hand*. (Freeman 1993.)

Kellerin tilanne oli erikoinen sikäli, ettei hänellä ollut kosketusta maailmaan näkönsä ja kuulonsa kautta. Häneltä puuttuivat noiden aistien havainnot, joista muodostaa oma tulkintansa ja oma kokemuksensa maailmasta: hän oli toisten sanoiksi ja kosketukseksi pukemien aistimusten varassa. Toinen esimerkki ihmisestä, jonka on helppo ajatella tarvitsevan toista ja toisen sanoja oman tarinansa kertojaksi, on afaatikko, vaikka yksilön autenttisuutta korostavassa kulttuurissamme afaatikon kuntoutuksen ajatellaankin tarkoittavan tämän toisen vaimentamista ja oman äänen palauttamista (ks. Aaltonen 2002). Freeman kuitenkin väittää, ettei Kellerin (tai afaatikon) kokemus itsestään toisten sanojen synnyttämänä lopulta olennaisesti poikkea siitä, miten me jokainen olemme tulleet ymmärtämään itseämme. Olemme syntyneet maailmaan, joka on sanojen, merkitysten ja tarinoiden maailma, ja sanat, joita olemme oppineet ja opimme käyttämään oman kokemuksemme kuvaajina ovat aina toisten suista lähtöisin (Bakhtin 1981, 294). Kyse ei siis lopulta ole yksilön autonomian ja toisten varassa olemisen vastakohtaisuudesta, vaan minuudesta, jossa minä ja toinen jatkuvasti rakentavat toisiaan ja jossa yksilön ja sosiaalisen välinen raja on läpäisevä.

Liz Stanley, joka tunnetaan sosiologisen tiedon ja tietämisen teoreetikkona, ulottaa autenttisuuden uudelleenmäärittelyn koskemaan myös tutkijaa ja tieteellisen tiedon tuottajaa. Tutkija voi sanoa vain sen, minkä hänen teoreettinen ja arkinen sanavarastonsa sallii. Hänen intellektuaalisen omaelämäkertansa eli tietämisen yhteiskunnallisen, ideologisen, tieteellis-teoreettisen ja omaelämäkerrallisen tilanteen tulisi sisältyä tuotettuun tietoon (Stanley 1990, 62). Omista artikkeleistani *Doctors as wounded storytellers* vie tutkijan ja feministin oma/elämäkerrallisen tehtävän pisimmälle, ehkä omille äärirajoileni asti. Luen haastatteluaineistostani lääkäreiden kertomuksia oman ruumiinsa rajoi-

tuksista, mutta artikkelissa kirjoitan itsestäni – toisin sanoen siitä dialogista, jota oman elämänhistoriani kulussa minuun tarttuneet kulttuurin ja ammattikulttuurin asenteet, feministiset ja sairauden narratiivisen tutkimuksen tuntemani teoreetikot sekä aineistoni kertomukset kohdatessaan käyvät ja josta luon (poeettista tutkijan mielikuvitustani käyttäen, Freeman 1999) sen, mitä voin tulkintanani sanoa. Seuraan tiedon syntymää tuota nimenomaista artikkelia varten, mutta samalla esittäydyn lukijalleni, osoitan uskoakseni tutkijan tyylistäni jotain, joka jatkuu artikkelista toiseen – tuttuja tapojani, rutiineja, jostakin ruumiini paikasta (ehkä selkäytimestä?) helposti irtoavia sanoja ja tunteita. Jos minuudellani on jatkuvuus kertomuksen ulkopuolella, se ehkä on tämänkaltaisissa asioissa (ks. Ronkainen 1998, 241), ja lukijani on hyvä ne tuntea tietääkseen, kuka kirjoittaa.

Tietäjä, teorit ja tieto suhtautuvat toisiinsa kuten kertoja, mallitarinat ja identiteetit. Haastattelemistani lääkäreistä Petra (osa-artikkeli *Doctors as wounded storytellers*, myös *Doctors drifting*) on esimerkki siitä, miten tieteellinen teoria kasvaa sisään lääkärin identiteettiin ja koko minuuden ruumiilliseen ja kokemukselliseen kudokseen. Petra syventyy psykosomatiikkaan syventävien opintojensa viitekehystenä, ja hänen kertoessaan tarinaansa psykosomatiikka on hänelle itseymmärryksen väline, jonka kautta hän kuljettaa tuntevaa ruumistaan ja elämäntilannettaan mukana juonessa ja minuudessaan.

Näin lukien Petran kertomuksessa korostuu hänen kiinnittyneisyytensä, riippuvuutensaakin, ihmis- ja olosuhteisiin, oman ruumiinsa rajoituksiin ja ymmärryksen välineisiin, joista psykosomatiikan teoria on peräisin syventävien opintojen ohjaajalta. Silti hänen tietoinen, elämää ja kerrontaa ohjaava motiivinsa on autonomia: ”mun elämää määräävin motiivi on varmaan joku semmonen autonomian kasvattaminen tai oman tien etsiminen ja kulkeminen sillä lailla että kuinka sovittaa se realiteetteihin”. Petran kertomuksessa syventävät opinnot on käännekohta, jossa hän käy läpi siihenastisen uransa kriittisen arviointiprosessin. Prosessi ei ollut vain käsitteellistä identiteettityötä, vaan myös toiminnassa toteutettua: Petra on haastateltavistani ainoa, joka oli todella ollut työttömänä pitemmän jakson. Hänellä oli syventävät opinnot tekemättä, kun töitä ei enää saanutkaan läheltä opiskelupaikkakuntaa, ja tuossa tilanteessa vapaus etsiä omalta tuntuvaa tutkimusaihetta ja lähestymistapaa painoi vaa’assa enemmän kuin työpaikka kaukana yliopistosta ja tiedemaailmasta. Hän sai neuvoteltua itselleen työttömyyspäivärahan ja käytti sitten aikaa projektinsa hahmottamiseen ja toteuttamiseen, omalla tavallaan. Petra kuvaa aiemmat lääkisvuodet autonomian kokemukselle tuhoisana, ulkoa päin motivoituna toimintana, ja vasta työttömyyden mahdollistama ”oman tien etsiminen” ja omien ratkaisujen punnitseminen palautti hänen kertomuksensa päähenkilölle sen autonomian kokemuksen, jonka hän kertojana nimesi elämänsä keskeiseksi motiiviksi.

Petran kertomus ei ole minuuden muutoskertomus – tehdyt ratkaisut eivät murru vaan vahvistuvat syventävien opintojen identiteetti-prosessissa – mutta syventävät ja työttömyysvaihe ovat silti käänne, jossa ulkoa ohjautuminen korvautuu omiksi koetuilla motiiveilla ja jossa autonomian kokemus kääntyy pitkästä laskusta nousuun. Koska en etsi identiteetin ja kertomuksen autenttisuutta vastaavuudesta psyyken sisäisyyteen, löydän sen muualta kuin Petran kyvystä palauttaa toimintansa yhteneväksi minuutensa motivaatorakenteiden kanssa. Minulle Petran kertomuksen autenttisuus toteutuu tavassa, jolla hän haastattelutilanteessa tarttuu taustaksi tarjoamaani yhteiskunnan murrokseen, omiin kipeisiin muistoihinsa työttömyydestä ja torjutuista työhakemuksista, identiteettisanakseen artikuloimaansa autonomiaan ja minuuteensa kiinnittyneeseen holistiseen psykosomaattiseen ymmärrykseen ja maalaa niiden väreillä omannäköisensä lääkärin. Toisessa tilanteessa hän maalaisi toisin.

### *3.5.1 Psykoanalyysi yksilön mallitarinana*

But what of psychoanalytic thinking itself? It is a habit of language, which has affected Western culture generally (Billig 1999, 216).

Elämäkertomus välittää kertojan (identiteetin) ja eletyn elämän välillä sekä kertojan ja kuulijan välillä. Elämäkertomus rakentaa itseymmärryksen. (Ricoeur 1991a, 27). Kertoja tarvitsee kulttuurinsa kielen, käsitteet, mallitarinat ja jaetut merkitykset päästäkseen alkuun ja loppuun, kun lopulla tarkoitan kertomuksen tulemistä todeksi kuulijassa. Minuuden autenttisuuden kokemus syntyy kielen keinoilla kertoa minuutta, vaikka jokainen kertoja painottaakin sanoja ja käyttää käsitteitä hiukan toisin, sijoittaa elämänsä mallitarinoin ja venyttää merkityksiä hiukan toisin. Tarkastelen psykoanalyysia keskeisenä kulttuurisena minuuden sanastona.

Jerome Bruner (1990) viittaa kulttuurista psykologiaa hahmotellessaan kulttuuriin eräänlaisena kansanpsykologiana tai -sosiologiana, jota voi yhtä hyvin nimittää arki-ajatteluksi tai 'common senseksi'. Kyse on "joukosta enemmän tai vähemmän yhteneväisiä, enemmän tai vähemmän normatiivisia käsityksiä siitä, miten ihminen toimii, millainen on oma mieleemme ja toisten mielet" (Bruner 1990, 35). Tarvitsemme näitä perustavanlaatuisia, yleensä itsestäänselvyksinä pidettyjä ajattelun ja kielen periaatteita voidaksemme kertoa itsestämme ymmärrettävästi itsellemme tai toisille. Omaksumme periaatteet oppiessamme kielen, tai toisin päin: opimme puhumaan ja kommunikoimaan astuessamme kulttuurin symboliseen järjestykseen. Meistä tulee 'miniä', toisin sanoen opimme ymmärtämään itseämme ja puhumaan itsestämme siten, kuin kulttuurissa kuuluu, ja tässä mielessä on mahdotonta ajatella minuutta kielen ja kulttuurin ulkopuolella. (Vastaavasti voisi ajatella, että lääkäriksi tullaan omaksumalla ammattikulttuurin itses-

tään selvät ajattelun mallit ja puhumisen ja toimimisen tavat, eikä lääkäriyttä ehkä edes ole niiden ulkopuolella.)

Oman itsen kertomisen totutut tavat ja normit tulevat pohjustamaan sitä, millaisen kertomuksen itse kukin kertoo – uudelleen ja uudelleen – identiteettinsä kuvaksi. Itse tulin miettineeksi kulttuurimme minäkäsityksiä siksi, että tunsin usein haastatteluita tehdessäni ja niitä analysoidessani keskustelevani psykoanalyysin teorioiden kanssa ainakin rivien väleissä, siitäkin huolimatta, etten tietoisesti soveltanut niitä. Eräs haastattelimistani (mies)lääkäreistä kysyi vasta haastattelun jälkeen tutkimukseni nimeä. Olin haastatteluideni alkuvaiheessa, ja tutkimukseni työnimenä oli nuoren lääkärin ammatti-identiteetti. Olimme haastattelussa keskittyneet opiskelu- ja työvuosiin, mutta identiteetti-sanankuultuaan haastateltavani silmännähdessäni kiusaantui ja kysyi, olisiko hänen pitänyt pohtia äitisuhdettaan ja sen ongelmia. Ei tarvinnut, ellei sitten oman eletyn elämän ja identiteetin suhde sitä edellytä, kuten edellyttää psykoanalyttisessa perinteessä ja siitä vaikutteita saaneessa arki ajattelussamme, myös omassani.

Pohdin psykoanalyysia jatkossa kahdesta syystä. Ensinnäkin psykoanalyttinen teoriaperinne on yksi keskeisiä länsimaisen kulttuurin ajatusrakennelmia ja minuuden sanastoja (Korte 1988, 123; Grosz 1990, 189; Sampson 1993, 45; Frosh 1994, 14; Roudinesco 2000, 30; Vuori 2001, 282). Psykoanalyysi ei esiinny arki ajattelussa kaikessa teoreettisessa rikkaudessaan, vaan säikeinä, vaikutteina ja käsitteinä, jotka osaltaan rakentavat käsityksiämme elämäntarinasta ja identiteetistä. Kuten Mark Freeman (2003b, 343) kirjoittaa jatkaen Parkerin (2003) ajatusta:

*We are psychoanalytic subjects, already "written" as such – not, however, because psychoanalysis is "true" in some abstract(ed) sense but because the understandings it provides cohere with, or serve to articulate, the pre-understandings that are, in part, constitutive of (modern, Western) subjectivity.*

Toisista lähteistä, esimerkiksi kirjallisuudesta, pulppuaa muita minuuden mallitariinoita, mutta ajattelen haastattelimieni lääkäreiden olevan kaksinkertaisesti psykoanalyttisten vihjeiden varassa. Lääkäreinä ja toisen lääkärin tutkimustarkoituksessa haastattelimina kertojani varmaankin etsivät enemmän tai vähemmän tietoisesti yhteistä ymmärryspohjaa – kertomuksen dialogista koherenssia – lääketieteen, psykiatrian ja terveydenhuollon teorioista ja löytävät psykoanalyttiset teoriat sieltäkin. Vielä 1990-luvun alussa psykiatrian opetus lääkärin peruskoulutuksessa oli vahvasti psykoanalyttisesti painottunutta psykiatrian professoreiden analyttiseen traditioon suuntautuneisuuden ja pääoppikirjan (Achté ym. 1989) johdosta (Pertti Hämäläinen, henkilökohtainen tiedonanto 24.3.2004). Psykoanalyttinen minuuden mallitarina tuli lääkärille vastaan psykiatrian ja lastenpsykiatrian oppikirjoissa kuvauksena persoonallisuuden terveestä kehityksestä (Achté ym. 1989; Arajärvi ja Varilo 1991). Näistä syistä ajattelen, että lääkärilukijalle kirjoittaessani minun on sanottava jotakin myös psykoanalyysista, ei



hyväksyäkseni tai hylätäkseni sen oppirakennelmat, vaan keskustellakseni auki kohtia, joissa narratiivisuus näkökulmana identiteettiin (ja sukupuoleen) mahdollistaa kulttuuristen itsestäänselvyyksien mutaation.

Toinen perustelu psykoanalyysiin piipahtamiselle on se, että itselleni tärkeä sukupuoli ja dialogin teoreetikko Luce Irigaray rakentaa ajatteluaan psyko-analyttiselle perinteelle. Hän on filosofi, kielitieteilijä ja lacanilaisen koulukunnan psykoanalyttikko, jonka suhde psykoanalyysiin on ”kultivoituneen ambivalentti” (Grosz 1990, 190): Irigaray hyödyntää psykoanalyttista ajattelua ja kielenkäyttöä, mutta tavalla, joka hivuttaa ja häiritsee totuttuja merkityksiä. Irigaray, kuten useat muutkin psykoanalyysin feministiteoreetikot ja -kriitikot, näkee psykoanalyttisen teorian ongelmaksi tavan, jolla se liittyy minuuteen sukupuolen ja toissijaistaa naisen. Irigaray vihjaa tapaan kertoa oidipuskertomus uudelleen sellaiseksi, että se yksilöiden identiteeteiksi tullessaan mahdollistaisi naisen ja miehen ymmärtämisen muutoin kuin toisensa poissulkevinä vastakohtina. Tässä on kyse tietoisesta mutta väistämättä hitaasta kulttuurin mutaatiosta. Palaan Irigarayhin luvussa 4 ja sitä ennen psykoanalyttisen kehityskertomuksen sukupuoliin seuraavassa alaluvussa 3.6.

Jerome Bruner (1990) mainitsee Freudin yhtenä teoreetikoista, joiden ajatukset ovat vähitellen muuttuneet arki ajatteluksi ja absorboituneet kulttuuriin. Charlotte Linde (1993) nimeää kulttuuriset uskomusjärjestelmät koherenssijärjestelmiksi, sillä niiden sanastoilla kokemuksen voi kertoa koherentiksi ymmärrettävän merkityksessä, toisten kanssa jaettavaksi kertomukseksi ja omaksi minuuden kokemukseksi. Yksi länsimaisen kulttuurimme tärkeimpiä minuuden sanastoja on Lindenkin mukaan freudilaisen psykoanalyysin arkinen versio. Psykoanalyysi antaa muodon yksilön sisäisen ja ulkoisen dialektiikalle (Freeman 2003b, 341; Parker 2003). Psykoanalyysista ammentaa ajatus minuuden jakaantumisesta syviin ja pinnallisempiin kerroksiin ja vieläpä siten, että pinnallisempia kerroksia hallitsevat tiedostamattomat defenssit ja rationalisoinnit ja todelliset syyt, todellinen minä, edellyttää syvempien kerrosten arkeologiaa (Bruner 1990; Freeman 1993, 23). Schafer (1981, 37) kutsuu psykoanalyttiseksi introspektio-kertomukseksi minuuden käsittämistä tavalla, joka tekee meistä pikemminkin oman mieleemme ulkopuolisia tarkkailijoita kuin minuutemme rakentajia ja viime kädessä teoistamme vastuullisia toimijoita. Myös usko lapsuuden selittävään voimaan nykyisissä kokemuksissa on Freudin teorioista lähtöisin (Linde 1993, 167).

Freud ei luonut alkuperäistä psykoanalyttista teoriaa tyhjästä, vaan yhdisti esimerkiksi tiedostamattoman käsitteessään aiempia kulttuurisia tiedostamattoman merkityksiä (Roudinesco 2000, 66). Samalla hän tuli luoneeksi uuden teorian, jota ranskalaisen psykoanalyttikon ja psykoanalyysin historioitsijan Elisabeth Roudinescon mukaan yhä tarvitaan muistuttamaan siitä, ettei ihmisen psyykkistä ja vuorovaikutuksellista olemassaoloa voi kokonaan (tieteellisestikään) ymmärtää palauttamalla se

neurofysiologiaan. Kulttuurinen arkipsykologiamme ei silti ole pelkästään psykoanalyttista perää: esimerkiksi Bruner (1990, 39) mainitsee yhtenä minuutta koskevana käsityksenämme sen, että yksilön ajatusten, uskomusten ja toiveiden tulisi olla koherentteja ja suhteellisen ristiriidattomia aina sitoumusten, persoonallisuuden piirteiden ja elämäntavan yhtenäisyydeksi asti. Käsittelin edellä koherenssin vaatimuksen narratiivista ja dialogista tulkintaa. Olen käsitellyt myös minuuden autenttisuuden ajatusta ja sisäisen ja ulkoisen maailman rajaa, joka narratiivisesti ja etenkin dialogisesti ajatellen on kuin kahteen suuntaan läpäisevä kalvo. Myös pinnan ja syvyyden merkitystä voi narratiivisesti muuttaa: kun kielestä ja kertomuksesta tulee minuuden neuvottelun paikka, ei torjunta tapahdu psyyken syviin kerroksiin vaan dialogiseen (Billig 1999) tai narratiiviseen (Freeman 2002a) tiedostamattomaan eli ulos tarinasta.

Itse olen löytänyt narratiivisuudesta ja dialogisuudesta radikaalilla tavalla uusilta tuntuneita tapoja ymmärtää sekä minuutta yleensä että omaa itseäni erityisesti. Silti en voi riisua kulttuurista perimääni kuin valkoista takkiani naulaan, niin paljon se on vaikuttanut omiinkin ajattelun ja kokemisen tapoihini (Freeman 1993, 28). Jerome Brunerin (1990) mukaan arkipsykologiamme on, paitsi psykoanalyysin värittämää, keskeisesti tarinamuotoon rakentuvaa, eli omassa narratiivisuuden korostuksessani onkin tavallaan kyse vain tutun painottamisesta toisin.

### **3.6 Autonomiasta, itsenäisyydestä ja kehityksestä**

Aloitin narratiivista identiteettiä koskevan luvun pohtimalla muutoksen mahdollisuutta elämän kerronnassa. Muutos voi olla myös välttämättömyys: jos kertoja ei kykene luomaan ajallista etäisyyttä aikaisempiin kertomuksiinsa ja suhtautumaan entiseen minäänsä lämpimän ironisesti, kertoessaan jo viisaamman ja kokeneemman äänellä, hän saattaa kuulostaa paitsi ihmisenä kasvussaan pysähtyneeltä myös kyvyttömältä sopeutumaan silloin, kun ympäröivä todellisuus katkaisee kertomuksen punaisen langan.

Oman elämänsä kertoja tulkitsee usein kertomansa henkilökohtaisen muutoksen muutokseksi parempaan – hän on kasvanut, kehittynyt, saavuttanut tärkeän päämäärän. Kertomuksen siitä, miten kehityksen määränpää on saavutettu, voi kertoa vasta jälkikäteen. Kertomus on kaksisuuntainen liike: kehitys sinänsä ajatellaan tapahtuvaksi ajassa eteenpäin, mutta sen kertominen on katsomista ajassa taakse. Vasta muutoksen tapahduttua voi eletyssä nähdä prosessin, joka on johtanut siihen. (Freeman 1993.) Freeman (1993, 48) kirjoittaa Augustinuksesta, joka *Tunnustuksissaan* kuvaa kasvunsa huolettomasta nuorukaisesta Jumalan tahdon mukaan eläväksi pyhäksi mieheksi. Kertomus perustelee miehelle minän, joka tietää, mikä on arvokasta, mitä kohti haluaa kulkea ja mille omistautua. Silti joku toinen voisi kertoa täsmälleen päinvastaisen juo-

nen ja nimittää kertomustaan kehitykseksi niin ikään. Vaikka jaamme kulttuurimme jäsenenä käsityksiä siitä, mikä on riittävän arvokasta ja tavoiteltavaa toimiakseen kehityskertomuksen päättäjänä, kertojalla on silti myös varaa valita omat arvokkaat päämääränsä. Kunkin kerrotun identiteetin kehityksen kulun ja muutoksen tavoitteet voi nimetä vain kuuntelemalla kertomusta (sikäli kuin minuutta kerrotaan kehityksen kautta – myös pysyvyyskertomus on mahdollinen, Komulainen 1998).

Itsenäisyys ja autonomia ovat länsimaisen kulttuurin tunnustamia arvokkaita tavoitteita ihmisen kehitykselle. Ajatuksen ihmisen elämästä kasvuna ja kehittymisenä voi ylipäätään ajatella ilmentävän modernin länsimaisen yhteiskunnan myyttiä edistyksestä ja vapaan yksilön autonomiasta (de Peuter 1998, 32; Hänninen 1999, 50). Edward Sampson (1993, 36–39) kirjoittaa siitä kyseenalaistamattomuudesta, jolla mielämme yksilön ihanteeksi autonomian ja erillisyyden, riippumattomuuden toisista, ja ymmärrämme ihmisten välisyyttä molemminpuolisena omien rajojen säilyttämisenä ja sulautumisen uhkana. Analysoin artikkeleissani *Setback of a doctor's career* ja *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja* yhteensä kolmea haastattelemani lääkäreiden elämäntarinaa muutokertomuksina, joissa on kaikissa kyse itsenäisyydestä. Näistä yhdessä (Empun) tarinassa itsenäisyys ei ole hänen muutoksensa päämäärä, vaan sekä hänen menneen että nykyisen minänsä määre, joka saa muutoksen myötä rinnalleen vastuullisuuden ja vakavuuden. Sen sijaan kaksi muuta kertomusta kuvaavat itsenäistymisen: olen tulkinnut molemmat minuutta kertovien äänten dialogeina, joissa muutoksen jälkeinen itsenäisyys kontrastoituu epäitsenäiseen, riippuvaan entiseen. Silti muutoksen prosessit ja itsenäiseksi kehittyneet päähenkilöt ovat näissä kertomuksissa erilaiset. Hilla, jonka kertomusta tulkitsen artikkelissa *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*, kertoo päähenkilönsä itsenäistyneen lapsuudenkodin turvallisesta ilmapiiiristä ja riippuvuuden sävyttämistä ihmissuhteista elämään omaa elämäänsä, tulemaan toimeen omillaan, keskittymään siihen, mikä on hänelle omaa eli lääketieteeseen. Esitin edellä kertomuksen koherenssista kirjoittaessani Hillan esimerkkinä kertomuksen ja kerrotun identiteetin moniäänisyydestä: Hillan itsenäisyys saa muitakin kuin ei-riippuvuuden merkityksiä. Silti kertomuksen kohdissa, joissa Hilla neuvottelee ratkaisua eri ääntensä välille ja rakentaa minuutensa ykseyttä, itsenäisyys liitetään arvokkaaseen, riippumattomaan muutoksenjälkeiseen minään.

Lassiksi nimittämäni kollega (*Setback of a doctor's career*) kertoo myös henkilökohtaisen muutokertomuksen, jonka tulkitsen itsenäistymiskertomukseksi. Lassi kuvaa menneen minänsä ei-tietoisena ja kritiikittömänä. Mennyt Lassi teki kertomuksessa ammatinvalintansa ikään kuin puoliksi vahingossa ja tähtäsi kirurgin uralle, koska hänellä oli lähellään kirurgiesikuva. Hän ei pohtinut ratkaisujaan, vaan uralla eteenpäin pyrkiminen oli itsestänselvyys, ja siihen tavoitteeseen hän valjasti myös syventävien opintojen tutkimusprojektinsa, josta oli tarkoitus aueta väitöskirjan mahdollisuus. Sy-

ventävistä opinnoista muodostuu kuitenkin kertomuksen käänne. Lassi pettyy odotuksissaan tieteentekemisen ja saamansa ohjauksen suhteen, ja kertomuksessa astuu esiin uudistunut päähenkilö, joka alkaa arvioida kriittisesti sitä, mikä aiemmin oli ollut itsestään selvää: katkotonta uraa, tieteentekemistä, tieteellisen tiedon laatua ylipäättään. Omien ja toisten ratkaisujen hyvyyden kriteeriksi tulevat ratkaisujen seuraukset itselle ja toisille, ja jos työnsaanti olisi vaikeaa, murroksen jälkeinen Lassi jäisi ennemmin työttömäksi kuin muuttaisi eroon vaimostaan.

Luopuessaan uran ehdottomuudesta Lassi vapautui ”riippuvuuksista, auktoriteeteista, ulkoaohjautuvuudesta, ennaltamääräytyneisyydestä” (Komulainen 1998, 107) vastuuseen ja vapauteen tehdä omat ratkaisunsa, ”suunnitella ja sovittaa näyttämölle oman elämäkerran ohella myös siihen liittyvät sitoumukset ja verkostot, jotka muuttuvat kunkin omien mieltymysten ja elämänvaiheiden muuttumisen myötä” (Beck 1995, 29). Hänen kertomuksessaan itsenäisyys merkitsee tulkintani mukaan mahdollisuutta ottaa huomioon elämän monet sitoumukset ja omien halujen muuttuvuus. Barbara Marshallia (1991) seuraten autonomia, jolla oma elämäntarina kerrotaan jatkuvaksi ja selkeäksi, voi olla kerrassaan epäeettistä kieltäessään ihmisten välisen riippuvuuden ja monet sitoumukset. Lassin elämän ja uran kertomuksesta tulee itsenäistymiskehityksen myötä tulevaisuutta kohti avoin ja epämääräinen – hänelle ei haastattelun aikaan ollut selvää, mihin suuntaan edetä – mutta samalla Marshallin ehdottamalla tavalla vahvasti eettinen.

Yksilön kasvu riippuvuudesta ja symbioosista kohti erillisyyttä ja itsenäisyyteen tuntuu normaalin elämän itsestään selvältä suunnalta, ja itsenäistyminen myöhään (kuten Hilla tulkitsee omaa elämänsä) vaatii selittämään. Sikäli kuin elämäntarina ajatellaan oman yksilönkehityksen kuvauksena, psykologiset ja yksilönkehityksen teoriat ovat kertojan käytössä mallitarinoina hänen kuvatessaan sisäistä elämänsä ja minuutensa vaiheita (Hydén 1995, 87). Ajattelen, että tässä on jälleen kohta, jossa psykoanalyttiset mallitarinat tarjoutuvat lääkärikertojalle kaksinkertaisesti, sekä kulttuurisen arki ajattelun – esimerkiksi vanhemmuudesta käytävän keskustelun – kautta että kehityspsykologisina teorioina, joihin hän on törmännyt opinnoissaan ja ehkä myös työssään. Psykoanalyttinen teoriaperinne on ytimenä yksilön psykososiaalisen kehityksen ymmärtämisessä myös suomalaisten asiantuntijoiden vanhemmuutta koskevissa kirjoituksissa, olivatpa ne toisille ammattilaisille tai vanhemmille suunnattuja (Vuori 2001).

Psykoanalyttinen kehityskertomus ei kuvaa vain yksilönkehityksen normatiivista kulkua vaan kuvaa ennen kaikkea sen, miten yksilö sukupuolittuu (Benjamin 1990; Grosz 1990; Frosh 1994). Jaana Vuoren mukaan psykoanalyttinen puhe ikään kuin tarjoutuu käytettäväksi aina, kun puhe kääntyy miehen ja naisen tai tytön ja pojan sukupuoliin, sillä kulttuurissamme ei ole toista yhtä tunnustettua ja hienovaraista teoriaa sukupuoliseksi kasvamisesta (Vuori 2001, 282). Teorian kuvaamassa kehityksessä ei ole

neutria tietä, vaan kasvu tapahtuu joko naiseksi ja mieheksi: ns. normaali ja terve, heteroseksuaalinen identiteetti on saavutettavissa vain äidin ja isän välittämän lapsuuden kautta, ja siksi aiemmin mainitsemani mieslääkäri ajatteli kiinnostukseni identiteettiin edellyttävän tietoa äitisuhteen laadusta. Psykoanalyttinen normaalitarina tytön samastumisesta äitiin, pojan isään, on niin tuttu, ettei sitä tarvitse perustella tai selittää (Vuori 2001, 236). Samalla sitä on hyvin vaikea kyseenalaistaa ja olla ottamatta oman tarinan normiksi.

Teorian kuvaamassa kehityskertomuksessa tapahtuu muun muassa se, että itsenäisyyden ja autonomian merkitys sukupuolittuu. Freudilais-lacantilainen psykoanalyysin suuntaus, joka korostaa äiti-lapsi-dyadin luonnontilaisuutta ja epäsosiaalisuutta, näkee naisen yksilönkehityksessään eriytyvän vain osittain tästä alkuperästään ja jäävän häilymään erillisyyden ja naisisen samaistumisen väliin (Irigaray 1985b, 40). En lue Hillan kertomusta psykoanalyttisen teorian valossa, vaan pikemminkin kysyen, miten sama kulttuurinen naisen ristiriita ilmenee sekä teoriaperinteessä että Hillan elämänerkottomuksessa: kasvu yksilöllisyyteen (ja lääkärin uraa luomaan) kuvataan irrottautumisena alkuperäisestä perheestä, mutta itsenäisyyden korostuksen rinnalle jää tarinassa kuulumaan yhtä arvokkaana toinen, kuulumista, turvaa ja huolenpitoa korostava ääni. Paikka paikoin kuuluu myös itsenäisyyden ja kuulumisen näkökulmien ristiriita ja törmäys.

Kirjoitan tuonnempana luvussa 5 lääkäriydestä sukupuolen näkökulmasta. Pohdin, mitä tarkoittaa nais- ja mieslääkärin identiteettikertomuksessa lääkärin sukupuolettomuuden odotus ja toisaalta identiteetin väistämätön sukupuolisuus. Taustana näille pohdintoille tarkastelen tässä psykoanalyttista kehityskertomusta mallitarinana, joka siirtää yksilön identiteeteiksi kulttuurin myyttiset käsitykset miehestä ja naisesta (palaan myyttisiin sukupuoliin seuraavassa 4. luvussa). Kelly Oliver (1997) – kuten monet muutkin psykoanalyysin kriittiset teoretikot – pohtii sitä, mitä psykoanalyttisen kertomuksen muuttuminen yksilön tarinaksi ja identiteetiksi tarkoittaa, mitä siitä seuraa yksilölle ja kulttuurille. Hänen mukaansa psykoanalyysi toistaa ja tiivistää kulttuurisamme keskeisen mielikuvan ydinperheestä, ja samalla mies ja nainen saavat sisältönsä perhedynamiikan kautta, (ihanteellisina) isinä ja äiteinä. Teoriaperinne ei ole ristiriidaton, vaan toistaa myös kulttuuristen stereotyyppien ristiriitaisuuden. Suhde äitiin nähdään joko myöhempien ihmissuhteiden mallina tai eriytynyttä sosiaalista identiteettiä edeltävänä symbioosina, joka on kehityksen kulussa katkaistava. Isä taas edustaa kulttuuria ja sosiaalista suhteessa luonnon, ruumiin ja viettien määrittämään äitiin, mutta paradoksaalisesti hänen kulttuurisuutensa nähdään luonnollisena asiointilana. (Oliver 1997, 2)

Vaikka Hillalla ei haastattelun aikaan omia lapsia vielä ollutkaan, hän oli sukupuolensa vuoksi lapsuudenperheensä ”pikkuäiti”, joka sisaruksista itsestäänselvimmin

oli tarvittaessa toisia varten. Lukiessani mm. haastatteluaineistostani lääkärin sukupuolta ja kertomuksia isyydestä ja äitiydestä (luku 5) vihjaan hetkittäin siihen kiusalliseenkin itsepintaisuuteen, jolla itse tutkija-lukijana tulkitsen sekä miesten että naisten kertomukset äitiyden ensisijaisuuden kautta. Kirurgi, joka jää yöksi töihin pelastamaan onnettomuuden uhreja samalla, kun oma lapsi odottaa kotiin syntymäpäivilleen (ks. luku 5.2), tuntuu kertovan eri kertomusta riippuen siitä, onko hän lapsensa isä vai äiti, ja ajattelen Parkeria (2003) mukaillen, että kyse on psykoanalyttisten sukupuolittavien narratiivien läsnäolosta siinä kulttuurisessa kielellisessä kudoksessa, jossa sekä kertojat että minä kuulijana olemme kiinni.

Objekti- ja kiintymyssuhdeteorioiden (ks. esim. Benjamin 1990) versiot kehityskertomuksesta kiistävät äiti-lapsisuhteen esisosiaalisuuden ja psykoottisuuden ja korostavat päinvastoin sen olevan pohja ja asetus myöhemmille suhteille ja sosiaalisuudelle. Lapsi nauttii vähitellen saavuttamastaan kyvystä autonomiaan ja irtaantuu äidistä aikaan, symbioosin katkaisemiseen ei tarvita kolmatta, isällistä osapuolta. Tämäkin tarina sallii isän emotionaalisen etäisyyden, nyt jopa poissaolon. Naisen itsenäistymiskertomuksen kannalta tämä versio tulee ehkä pakottavimmaksi malliksi silloin, jos nainen tulee itse äidiksi ja alkaa kertoa omansa lisäksi kertomusta lapsensa identiteetiksi. Tarina tunnistaa ensisijaiseksi kiintymyksen kohteeksi vain äidin, jopa ehkä vain äidin funktion, jolla ei enää ole haluja ja toimia lapsesta erillään (Vuori 2001). Varmaankin tästä syystä psykoanalyttiselle teorialle keskeisesti rakentuva kehityspsykologinen tarkastelu tuntuu hylkivän jaetun vanhemmuuden ideologiaa (emt.).

Miehenkään kannalta psykoanalyttinen kehityskertomus ei ole ongelmaton tarjotessaan tarinan päämääräksi ehdotonta irrottautumista äidistä ja samalla kaikesta naisten maailmaan kuuluvasta ja kulttuurin feminiiniseksi merkitsemästä. Miehin ihanne voi olla kohtuuton, mutta sen tavoittelemisen vaihtoehtona on vain läheisyyden pelko ja sulautumisen uhka. (Säävälä 1999.)

Vaikka kehityspsykologisia itsestäänselvyyksiä onkin alettu ravistella esimerkiksi tarkasteluin, joissa lapsuus nähdään yhteiskunnallisesti ja historiallisesti muuttuvana ilmiönä, monet niistä istuvat lujassa meissä ja yhteiskuntamme rakenteissa. Äidin merkitystä lapsen ensimmäisenä, ainoana ihmissuhteenä on vaikea kyseenalaistaa sekä omissa sisäisissä keskusteluissaan että yhteisillä foorumeilla. Itsessäni tunnistan syyllisyyden, istunhan tässä työhuoneessani ja lastani nukuttaa päivänunille toinen nainen – onneks(en)i on toisia teorioita, jotka näkevät lapselle rikkaudeksi mahdollisuuden kiintyä moniin aikuisiin (ks. Chodorow 1978, 74). Itselläni on ollut onni saada lasteni isäksi mies, joka jakaa kanssani sekä vanhemmuuden että mahdollisuuden toteuttaa itseä myös työssä. Silti minä olen meistä kahdesta se, joka raahaa syyllisyyttä. Minä tunnen tarvetta selittää, miksi luovutan pienet lapseni hoitajalle lähteäkseni töihin. Mieheni taas oli kuopuksen vanhempainloman päätyttyä kuukauden hoitovapaalla ja sai

työpaikallaan aikaan kiivaan sähköpostikeskustelun, jossa äärimmillään ei nähty hänen ratkaisulleen mitään muuta perustetta kuin välttää uhkaavat yt-neuvottelut ja irtisanomiset. Hänen oikea paikkansa ei ollut koti, vaikka hän hetkeksi halusikin valita niin – halusi olla vapaa valitsemaan niin?

Monet feministiset ajattelijat kritisoivat tasa-arvopyrkimyksiä ja -keskustelua juuri siitä, että eriarvoisuuden ongelman uskotaan poistuvan yksilöiden valinnanvapautta lisäämällä. Samalla jää näkemättä se, miten eriarvoisuus jää vaivihkaa voimaan yhteiskunnan ja kulttuurin rakenteisiin, myytteihin ja merkitysmaailmoihin ja toteutuu sitten esimerkiksi palkkaeroina naisten ja miesten (alojen) välillä. Vaikka uskon suomalaisen lääkärin elävän tasa-arvoisemmassa ammattikulttuurissa kuin Frances Conleyn amerikkalainen kirurgikulttuuri (ks. luku 2.6. edellä), ajattelen sukupuolen olevan kulttuurisen psyykemme niin syvää ja ehtymätöntä pohjavirtaa, ettei olisi edes mahdollista luoda sukupuoletonta ammatillisuutta.

Luce Irigaray (ks. luku 4) näkee psykoanalyttisen teorian ongelmana sen, miten se toistaa ja ylläpitää länsimaisen kulttuurin näkemystä miehestä ja naisesta toisensa poissulkevinä vastakohtina ja samastaa naisen äitiin ja feminiiniseen, joita se väheksyy. Ongelmana on siis sekä eron ehdottomuus että naisiseksi mielletyn toissijaisuus, ja ajattelen näiden ongelmien kuuluvan myös lääkärikertojien tarinoissa ja identiteeteissä, tavoilla tai toisilla. Irigaray ei neuvo hylkäämään tai hyväksymään psykoanalyysin teoriaa vääränä tai oikeana, vaan tunnustamaan sen keskeisyyden ajattelumme, ymmärryksemme ja kokemisemme tavoissa. Tämä tarkoittaa Ian Parkerin (2003) mukaan esimerkiksi psykoanalyysin näkemistä kertojien käytössä ja saatavilla olevina tarinamalleina sen sijaan, että kyse olisi heidän kokemukselleen ulko- tai yläpuolisesta asiantuntijuudesta. Se tarkoittaa myös psykoanalyysin ottamista mystisen sijaan historiallisena ja kulttuurisena kertomuksena, jonka sisällä voi ajatella kriittisesti ja koettaa muuttaa totuttuja ajattelun tapoja ja sukupuolen merkityksiä (mts. 303). Näin tekee esimerkiksi juuri Irigaray, ja itse koetan myös artikkelissa *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*, jossa käytän ydindialogin käsitettä rakentamaan Hillan vastuullisuuden ja itsenäisyyden äänten suhteen rinnakkaisuudeksi identiteetin hajaannuksen ja integraation vaihtelussa niiden vastakohtaisuuden sijaan.

Itsenäisyys ja autonomia muodostavat yhden tutkimukseni käsitteellisen solmukohtan. Ne ovat kulttuurimme yksilönkehityksen ihanteita ja sukupuolen neuvottelun paikka: psykoanalyttiset teoriat, joita käsittelen esimerkkinä yksilöksi tulemisen mallitarinoista, kuvaavat kehityksen suunnan symbioosista erillisyyttä ja itsenäisyyttä kohti, ja naisen nähdään jäävän tästä tavoitteesta kauemmaksi; naista määrittävät yhtäältä tarve huolenpitoon ja sitoutumiseen, toisaalta ongelmaksi koitua riippuvuus (Keller ja Flax 1988; Benjamin 1990). Samat myyttiset sukupuolet ovat orientoineet myös elämäkertatutkimusta, jossa miesten ja naisten omaelämäkerrallisia tekstejä on perinteisesti

käsitelty erilaisina. Naisten tekstit on nähty yksityiseen, henkilökohtaiseen elämän-alueeseen kiinnittyvinä, fragmentaarina ja ihmissuhteista kertovina vastakohtana koherenteille, lineaarisille kuvauksille autonomisen miestoimijan saavutuksista. (ks. Hyvärinen ym. 1998). Sitoutumisen ja autonomian vastakohtaisuutta on kritisoitu ja ylitettykin (Komulainen 1994), ja myös elämäkertatutkimuksessa voi nähdä sukupuolten eron enemmän luennan lopputuloksena kuin lähtökohtana (Miller 1994): sekä miehen että naisen kertomusta voi lukea autonomian tai suhteiden näkökulmasta (ks. Hyvärinen 1998c). Narratiivisuuden ajatus mutkistaa jo sinällään yksilön riippumattomuuden ihanteen osoittaessaan sen tarinoiden verkon, johon olemme kertojina kaikki kietoutuneet: tarinallisessa kiertokulussa (Hänninen 1999) yksilölliset kertomukset ovat kertojan elämän värein väritettyjä kulttuurisia tarinamalleja ja toisten tarinoita, jotka kertoja luo oman minuutensa sanoiksi ja säikeiksi.

Miten autonomia, yksilön vapaus, liittyy lääkäriin?

Onko tarpeen sanoa, että lääkäri voi työskennellä tehokkaasti kaikkien näiden päivittäisten vaikeuksien keskellä vain jos hänellä on ehdoton henkinen vapaus. Itse asiassa hänen pitäisi tehdä työtään kokonaan vapaaehtoisesti. (Jean Hamburger 1977, sit. Forsius 2003)

Edellä sanotun valossa tämä kuvaus ehdottomasti henkisesti vapaasta lääkäristä, oikeammin lääkärin ihanteesta, vihjaa miehisestä sukupuolestaan. Yksilön näkökulman ohella autonomia joka tapauksessa mainitaan usein profession tunnusmerkkinä (Davies 1995, 60), jolloin sillä tarkoitetaan lääkärin kliinistä autonomiaa (ks. Forsius 2003) tai ammattikunnan mahdollisuutta päättää, kuka ja millä kriteerein määritellään profession kuuluvaksi (Freidson 2001). Tunnettu ja tunnustettu professioteoreetikko Eliot Freidson (emt.) rakentaa kirjassaan *Professionalism: The Third Logic* teoreettiseksi ja empiriseksi työkaluksi professionalismin logiikan ideaalimallin, jota määrittävät tiedollisen ja taidollisen perustan ja professionaalien ideologian ohella mahdollisuus säädellä ammattikunnan työnjakoa, työmarkkinoita ja alalle koulutusta ja pätevoittämistä (mts. 180). Autonomiaa korostavalle professionaalisuudelle työttömyys oli varmasti uhka (Riskä 1995; 1996), ja sille annettiinkin lääkärinkunnan käymässä työttömyyskeskustelussa menetetyt sananvallan merkitys: lääkärit, järjestäytyneinä Lääkäriliitoksi, eivät olleet itse saaneet päättää koulutettavien lääkäreiden määrää, vaan heidän vastustuksestaan huolimatta 1980-luvun lopun alueittaista lääkärripulaa oli hoidettu koulutusmääriä nostamalla (ks. *"Töitä nuorille kollegoille!*). Myös työttömyyden hoidossa lääkärit olivat poliittisista ja terveydenhuoltoa rahoittavista tahoista riippuvaisia.

Autonomia liitetään perinteisesti ihanteena yksittäisen professionaalinkin kuvaan. Hänet nähdään yksilönä, joka kutsumustaan tai kunnianhimoaan seuraten itsenäisesti ja tietoisesti ohjaa uraansa eteenpäin. Käytännössä lääkäreiden sitoumukset ovat varmasti vaihdelleet aina, ja Johnson (1983) on esittänyt elämäkerrallista lähestymistapaa stereo-



tyyppisten käsitysten hälventämiseksi ja samalla lääkäreiden urien lisääntyvän epävarmuuden ja ennustamattomuuden ymmärtämiseksi. Riippumattoman, henkisesti vapaan ja ensisijaisesti työhönsä sitoutuneen lääkärin myytti elää joka tapauksessa yhä ihanteena ammattikulttuurissa, ja lääkärit, niin miehet kuin naisetkin, joutuvat neuvottelemaan sen kanssa omissa elämän ja uran kertomuksissaan; palaan tähän myyttiseen lääkäriin ja sen olemassaolon osoittamiseen yhteenvedon luvussa 5.

Itsenäisyyden, autonomian, erillisyyden, riippuvuuden, vastuullisuuden, sitoutumisen ja relationaalisuuden monimutkainen käsittekimppu ei ollut mielessäni, kun ryhdyin tekemään tutkimustani, muutoin kuin ehkä puolittietoisena oletuksena uhatusta professionaalien autonomiasta työttömyyden edessä. Käsitesolmu on syntynyt matkan varrella punoessani yhteen aineistoani ja omaelämäkerran, sukupuolen ja profession teoriaa; olennaisesti myös monet aineistoni lääkärikertomukset ovat ehdottaneet sitä. Palaan edellä esittämäni Mark Freemanin (1993) pohdintaan siitä, miten henkilökohtaisen muutoksen tai kehityksen voi tuntea vain kuuntelemalla sen todeksi tekevää kertomusta – ei teorioista käsin, vaikka esimerkiksi yksilön, sukupuolen ja profession teorit ja mallitarinat ovatkin henkilökohtaisen kertomuksen aineksina. Freemanin voisi tulkita tarkoittavan tapauksessani myös sitä, ettei lääkärin itsenäisyyden kertomusta tavoiteta lähtemällä liikkeelle käsitteen määrittelystä ja sitomisesta tiettyyn teoriakenttään. Sen sijaan voin tarttua aineistoni vihjeisiin ja lukea kertomuksia itsenäisyyden ja autonomian näkökulmasta; käsittekimppuni sisältö ja merkitys syntyy lukiessani.

Olen nyt punonut tutkimukseni kudelmaan kerrotun identiteetin langan, seuraavaksi on sukupuolen neuvottelun vuoro.

## 4 Sukupuoli ja myyttinen sukupuoli

Merete Mazzarella (2002) pohtii kysymystä identiteetistä esseekokoelmassaan *Linjerna mellan stjärnor* (suom. Tähtien väliset viivat). Hän kirjoittaa, ettei itse valitsisi omaksi identiteettisanakseen 'naista', mutta tunnistaa samalla sukupuolen läsnäolon kaikkialla: ”sukupuoli on niin perustavanlaatuinen, että emme ylipäänsä kykene kuvittelemaan ihmistä kuvittelematta häntä sukupuolisena” (emts. 31). Sukupuoli on vaikea ilmiö tutkijallekin samasta syystä; se on aina läsnä mutta välttää suoraa kohtaamista (Gherardi 1994; 1995; Korvajärvi 1998). Mazzarella pohtii edelleen selitystä kokemalleen naisen vieraudelle identiteettinään ja päätyy siihen, ettei ole juurikaan joutunut tilanteisiin, joissa oman naiseuden merkitystä olisi pitänyt pohtia tai tulla siitä tietoiseksi. Jos, hän arvelee, hän olisi joskus elämänsä varrella tullut raiskatuksi tai naisena taloudellisesti syrjityksi, tilanne olisi toinen. Samoin tilanne on ehkä toinen sinä päivänä, jona hän huomaa olevansa vanha nainen ja muuttuneensa samalla naisena ja ihmisenä sosiaalisesti näkymättömäksi. Edelleen hän on varma, että sairastuminen rintasyöpään tekisi oman naiseuden pohdinnasta tietoista – nyt naiseus omana identiteettinä jää eittietoiseksi. Kyse ei ole tiedostamattomasta psykoanalyttisessa, psyyken alitajuiseen torjutun merkityksessä, vaan ennemminkin narratiivisesta tiedostamattomasta (Freeman 2002a): historian ja kulttuurin läsnäolosta elämässä ja identiteetissä tavoilla, joita ei ole kerrottu osaksi omaa kertomusta, elämän tarinaa.

Tässä mielessä sukupuoli oli useimmille haastateltavilleni tiedostamaton osa identiteettiä: he eivät kertoneet kertomuksiaan ääneenlausutusti miehinä ja naisina, ja usein kysyessänikin sukupuolen merkitystä heidän lääkärinä olemiselleen ja toimimiselleen he kieltäytyivät pitämästä sitä keskeisenä identiteettinsä määreenä. Lukiessani sukupuolta joudun siis pakottamaan heidän kertomuksiaan, vaatimaan niiltä vastauksia. Tunnistan hyvin itsessäni sukupuolen ristiriitaisuuden: yhtäältä tekee mieleni kieltäytyä selittämästä itseäni ja tekemiseni tyyliä naiseudellani, toisaalta omiksi identiteettisanoikseni ovat väitöskirjaprojektini myötä tulleet niin nainen kuin naistutkija ja feministikin. Olen teorian kautta vakuuttunut siitä, että sukupuoli on hedelmällinen näkökulma tarkastella, tulkita ja ymmärtää monia erilaisia inhimillisen todellisuuden ilmiöitä, muiden muassa lääkäriprofессиota, identiteettiä ja oman elämän kerrontaa. Kuten Merete Mazzarella, ajattelen sukupuolta perustavanlaatuisena ajattelun, puheen ja toiminnan pohjavirtana, jota ilman meidän on liki mahdotonta kuvitella ihmistä, lääkäriä tai omaelämäkerran sankaria.

Irma Kortetta (1988) soveltaen nimitän myytiksi niitä kulttuurisia merkityksiä ja ajattelutapoja, jotka automaattisesti tulemme liittäneeksi miehiin tai naisiin. Myytti on eräänlainen perustarina, joka näyttäytyy ajatuksissa, tunteissa, assosiaatioissa, kielessä ja toiminnassa mutta jota harvoin sovellamme sellaisenaan omaksi identiteettikerto-

mukseksenne. Miehen myyttiin samastamalla mies voi kokea (vain) jotakin itsestään, ja sama koskee naista (mts. 80). Myytti on yhtä aikaa ulkoista ja yksilön sisäistä maailmaa (mts. 70).

Myyttistä naista leimaavat ne piirteet, jotka erottavat hänet myyttisestä miehestä. Ruumiin erot saavat symbolisia merkityksiä, kulttuuri jalostaa eroista identiteettejä. Naisen kohtu symboloi sitä, mitä psykologia nimittää piilotajunnaksi: luovuuden lähde tai regression mahdollisuutta. Kohdun symboliikka kytkee naiset myyttiseen äitiin, joka voi olla joko ravitseva tai tuhoava, hoivaava tai takertuva; vaginan avoimuus taas assosioituu astiaan, joka psyykkisenä tilana merkitsee vastaanottavuutta, kokemuksen sisäisyyttä ja koetulle antautumista, eläytymistä. Naisen ruumiin fysiologia tarjoaa analogioita psyykkiseen muuttumiseen, muutoksen jatkuvuuteen ja vähittäisyyteen, kun taas miehen ruumis ilmentää suurempaa stabiiliutta tai toisinaan taipumusta äkillisiin, rajuihin muutoksiin. Myyttisen miehen seksuaalisen anatomian keskus, penis tai fallos, puolestaan rinnastuu työkaluihin, aseisiin ja välineisiin, joilla tehdään, pyritään ja tunkeudutaan. Miehen toiminta assosioituu sankarilliseen voimaan, tavoitteisuuteen ja tietoisuuteen. (Korte 1988.)

Myytit toistuvat (luovasti, muunnellen) yksilön mielen sanoissa ja kuvissa, mutta ne elävät myös mielenulkoisessa, jaetussa maailmassa. Korte (emt.) kirjoittaa naisen ja miehen stereotyyppisistä kuvista ja kulttuurisista ihanteista – eräänlaisista mallitarinoista tai tarinamalleista – jotka liittyvät naiseen tunneperäisyyden ja intuition ja sijoittavat heidät äideiksi kotiin, hoivaamaan ja huolehtimaan. Moni nainen on käytännössä löytänyt tasapainonsa äidinrakkauden ja oman tiensä kulkemisen välille, mutta kulttuurin naisihanteesta huolimatta, ei sen tukemana. Naisen ihanteen ja arjen välinen ristiriita toteutuu työelämässäkkin, joka rakentuu kodin ja työn kuilun kahden puolen siten, että toisten tarpeista huolehtimisen kotoinen etiikka on vaikeasti yhteensovitettavissa työuran edellyttämän itsemääräytymispyrkimyksen kanssa. Miehellä sama ristiriita asunee kotona.

Yhteydet sukupuolen myyttisen symboliikan, yksilön omikseen kokemien arvojen ja kertomien identiteettien, kulttuuristen käsitysten tai yhteiskunnan rakenteiden välillä eivät ole suoria, yksiselitteisiä, kausaalisia tai ennustettavia, vaan pikemminkin analogisia, assosiatiivisia ja monivivahteisia. Siksi niiden tarkasteleminen vaatii, kuten Silvia Gherardi (1994) painottaa, ambivalenssin ja ristiriitaisuuden sietoa (ks. myös Benjamin 1990, 216–217). Roland Barthesin (1994) *Mytologioiden* mukaan myytti toimii juuri hämärtämällä ja monimielistämällä käsitteen ilmeisen merkityksen ja yhtä aikaa luonnollistamalla hämärtymisen suunnan. Kun viittaa itseeni sanalla 'nainen', viittaan omaan erityisyyteeni, mutta yhtä aikaa tulen viittanneeksi myyttiseen naiseen. Voin kieltää yhteyden ja korostaa naisten keskinäistä erilaisuutta, mutta tunnu pääsevän pakoon

sitä luonnollisuutta, jolla tiedän, mistä sanoudun irti sanoutuessani irti 'naisen' merkityksistä, naisen myytistä.

Saman 'naisen' monimielisyyden voisi ymmärtää korostaen Mihail Bahtinin (Bakhtin 1981; 1984) tavoin kielen läpäisevää dialogisuutta. Jokainen sana, siis myös 'nainen', kohtaa lausuttuna kaikki sanan aiemmat käyttötavat eli merkityshistorian (ks. myös Hyvärinen ym. 2003, 10). Edelleen lausuttu sana kohtaa sen ajankohtaisen keskustelun, jota naisesta käydään, toisin sanoen 'naisen' nykyiset merkitykset ja naiseen liitetyt ilmiöt ja piirteet. (Vastaavasti voi ajatella, että sana 'lääkäri' viittaa väistämättä ja lausujan tahdosta riippumatta esimerkiksi kutsumusammatin harjoittajaan ja työlleen omistautuvaan puurtajaan). Jos kyse olisi vain näistä dialogisuuden puolista, olisimme täysin kielen ja kulttuurin ennalta määrittämiä, mutta Bahtinin mukaan olemme sitä vain osittain. Jokainen lausuttu sana on myös osa jatkuvaa vuorovaikutuksen virtaa, vastaus ja jatko johonkin edelliseen puheenvuoroon ja tarkoitettu taas jatkettavaksi. Tässä konkreettissa dialogissa sana kohtaa paitsi sosiaalisen todellisuuden myös kuulijan psyykkisen, subjektiivisen, enemmän tai vähemmän arvaamattoman käsitteellisen horisontin (Bakhtin 1981, 282). Dialogin virrassa sanan merkitys muuttuu vähän jokaisella lausumiskerralla, ja siinä on myös poeettisen mielikuvituksen (Freeman 1999) eli sanan taiten yksilöllistämisen ja persoonallisen tyylin luomisen paikka (esim. Bakhtin 1986, 63).

Tarkasteluni tavoitteena ei ole sukupuoli-ilmiön häivyttäminen tai väkisin muuttaminen toiseksi, vaan miehen ja naisen, maskuliinisen ja feminiinisen, toisensa poissulkevan luonnollisen vastakohtaisuuden arvioiminen uudestaan niin yksilön kokemuksessa kuin työelämän käytännöissäkkin. Feministisen tieteellisen ajattelun voisi kärjistää koskemaan sitä, miten miehen ja naisen toisensa poissulkeva vastakkaisuus on yhtä aikaa nähtävissä yhteiskunnallisissa käytännöissä, tieteen käytännöissä (ks. Katila ja Meriläinen 1999) ja teoretisoinneissa sekä arkiajatteluamme jäsentävissä teorioissa. Eikä pelkkä vastakkaisuus vaan miestä suosiva arvojärjestys tekee asian ongelmaksi ja saa feministit etsimään uudenlaisia tapoja ajatella ja ymmärtää. Tieteen julistus omasta objektiivisuudestaan ja rationaalisuudestaan on miehisten ihanteiden ylentämistä, eikä miehinen tässä viittaa biologisiin miehiin vaan kulttuurimme miehiseksi määrittämään, maskuliiniseen, myyttiseen mieheen (Code 1993, 21); tunteellinen mies on mies, vaikka näemme rajan rikkoutuvan – tunteen ja järjen vastakkainasettelussa järki on se, joka symboloi miestä.

Oma kiinnostukseni feministisiin suuntauksiin korostui sinä aikana, jonka tein tutkimustani naistutkimuksen valtakunnallisen tutkijakoulun tohtorikoulutettavana. Olen onnellinen siitä, että olen tullut tuntemaan feministisiä ajattelijoita, "aikamme ajattelijoita", kuten heidän ajatuksiaan kokoavan kirjan nimi heitä kutsuu (Anttonen ym. 2000). Jos minun pitäisi tiivistää itselleni olennainen feminismistä kahteen sanaan,

sanoisin *lupa kyseenalaistaa* kulttuurissa totunnaisia käsityksiä ja tiedollisia ja tunteellisia asenteita. Samassa kulttuurissa, joka on kauan kuvannut (kuvaako yhä?) yksilön kehityksen tapahtuvan suhteessa siihen, onko yksilöllä penis vaiko eikö ole. Onko hänellä munaa vai eikö ole (esim. Irigaray 1985a, 28–29).

Palaan itsenäisyyden ja suhteisuuden käsitepariin, jota pyöritin narratiivista identiteettiä käsittelevän luvun lopuksi. Artikkeleissani olen – eksplikoiden ja implikoiden – etsinyt tapoja ymmärtää tuo käsitepari muutoin kuin vastakohtaisuutena, dikotomiana, ja nyt luen psykoanalyysin kehityskertomusta kääntääkseni sen tarinaksi, jossa erillisyyden ja yhteyden etsinnän yhtäaikaisuus on alusta loppuun kantava juoni.

Tarkoitukseni ei ole kritisoida psykoanalyysin koko laajaa teoriaperinnettä saati käytäntöä, jossa tulkinnallisuuden voi ymmärtää myös narratiivisesti, kertomuksen kertomisena siten, että alku ei ole lapsuudessa vaan terapeutisessa dialogissa (Schafer 1981). Suhtaudun psykoanalyysiin yhtä aikaa vakavasti ja kevyesti: vakavasti sikäli, että ajattelen sen feministikriitikoita kuunnellen kulttuurimme keskeiseksi mallitarinaksi, jonka mukaan kertomalla yksilö tulee kertoneeksi miehen *tai* naisen myytin ja ymmärryksen miehisen ylemmyydestä oman identiteettinsä osaksi. Psykoanalyttisenkin teorian voima on näin ajatellen siinä, miten se kertoutuu yksilöiden identiteeteiksi. Toisaalta otan kevyesti ja koetan Irigarayn avulla näyttää, miten psykoanalyttisen kertomuksen yksilöksi tulemisesta voisi kertoa uudelleen tavalla, joka identiteeteiksi tullessaan purkaisi miehen ja naisen vastakohtaisuuden ja toisaalta korostaisi välitilan, dialogin, sanojen – ja kertomusten – identiteetillistä voimaa.

## 4.1 Luce Irigaray ja sukupuolieron korostus

Lähestyn psykoanalyysia 'tapaustutkimuksen' kautta: ranskalaisen psykoanalyttikon, filosofin ja kielitieteilijän Luce Irigarayn ajatusten kanssa keskustellen. Irigaray rakentaa ajatteluaan psykoanalyysin freudilais-lacanalaiselle (kieltä ja symbolisen järjestystä korostavalle) suuntaukselle, kielitieteelle ja fenomenologiselle filosofialle ja korostaa sukupuolieron ja muiden erojen hyväksymistä kaiken kanssakäymisen ja kohtaamisen perustaksi. Sukupuolen ja eron, miehen ja naisen roolin, ymmärtäminen uudelleen on paljon enemmän kuin 'vain' filosofointia: tavoitteena on viime kädessä vaikuttaa yhteiskuntaan ja muuttaa epätasa-arvoistavia käytäntöjä eettisemmiksi – tavoitteena on siis kulttuurin mutaatio (ks. Whitford 1991, 10–11). Viime kädessä kyse on tasa-arvosta, mutta syvemmältä kulttuurin perustaa järkyttäen kuin olemme tottuneet tasa-arvoa ajattelemaan (mts. 27; Irigaray 1991, 32). Viime kädessä kyse on halusta yhteiskuntaan, joka hellii ero(j)a, erilaisuutta elinvoimanaan. Yhteiskuntaan, jossa "jokaisella on oikeus ja velvollisuus olla mikä on" (Irigaray 1996b, 53).

Luce Irigarayn mukaan länsimaisessa kulttuurissa on keskeistä tapamme ajatella eroja vastakohtaisuuksina ja sukupuolittuvina. Muut vastakkainasettelut palautuvat naisen ja miehen väliseen myyttiseen eroon (esim. Irigaray 1991, 33; Lehtinen 2000, 218–219): maskuliininen / feminiininen, aktiivinen / passiivinen, järki / tunne, mieli / ruumis, itsenäisyys / riippuvuus ovat tällaisia dikotomioiksi ymmärrettyjä eroja, joiden ensimmäisen termin helposti näemme symboloivan miestä, toisen naista. Viime kädesä, väittää Irigaray, kulttuurimme perustuu naisen ja feminiinisen toistarvoistamiselle. Ajattelemme ihmisyyden olevan järkeä ja henkisyyttä. Intohimot, tunteet ja ruumiin liikkeet (eli feminiininen merkitysulottuvuus) vetävät meitä luontoon, pois ihmisyydestä. (Ihmisyttä määritellään esimerkiksi silloin, kun halutaan rakentaa kone, joka jäljittelee ihmistä ja inhimillistä ajattelua. Koneen rationaalisuus, ennustettavuus, edistyvyys nähdään eräänlaisena puhdistettuna, kirkastettuna ihmisyytenä. Ks. Paasonen 2002.) Koska ero on dikotomian mukaisesti ehdoton, eivät järki ja tunteet, henkisyys ja aistimellisuus kunnolla kohtaa yksilöissäkään paitsi ohimennen ja salaa. Tasaveroisina keskustelukumppaneina ne eivät tapaa sen paremmin ihmisten omissa sisäisissä keskusteluissa kuin ihmisten (naisten ja miesten) välilläkään. (Lehtinen 2000, 220.)

Irigaraylle sukupuolten välisen hierarkian purkaminen on toivottavaa ja tavoiteltavaa, ja se on myös hänen omien kirjoitustensa mieli. Hän lukee uudelleen kulttuurimme teksti(ili)ä – tunnettujen filosofien kirjoituksia ja psykoanalyttistä teoriaa – kysyen ja kiusoitellen, näyttäen, missä ne voisivat murtua tunnustamaan sukupuoli-sokeutensa. Hän ei pre-kritisoi psykoanalyysia (ks. Irigaray 1985b, 72), vaan tunnustaa psykoanalyysin teoreettisen hienovaraisuuden ja voiman. Juuri siksi hän näkee tarpeelliseksi osoittaa ja tulkita sen, mistä teoria vaikenee ja minkä se torjuu. Kuten monet muutkin psykoanalyttisen teorian feministikriitikot, Irigaraykaan ei näe psykoanalyysin synnyttäneen miehen ja naisen epätasa-arvoa, vaan hän ajattelee psykoanalyttisen teorian ennemminkin kuvanneen sen, miten nainen ja feminiininen toissijaistetaan kulttuurissa (Grosz 1990; Irigaray 1991, 118). Psykoanalyysi kertoo mallitarinan siitä, miten kulttuurin miehen ja naisen myytit muuttuvat yksilön kehityskertomuksiksi ja identiteeteiksi (ks. Rubin 1975).

Irigaray ei yritä päättää, ovatko naiset, todella, miehiä enemmän läsnä ruumiissaan, tunteissaan, riippuvuuksissaan: emme ehkä voi edes tietää, onko naisella jokin olemus kulttuurin symbolisen järjestyksen ulkopuolella, mutta voimme silti koettaa muuttaa symbolista. Länsimainen ajattelu liittyy nuo määreet naiseen ja väheksyy niitä suhteessa käsittepareihinsa, ja väheksyntä koskee tällöin sekä naisia että naisellista, sekä naisia sukupuolena että feminiinistä merkitysmaailmaa jokaisen identiteetin osana. Samoin hierarkian purkaminen koskisi jokaista naista, mutta myös jokaista miestä, miehen suhdetta feminiiniseen(sä).

Irigaray on psykoanalyysin lacanilaisen koulukunnan edustaja ja kriitikko. Jacques Lacan jatkaa freudilaista teoriaa suuntaan, jossa kulttuurin, kielen ja symbolisen merkitys identiteetin synnyssä korostuu ja oman identiteettinsä sisältävä yksilö korvautuu *puhuvalla subjektilla*, minällä, joka määrittyy puhujan paikaksi kielessä ja symbolisessa todellisuudessa (Grosz 1990). Identiteetti ja sukupuoli syntyvät yksilön astuessa kulttuuriin, ne eivät ole samalla tavoin anatominen kohtalo kuin Freudin alkuperäisessä teoriassa (Irigaray 1985b, 70-71), ja merkitysmaailman ilmiöinä niitä voi myös muuttaa. Siksi lacanilainen psykoanalyysi on feministiseen uudelleenmuotoiluun houkutteleva. Sellaisenaan Lacanin teoria on yhtä maskuliininen lähtökohdiltaan kuin alkuperäinen freudilainen psykoanalyysikin, väittää esimerkiksi Irigaray, sillä se kuvaa yksilön kehityksen myyttisen miehen symbolein. Millainen siis on se teorian sisältämä kehityskertomus, jonka Irigaray haluaa kertoa toisin?

#### *4.1.1 Freudilais-lacanilaisen teorian kuvaus yksilöksi tulemisesta: feministinen näkökulma*

En viittaa lainkaan Freudin tai Lacanin alkuperäisiin teksteihin, mikä saattaa vaikuttaa oudolta, kun tarkoitukseni on tiivistää heidän yksilönkehityksen kuvauksensa. Kuvaukseni lacanilaisesta yksilönkehityksestä perustuu Irigarayn (1985b; 1991) ohella pääasiassa Elizabeth Groszin Lacan-esittelyyn (Grosz 1990), ja niin Grosz kuin muutkin viittaamani teoreetikot jakavat feministisen kriittisyyden. Kuvaukseni on siis vähintään kaksiääninen: Freudin ja Lacanin sanat dialogisoituvat feministisesti, saavat tietyn painotuksen. Samalla korostuu se, etten pyri tyhjentävään saati objektiiviseen kuvaukseen psykoanalyttisesta teoriasta sinänsä, vaan luentaan, jossa tarkoituksella haastetaan teorian mukainen sukupuoli.

Freudilais-lacanilaisen teorian mukaan yksilö syntyy lapsen irrottautuessa äidistä ja astuessa isän lakiin – kulttuuriin, kielelliseen, symboliseen todellisuuteen. Lapset syntyvät pojiksi ja tytöiksi tässä erkaantumisessa, ja sukupuolen suhteen häilyvä, määrittämätön elämän alku jää menneisyyden hämäämään. Ennen sukupuolen synnyttävää oidipuskompleksia lapsi elää kiinteässä suhteessa hoivaajaansa (eli äitiin). Suhteessa äiti ja lapsi peilaavat toisiaan, samastuvat toisiinsa, ja lapsen minuus, ego, syntyy toisiaan seuraavista samastumisista. Minuus on jatkuva samastumisten ja itseen sisällyttämisten virta, ego syntyy suhteissa toisiin. (Grosz 1990.)

Alkuperäinen symbioottinen suhde ei mahdollista egon kasvua ja kehitystä tai yksilön toimijuutta, subjektiutta, egon oman välittömän olemassaolon turvaamisen ulkopuolella. Oidipuskompleksin ratkaisussa lapsen nähdään irrottautuvan alkuperäisen suhteen välittömyydestä ja omaksuvan kulttuuriset, sosiaaliset ja kielelliset lainalaisuudet, joiden noudattajana hänestä tulee yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Hän hyväksyy sen,

ettei välitön yhteys toiseen ihmiseen ole mahdollinen, vaan tarvitaan kolmas, suhteen välittömyydelle ulkopuolinen osapuoli – kieli merkityksenannon rakenteena (Frosh 1994, 37–40).

Irrottautuminen symbioosista voi teorian mukaan tapahtua vain kolmannen osapuolen avulla. Tuo kolmas osapuoli on Lacanille 'symbolinen isä', joka usein on lapsen biologinen isä mutta voi isän puuttuessa olla muukin auktoriteetti taivuttamaan lapsi 'isän lakiin', sosiaalista ja kielellistä kanssakäymistä ohjaaviin sääntöihin ja lainalaisuuksiin. (Irigaray 1985b, 61). Samalla alkuperäinen suhde eli äiti rinnastuu eriytymättömyyteen ja regression uhkaan, vähintäänkin implisiittisesti. Nainen esiintyy teoriassa vain äitinä ja lapsensa peilinä.

Psykoanalyttinen teoria kuvaa pojaksi tulemisen oidipuskompleksin kautta. Poika luopuu alkuperäisestä suhteestaan eli halustaan äitiin välttääkseen kilpailun isänsä kanssa ja samalla uhkaavan kastration. Toisin sanoen isän auktoriteetti, symbolinen fallos, saa pojan myöntymään isän tahtoon ja lakiin. Samalla hän samastuu isäänsä ja falloksen, isälliseen auktoriteettiin. Lacanilaisen teorian mukaan kastroimisessa ei ole kyse konkreetista elimen menetyksestä vaan suhteesta miehiseen (arvo)valtaan: liittäessään arvovallan itseensä poika samalla uusintaa miehisen ylemmyydelle perustuvan sukupuolijärjestyksen. (Grosz 1990, 68.) Kun lapsi on kypsä 'astumaan kieleen', tekemään käsitteellisiä eroja, miehen sukupuolielimestä tulee eron visuaalinen merkki: se merkitsee hetken, jona lapsi kokee oman erillisyytensä (äidistä), ja se merkitsee miehen ja naisen kulttuurisen eron ja hierarkian (Korte 1988, 111–114; Grosz 1990, 72).

Isän fallos tulee edustamaan identiteettiä ja erillisyyttä, ja riippuvuuden tarpeen kieltämisestä tulee miehisen aikuisuuden myyttinen ydin (Benjamin 1990, esim. 135, 171). Tytön irrottautuminen alkuperäisestä äityhteydestä jää puolitiehen; hänen identiteettinsä synnyn hetkeä jää määrittämään vähittäisyys ja ambivalenssi. Häntä ei kutsu alkuperäisestä symbioosista irti sen paremmin kastration rangaistus kuin (miehisen) arvovallan tarjouskaan (Rubin 1975, 193–194; Grosz 1990, 69). Suhteessaan kieleen ja symboliseen järjestykseen nainen edustaa aina epäjärjestyksen uhkaa; hän on epäselkeä, häilyvä, päättämätön, epäkoherentti verrattuna miehen normiin. Mies taas on tuomittu pelkäämään kaikkea, mikä kyseenalaistaa eron ehdottomuuden: kaikkea, mikä muuttuu, muuntuu, virtaa vapaana ja muodottomana (Whitford 1991, 28). Maskuliininen mies pelkää esikielellistä ja äidillistä itsessään ja toisissa, ja samalla hän amputoi oman emotionaalisuutensa, sensitiivisyytensä, vaistonvaraisuutensa ja ruumiillisuutensa, sillä ruumiissa säilyy ikuisesti jälki napanuorasta.



#### 4.1.2. Kertomus välittäjänä

Kyse ei ole siitä, ovatko todelliset miehet ja naiset tämän teorian/kertomuksen mukaisia – vastaus olisi kai kyllä ja ei. Irigaray korostaa ennen kaikkea hierarkian ongelmallisuutta: elämme kulttuurissa, jonka filosofia, tiede ja yksilönkehityksen teorit toistavat miehiseksi ymmärretyin (järjen, selkeyden, autonomian) ensisijaisuutta, ja sillä on seurauksia niin miesten kuin naistenkin identiteeteille ja elämäkertomuksille. Samoin on seurauksia sillä, miten nainen määrittyy äidiksi ja äiti riippuvuudeksi niin hyvässä kuin pahassa: hän on pienen lapsensa pakollinen peili, mutta itsessään, näin sanotaan, kyvytön lopulta itsenäistymään. Olipa äiti uraa luova tai kotona, aina menee jotenkin väärin tai vinoon.

(Sukupuolten) eroa on vaikea, lähes mahdotonta, mieltää muuna kuin toisensa poissulkevana vastakohtaisuutena, ja identiteetikertomuskin tuntuu vaativan tulkintaa, jonka mukaan kertomus on joko selkeä *tai* epäselkeä, koherentti *tai* hajanainen, yksi *tai* moninainen, ei sekä-että *tai* niin ja näin, kuten Jennifer de Peuter (1998) rakentaa narratiivisen identiteetin ymmärrystä. Irigarayn valossa kysymys kertomuksen koherenssista on myös kysymys sukupuolesta, samoin kuin kysymys autenttisuudesta koskee myös sukupuolta, jos autenttisuus nähdään erillisyyden määrittämän yksilön mielen ilmauksena. Narratiivisen identiteetin teoreetikot tunnustavat elämän moninaisuuden ja tarinallisen tarpeen käsitellä ristiriitaisuuksia, mutta hekin tulevat sitten usein ensisijais-taneeksi kertomuksen ykseyttä ja yhtenäisyyttä lopulta tuottavan funktion – narra-tiivisen koherenssin (ks. kohta 3.3 edellä).

Irigaray käyttää psykoanalyysia esimerkkinä siitä, miten radikaalisti voi ajatella ja kirjoittaa toisin. Hän kirjoittaa sukupuolierosta, koska sukupuoli on eroista keskeisin ja kaikenkattavin, mutta hänen voi lukea tarkoittavan eroja ja erilaisuutta ylipäättään, koko eron perusajatusta (esim. Irigaray 1996b, 35). Hän haluaa korostaa eroa, vaalia sitä, tehdä siitä identiteetin ensisijaisen sisällön. Psykoanalyysin sukupuolikertomuksen osalta tämä tarkoittaisi sen tunnustamista, että sukupuolia on kaksi, ja silloin myös kehityksen kuvauksia ja identiteetin normistoja tulee olla kahdet erilaiset, ei käänteiset toisilleen vaan yhteismitattomat, *todella* erilaiset. Irigaray vihjaa toisesta kertomuksesta, jonka symboliikka ei olisikaan miesruumiin (elimen) ykseyden symboliikkaa (kuten lacanilaisen teorian fallinen symboliikka on), vaan lainaisi naisen tunnulta: nainen, kirjoittaa Irigaray, ei ole suhteessa yhteen näkyvään elimeen, vaan huuliin, jotka eivät ole yksi eivätkä kaksi vaan koskettavat toisiaan, ovat kynnyksen, välitilan merkki (Irigaray 1985b, 28; 1996a).

Irigaray valitsee huulten ohella limakalvot, kohdun, istukan ja napanuoran identiteetin välittäviksi symboleiksi. Jos lapsen eriytyminen ajateltaisiin tapahtuvaksi jo kohdussa, kieleen ja kulttuuriin astuminen vain ikään kuin vahvistaisi jo tapahtuneen.

Syntyisi identiteettitarina, joka ei perustuisi itsenäisyyden ja riippuvuuden, erillisyyden ja yhteenkuulumisen vastakkainasettelulle vaan yhtäaikaaisuudelle: alustaan asti ihminen on sekä yhteydessä että erillinen (vrt. Hyvärinen 1998c, 151). Äidille (kuten isällekin) lapsi on alusta alkaen 'toinen', ihmetyksen, hämmennyksen ja hurman aihe, jota äiti ei tunne ja yrittää oppia tuntemaan, josta hän jatkuvasti erottautuu ja johon etsii yhteyttä (Saarikangas 1997). Tällöin äidin/naisen merkitys tarinassa alkueriytymättömyyden kaaoksena, psykoosina ja paratiisina muuttuisi; äiti ei enää symboloisi riippuvuutta ja isä itsenäisyyttä, vaan tärkeiksi tulisi kaikki se, mikä välittää ihmisten välillä: alussa istukka ja napanuora (Korsisaari 1997, 68–69), sittemmin sanat, kieli ja kertomukset, joiden avulla sekä etsitään tietä toisten luo että rakennetaan ainutkertaista minää (ks. Irigaray 1996b, 100).

Irigarayn käyttämä naisen ruumiin symboliikka muistuttaa tapaa, jolla psykoanalyttinen kehityskertomus perinteisesti kuvaa identiteetin kuuluvan ruumiiseen. Saman aikaisesti Irigarayn versio kuitenkin parodioi, häiritsee alkuperäistä teoriaa ja falloksen symboliikkaa. Se ikään kuin pakottaa teorian myöntämään miehen ruumiin suosimisen. (Korsisaari 1997, 65.) Koska lähtökohtanamme on naisisen ja feminiinisen vähempi-arvoiseksi merkitsevä kulttuuri, olisi naisen kertomuksen kertominen ensimmäinen askel kohti todellista tasa-arvoa: ”Jos sukupuoli on tarkoitus ylittää, eikö sen ensin täydy löytää etiikkansa? Jos meidän on tuleminen yhdeksi, eikö meidän ensin ole oltava *kaksi*?” (Irigaray 1991, 150). Vaikka päämääränä on lopulta kohtaaminen, dialogi miehen ja naisen – kahden erilaisen vaan ei eriarvoisen – välillä, on naisen ensin saatava oma tarinansa tunnustetuksi voidakseen asettua kohtaamiseen tasavertaisena.

Toisaalta välittäjät symboloivat itse dialogia eli sitä, mikä toteutuu ihmisten ja sukupuolten välillä. Huulet ja välitilat ovat sanoja identiteettikertomukselle, jonka juonena ei ole hylkääminen, eriytyminen ja irti kasvaminen (Irigaray 1985b; Grosz 1990, 183; Heinämäki 1997, 98). Syntyy tietty paradoksi: dialogi kohtaamisen muotona, jossa keskeistä on välittäminen (sanan kahdessa merkityksessä!), mahdollistuu naisen ruumiin symbolein. Jääkö nyt mies ulkopuolelle? Irigaray tarjoaa viime kädessä dialogia koko kulttuurin paradigmaksi (ks. Whitford 1991, 78). Dialogissa, jossa kaksi erilaista voivat kohdata eroavaisuutensa säilyttäen, ilman arvojärjestystä, toteutuu Irigarayn utopia eettisyydestä.

Sukupuolieron korostus on yhtä aikaa arvon antamista naisiselle ja ylipäättään osoitus siitä, että totuttua voi ajatella toisin. Viime kädessä kaksi ihmistä ovat tavalla tai toisella aina erilaiset. Jos mies eron uudelleen ymmärtämisen prosessin välivaiheena kokee itsensä toissijaiseksi, se ehkä tekee hänelle vain hyvää. Kokemus lienee lähellä sitä, mitä nainen, naislääkärikin, tuntee ollessaan *virkamies* tai *esimies*. Toinen itselleni tärkeä dialogin teoreetikko on venäläinen mieskirjallisuustieteilijä ja -filosofi Mihail Bahtin, joka ei käsittele sukupuolta, mutta painottaa välitilaa hyvin samalla tavoin kuin

luen Irigarayn sitä painottavan (ks. Herndl 1991, 7). Palaan Bahtinin ajatuksiin luvussa 6, jossa kokoan ajatukseni dialogista tutkimuksellisena orientaationa. Bahtinin metafora on ääni; ääni on miehelläkin. Ja huulet.

Intersubjektiivisuus, ihmisten välisen tilan ja vuorovaikutuksen ensisijaisuus, ei ole vain irigaraylainen korostus, vaan se on käytetty käsite psykoanalyysin teoriassa (esim. Benjamin 1990; 1998) ja esimerkiksi fenomenologisessa filosofiassa (ks. Crossley 1996), joista Irigaray ammentaa molemmista. Erityistä Irigaraylle on sukupuolieron saama paino. Väli-tilassa kahden kohtaaminen muodostaa eräänlaisen kaksois-silmukan tai kiasman (Irigaray 1996a, 25), jossa kumpikin hetken toisen kanssa viivähdettyään palaa takaisin itseensä. Irigarayn mukaan meidän on kyettävä näkemään kohtaamisen osapuolina kaksi erilaista sukupuolta siten, että naisellakin on oma erityisyytensä ja identiteettinsä, johon hän kohtaamisen rikastuttamana palaa. Jos tätä naisen ja feminiinisen erityisyyttä ei tunnusteta eikä sille anneta arvoa, intersubjektiivisuus voi olla vain kahden miehisen subjektin väli-tila – onhan nais(is)en suhde subjektiuteen (aina ollut) länsimaisessa kulttuurissa erilainen ja ristiriitaisempi kuin mieh(is)en (Rojola 1996). Jos kertomus ajatellaan identiteetiksi väli-tilassa, on kertomuksena tunnustettava myös naisten tarinat ja toisaalta naisen myyttiä toistava teksti: moninainen, muuttuva, päämäärätön. Vasta sukupuolen peruseron uudelleen ymmärtämisen jälkeen voi Irigarayn mukaan eettisyys ja dialogisuus todella toteutua ihmisten välillä näiden sukupuolista riippumatta.

Irigarayn kirjoitukset ohjaavat etsimään identiteettiä välistä ja välittäjästä sekä symbolisemmin että konkreetisti sanoista ja kosketuksista (ks. Irigaray 1996b, esim. s. 100, 121–128). Itselleni yksi tällainen välittäjä on juuri kertomus. Henkilökohtaisilla kertomuksillamme kerromme itsellemme ja toisillemme, keitä me olemme, ja samalla kohtaamme kuulijamme jossakin välillä – kertomamme ei avaa kuulijalle tietä minuutemme sisään, hän ei koskaan tule tietämään meitä kokonaan. Jennifer de Peuterin (1998) ajatus narratiivisesta identiteetistä minän ja toisen, identiteetin ja eron välisenä dialogina tulee lähelle irigaraylaista tulkintaani identiteetistä, jossa keskeistä on erillisyyden ja yhteydessä olemisen itsestään selvä paradoksaalinen yhtäaikaisuus.

Narratiivinen identiteetti välitettyinä ei ensisijaista kertomuksen tai päähenkilölle kerrotun identiteetin ykseyttä vaan dialogisen koherenssin, joka tarkoittaa ymmärrettävyyttä ja yhteyttä kuulijaan (ks. edellä 3.3). Elämäntarina on itsessään sekä erottautumisen että yhteyden rakentamisen väline: sillä tavoitellaan ymmärrystä, mutta samalla sen on oltava riittävän erilainen, riittävän yllätyksellinen houkutelakseen kuulijaa (Linde 1993). Kertominen, suullinen ainakin, on vuorovaikutuksellinen tapahtuma, jossa kuulijan tehtävänä on reagoida, osoittaa ymmärtävänsä, myötäillä, kyseenalaistaa – ilman ohjaavaa kuulijaa kertomus ei voi syntyä, sanat eivät saa merkitystä (Bakhtin 1986, 95–100), kertoja ei tavoita ketään vaan joutuu saman hämmennyksen valtaan kuin

haastatteleman lääkärit toisinaan haastattelun alussa: *minä en tiedä, mitä pitäisi kertoa*. Pyysin lääkäreitä kertomaan ikään kuin kasvottomalle elämäkertansa lukijalle, mutta tavallaan kielsin samalla kasvokkaisen kertomisen ominaislaadun, vuorovaikutuksellisuuden, yhteisen kerronnan, minuuden jakamisen. Vastavuoroisuus syntyy siitäkin, miten kuulija tuo oman kertomuksensa, omat tarinansa kohtaamiseen. Hän ymmärtää tai ei ymmärrä omasta sanojen kirjomasta kokemuksestaan käsin. Mukauttaessaan kerrontansa ja identiteettinsä kuulijansa rajoihin kertoja puolestaan tunnustaa toisen erilaisuuden.

Kertomuksen välittämä identiteetti ei synny samastamalla yhteen (sukupuoleenkaan) ja sulkemalla toinen oman itsen ulkopuolelle. Enemminkin identiteetissä on kyse siitä prosessista, jossa (jokaisen) toisen erilaisuus, jokainen uusi kertomus, saa minut katsomaan uusiin horisontteihin, tulemaan hiukan joksikin uudeksi.

Toisen – miehen tai naisen – täytyy aina ja jatkuvasti *yllättää* meidät, vaikuttaa meistä *uudelta* ja *täysin erilaiselta* kuin millaisena hänet tunnemme tai mitä otaksumme, että hänen tulisi olla. Silloin voimme katsoa toista, pysähtyä katsomaan sitä ja tutkailla ja lähestyä itseämme kysymyksin. *Kuka sinä olet? Minä olen ja minä tulen* tämän kysymyksen ansiosta (Irigaray 1996a, 93).

Naisen keskeiseksi tehtäväksi tulee välittää naisen kertomus, naisen henkisyys ja viisaus, myös miehelle. Suhteessa mieheen nainen ei tällöin edusta materiaalista alkuperää, eikä äitiys ole naisen ainoa eikä aina ensisijainen tehtävä. Naiselle mahdollistuu oman erityisyyden – oman kertomuksen ja identiteetin – luominen muutenkin kuin äitiyden kautta. Yksilönkehityksen kertominen uudelleen välittäjien kautta hyödyttää lopulta myös miestä. Kun hänen identiteettinsä ei enää perustu erillisyydelle, hänelle mahdollistuu suhteen luominen toiseen ilman sulautumisen pelkoa. (Irigaray 2002, 87–91.)

Naisen symbolein kerrottu identiteetti toteuttaa sukupuolen osalta sen, mitä käsittelin Mark Freemanin kautta narratiivisen identiteetin yhteydessä (luvussa 3.6): ero(j)a lähtökohtana. Sukupuoli on Irigaraylle – ja kai itsellenikin – eroista pohjimmaisin, mutta sekin toteutuu jokaisessa miehessä ja naisessa eri tavoin. Saman hellyyden ja herkkyyden tulisi kohdistua ylipäätään eroon minun ja toisen ihmisen, kertojan ja kuulijan, tutkijan ja tutkittavan välillä. Tällöin kuuntelen kertojaa kuten Irigaray toivoo miestä ja naista kuunneltavan: hyväksyen sen, että jokainen kertoo omin (vaikka kulttuurista lainatuin) sanoin, käsittein ja symbolein, oman minuutensa muutoksen tai pysyvyyden kertomuksen, oman ruumiillisen ja henkisen kasvunsa prosessin ja päämäärän (Freeman 1993; ks. Irigaray 1991, 83). Tasa-arvoinen kohtaaminen ja dialogi on mahdollinen vain, jos hyväksyn sen, etten kaikkea edes ymmärrä.

## 4.2 Oma suhteeni kysymykseen sukupuolesta

Irigaray siis ehdottaa kohdun, napanuoran, istukan, huulten symboliikkaa falloksen rinnalle toistamaan naisen ruumiin morfologiaa – symboliksi sille, mikä on välissä ja yhdistää, ei ole yksi eikä kaksi vaan kosketus, kuin huulet. Yhtä aikaa yhteydessä ja erillinen. Irigarayn kirjoituksia on tulkittu äidin ja tyttären preoidipaalisuuden suhteen ylityksenä ja yrityksenä palata tähän esikielelliseen tilaan (Whitford 1991, 3). Paluusta kohtuun ei kuitenkaan ole kyse, vaan uuden, vielä koskaan lausumattoman identiteetin rakentamisesta tavalla, joka perustuu yhteyden säilyttämiselle. Kyse on suhteen kielellisestä representaatiosta. (Irigaray 1991, 106; Heinämäki 1997, 98.)

Irigarayta on luettu myös essentialistina, toisin sanoen hänen sukupuolieronsa on ymmärretty naisen ja miehen biologisina olemuksina. Anatomisen ruumiin sijaan hän kirjoittaa kuitenkin elävästä ruumiista ja sukupuolesta elettyinä merkityksinä (Heinämaa 1997, 42). Riippumatta siitä, ovatko mies ja nainen erilaisia enemmän biologiansa vaiko kulttuurinsa vuoksi, kulttuuri ja symbolinen (kielellinen) ovat luoneet ja luovat heidän välilleen hierarkian. Jos lakkaamme pitämästä myyttisen miehen ruumista ja symboliikkaa ainoana arvokkaan ihmisyyden ja kelvollisen elämäntarinan tunnusmerkkeinä, ihmisyyden ja myös sukupuolikin ehkä avartuvat ja avautuvat uusille mahdollisuuksille “kaavamaisen ja kivettyneen identiteetin” (Irigaray 1996a, 155; ks. myös Irigaray 1991, 97) sijaan.

Teoriaa, joka kuvaisi naiseksi tulemisen naisisin käsittein, ei ole vielä kulttuuriin kirjoitettu. Tehtävä saattaa olla mahdotonkin: sen lisäksi, että olisi luotava naisen kieli, naisiset käsitteet, olisi – samanaikaisesti – tunnustettava naisten keskinäinen erilaisuus ja muidenkin erojen (ihonvärin, seksuaalisen suuntautumisen jne.) merkityksellisyys subjektin ja kokemuksen synnyttäjinä. Toisaalta jo puhe naisen kielestä luo uudestaan perustavimman kahtiajaon miehiin ja naisiin sen sijaan, että tuon jaon ehdottomuus voitaisiin kyseenalaistaa (Benjamin 1990, 9). Feministiset keskustelut ja teoriat eivät ole ratkaisseet näitä ristiriitaisuuksia, feminismin väistämätöntä paradoksia (ks. Lorber 2000, 86); jotkut keskustelijat korostavat naisen ja miehen sukupuolieroa lähtökohtana, mutta haluavat ymmärtää eron toisin, ei-dikotomisena, ei-hierarkkisena (kuten Irigaray). Toiset taas puoltavat koko eron keinotekoisuutta ja haluavat ylittää sen (esim. Lorber 2000). Itse olen tutkijanurallani kokeillut molempia ääripäitä. Välillä halusin lukea aineistostani sukupuolta siten, että miehen ja naisen olemassaolo kyseenalaistuu: korostin, että kaikki kertojat kertovat niin miehen kuin naisenkin äänellä. Tutkimusprosessin loppua kohti ajattelen sitten sukupuolierosta paljon suopeammin (ks. etenkin artikkeli *Doctors as wounded storytellers*).

Kiinnostukseni lukea lääkäreiden tarinoista sukupuolta perustuu joka tapauksessa siihen, että ajattelen kulttuurimme tavan ymmärtää sukupuoli itsestään selvästi kaksi-

napaisena olevan seurauksiltaan ongelmallinen (ks. Frosh 1994, 11), myös lääkärille. Kun ero mielletään symmetriseksi ja navat vastakkaisiksi toisilleen, yksilön on suljettava joitakin mahdollisuuksia ulos itsestään ja tarinastaan varautuakseen riittävän selvästi, kiinnittyäkseen jompaan kumpaan napaan. Ero ymmärretään vielä eriarvoisuutena. Tasa-arvoideologian Suomeen kasvanut sukupolveni ei kai useinkaan ajattele eriarvoisuuden (enää) koskevan miehiä ja naisia, mutta silti arvostamme niitä ominaisuuksia ja ilmiöitä, jotka kulttuurinen mielikuvituksemme kiinnittää maskuliiniseen: järkeä (enemmän kuin tunnetta), itsenäisyyttä (enemmän kuin riippuvuutta), erillisyyttä (enemmän kuin yhteenkuuluvuutta), henkisyttä (enemmän kuin ruumiillisuutta), edistystä (enemmän kuin rutiinia ja pysyvyyttä).

Tutkimuksellinen tehtäväni feministinä on ensinnäkin vakuuttaa lukijani lääkärin sukupuolta korostavan näkökulman mielekkyydestä ja ajankohtaisuudesta, toisaalta haastaa miehisen ja naisisen toisensa poissulkeva vastakohtaisuus. Haastamisen tarkoitus ei ole hävittää sukupuolta, vaan nimenomaan tarkastella eroa uudelleen: kysyä, miksi puhumme samaa ja *vastakkaista* sukupuolta olevista ilman, että koemme siinä ongelmaa. Olen lukenut aineistoni kertomuksia tavalla, joka korostaa jokaisen identiteetin moninaisuutta: minä eroan jokaisesta haastattelemastani, mutta jokainen meistä eroaa myös itsestään. Sukupuolten kahtiajaoksi ymmärretyn eron molemmat puolet voivat olla läsnä samassa kertomuksessa, samassa kerrotussa lääkärin minuudessa. Kyse ei ole androgyniasta, väittää Barbara Marshall (1991, 186), sillä androgynia korostaa pikemminkin kuin kyseenalaistaa feminiinisen ja maskuliinisen kaksinapaista vastakohtaisuutta. Eron kaksijakoisuuden kriittinen tarkastelu tarkoittaa ennemminkin uteliaisuuden säilyttämistä miehen tai naisen identiteettiä – omaa tai toisen – kohtaan; kumpikaan ei ole itsestään selvä, eikä toisen tunteminen paljasta toista, mies ei ole nainen eikä nainen ei-mies. Uteliaisuuden tuloksena ei ole identiteetti, joka on yhtä aikaa mies ja nainen, vaan miehen tai naisen identiteetti, joka jatkuvasti kysyy suhdettaan itseensä, toisiin ja toiseen sukupuoleen ja syntyy vastauksena noihin kysymyksiin. Edelleen dikotomian ylittäminen koskee itseäni tutkijana ja kirjoittajana – oman järkeni ja tunteeni, oman henkisyteni ja ruumiini, oman itsenäisyyteni ja vastuullisuuteni yhtäaikaista.

Hierarkian purku sukupuolten väliltä tekee meidät herkemmiksi ja hellemmiksi eroille sekä itsessämme että ihmisten välillä, ja tämä on minulle Irigarayn kirjoitusten keskeinen sisältö. Sovellan eron etiikkaa sukupuolten kohtaamisten ohella ihmisten kohtaamisiin ylipäättään, myös tutkijan ja tutkittavan väliin, korostetummin kuin Irigarayta yleensä tulkitaan, mutta uskoakseni kyse on toisin painottamisesta, ei tulkinasta, joka haraisi irigaraylaista sukupuolieron perimmäisyyttä vastaan (ks. Irigaray 1996b, 35, 61; 2002, 137; vrt. Frosh 1994, 22).

Aineistojani olen pyytänyt ja pakottanut. Olen kysynyt lääkäreiden tarinoista sukupuolta silloinkin, kun kertoja ei ole siihen itse viitannut (Mills 1995, 39), olen lukenut näkymätöntä (Korvajärvi 1998, 44). Joudun yhteenvetoni vaiheessa lukemaan kätkemääni sukupuolta esiin myös omista artikkeleistani. Kirjoittamisjärjestyksessä kolmessa ensimmäisessä artikkelissa viitataan siihen vain ohimennen jos lainkaan (*Doctors drifting*, ”Töitä nuorille kollegoille!” ja *Set-back of a doctor’s career*). Ajattelin sukupuolen kysymystä jo näitä tekstejä kirjoittassani, mutta olin konstruktionisti puhtaammin kuin nyt: ajattelin, että sukupuolen voi halutessaan vaihtaa ja lopulta unoh-  
taa kertomalla sen toisin, kertomalla oman tarinansa välinpitämättömänä kulttuurin luomalle kahtiajaolle miehiin ja naisiin. *Doctors drifting* -artikkelissa valitsin haastat-  
teluesimerkit tietoisesti siten, että ne vastustavat vallitsevaa käsitystä miehen ja naisen tavoista kertoa. Esimerkiksi Lassi, jonka tarinan analyysia jatkan *Set-back*-artikkelissa, pohti haluttomuuttaan etsiä työtä kotipaikkakunnan ulkopuolelta, koska hänen vaimol-  
laan oli pitkäaikainen työpaikka ja Lassia parempi palkka: he tulisivat toimeen taloudel-  
lisesti, vaikka Lassi olisi vähän aikaa työttömänäkin.

Ajattelen edelleen, että Lassi kyseenalaistaa vallitsevaa sukupuolijärjestystä, jossa miehen työ yleensä ratkaisee perheen asuinpaikan. Sukupuolieron näkökulma painot-  
taisi esimerkiksi sen ääneen tarkastelemista, miten olemme tottuneet näkemään miehen ja naisen toistensa kääntöpuolina, joista toinen on nurja, toinen oikea. Jos Lassi olisi joutunut valitsemaan työttömyyden pitääkseen perheen koossa, hän olisi tehnyt (ky-  
seenalaisen) ratkaisun, jonka uskoakseni helpommin soisimme naiselle. Ongelmallinen on valintojen arvojärjestys, tappava hierarkia, joka ei kyseenalaistu vain tai ainakaan helposti sillä, että mieskin uskaltaa valita vähempiarvoisen. Jos kirjoittaisin *Doctors driftingiä* nyt, toisin tämän julki sen sijaan, että jättäisin lukijan tehtäväksi huomata Lassin ja muiden siteeraamieni lääkäreiden sukupuolelleen epätyypilliset lausumat.

Minulla on monta tarinaa siitä, miksi olen alkanut pikemminkin korostaa suku-  
puolta kuin häivyttää sitä – kyse ei ole yhdestä ja selkeästä selityksestä. Turhauduin yrittäessäni ensin kirjoittaa siten, että sukupuolen mainitsematta jättäminen saisi lukijani rikkomaan sukupuolten stereotyyppioita. En ehkä keksinyt oikeaa tapaa, tai sitten kyse on siitä, että voidakseni kommunikoida minun on tehtävä se sanomalla eikä vaikenemalla ja hyväksyttävä sanojen historiallisuus ja myyttinen ulottuvuus. Konstruktionistina hyl-  
käsini nimenomaan nämä merkitysulottuvuudet, sukupuolieron ja dialogisuuden näkö-  
kulmasta taas kohdennan niihin, teen historiasta nykyhetkeä ja myyttistä minuuden materiaa. Nyt tuntuu, että näin voin paremmin ’hivuttaa’ merkityksiä.

Osittain sukupuolieron korostukseni selittyy sillä, että kaivatessani uudenlaista sukupuolen käsittelemisen tapaa löysin Irigarayn ja rakastuin hänen tapaansa kirjoittaa, hänen kultivoituneeseen ambivalenssiinsa, kuten Elisabeth Grosz (1990) sitä nimittää. Eikä merkityksetöntä ole sekään, että minusta on tuntunut väärältä yrittää hämärtää

pienten poikieni sukupuolta. Sukupuolen keinotekoisuuden ja pelkän sosiokulttuurisen taustan korostaminen tuntuisi käytännössä tarkoittavan, etten tunnustaisi lasteni sukupuolta, vaan ajattelisin heidän olevan yhtä hyvin tyttöjä, poikia kuin androgyynejäkin riippuen siitä, miten he itse ja miten toiset heidät eri tilanteissa määrittävät. Sukupuolieron näkökulmasta pojat ovat poikia, jokainen omalla tavallaan. Kulttuuri ja yhteiskunta asettavat odotukset, mutta he voivat leikkiä päiväkodissa prinsessaa poikuutensa kyseenalaistumatta. Tutkimukseeni soveltaen se, että tiedän jonkin lääkärin kertomuksen miehen tai naisen kertomaksi, ei tarkoita, että tietäisin millainen kertoja sukupuolilena on ja miten hän tarinansa kertoo. Hän on minulle aina lopulta mysteeri (Irigaray 1996b, 104).

Feminismi ei ole yksi, eikä sen ehkä tulekaan olla. Ajattelen, että feminismejä, feministisiä keskusteluja, yhdistää ennen kaikkea käsitys, jonka mukaan sukupuoli on olennainen ajatteluumme ja kokemustamme jäsentävä ilmiö, ja nykyisellään tavoilla, jotka eivät ole ongelmattomia tai aitoa tasa-arvoa synnyttäviä. Tavoitteena on muutos, joka tuskin tulee tapahtumaan yhden uuden sukupuolen teorian kautta, vaan vähitellen, hienovaraisena ja hivuttavana näkökulmien kääntämisenä, toisin lukemisena, uudelleen tulkitsemisenä (esim. De Lauretis 1987, 25–26). Kultivoituneena ambivalenssina. Tämä muutos edellyttää joskus naisen erityisyyden korostamista, toisinaan taas sen ylittämistä (ks. Bordo 1993, 37; Salonen 2000). Jos oma lukijani väitöskirjani luettuaan ajattelee, jossakin, joskus, sukupuolesta ja miesten ja naisten erosta hiukan toisin, olen toteutunut feministinä minäkin.



## 5 Lääkäri ja sukupuoli

Kiinnostukseni lukea sukupuolta lääkäreiden tarinoista voi perustella omaelämäkerrallisen tutkimuksen ja professiotutkimuksen suunnista. Omaelämäkerrallinen aineisto sinällään kutsuu etsimään erilaisia tapoja ymmärtää tarinan ja kertojan sukupuoli. Jos kieltäydyn hyväksymästä lähtökohdaksi sukupuolen itsestäänselvyyttä, voin esimerkiksi kysyä, miten myyttinen mies ja nainen kulttuurisen kuvaston hahmoina esiintyvät tarinoissa, kussakin miehen tai naisen kertomuksessa. Lääkäriys mahdollistaa molemmat: lääkäri on yhtä aikaa maskuliininen hahmo rationaalisuudessaan, objektiivisuudessaan, pyrkimyksessään hallita oireita ja sairauksia ja feminiininen hoivaavuudessaan ja empaattisuudessaan (ks. Silius 1995, 57). Esimerkiksi Hillaksi nimeämäni kertoja (artikkelissa *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*) kertoo samassa tarinassa kahdella äänellä. Hän rakentaa uraa lääketieteessä, jonka hän sanoo olevan itselleen omaa, ja arvostaa ominaisuutenaan ja uransa ratkaisuisia itsenäisyyttä. Toisaalta hän kertoo kasvaneensa ihmissuhteista, kuulumisesta, turvasta ja luottamuksesta ja hän sekä kaipaa tätä perustaa elämässään että toteuttaa sitä lääkärin työssään. Jos ajatellaan, kuten (aikaisemmin) omaelämäkertatutkimuksessa on ajateltu, että mies kertoo lineaarista elämän ja uran tarinaa kun nainen taas sitoo itsensä suhteisiin (ks. Hyvärinen ym. 1998), Hillasta tulee ongelma. Jos taas sukupuoli nähdään, kuten identiteetti, moninaisena, jatkuvan neuvottelun kohteena ja tuloksena, Hillan tarina on ehjääkin ehjempi: se sisältää monta mahdollisuutta.

Toinen suunta lähestyä lääkäriyden ja sukupuolen risteystä on ensisijainen kiinnostus lääkäriin. Professionaalinen ura siten, kuin se yleensä ymmärretään, on maskuliininen rakenne; tasaista etenemistä ja nousua, jota eivät katkaise äitiyslomat tai irrationaaliset poikkeamat uralta sivuun (Allen 1987; Davies 1995, 49–52). Yleensä lääkäreitä, heidän uriaan ja jaksamistaan uralta tutkitaan kuitenkin sulkeistaen terveydenhuollon ammattikulttuurien, käytäntöjen ja rakenteiden sukupuolittuneisuus. Professiotutkimuksen valtavirta ei tarkastele sukupuolta, mutta paljastaa sukupuoli-sokeutensa kuvatessaan ammattikunnan ja sen edustajan miehisin piirtein (Silius 1992, 62–63; Witz 1992, 60; Riska 1993; Davies 1996; Riska 2001). David Allenin (1987) mukaan professionaalisuudelle keskeisen uran käsitteleminen muista elämäalueista irrallisena sfäärinä tekee siitä miehen työn, toisin sanoen vihjaa ääneen lausumatta työn olevan kutsumus, joka edellyttää toteutuakseen taustalle ydinperheen ja kotiäidin huolehtimaan muusta.

## 5.1 Profession ja sukupuolen risteyksiä

Professiotutkimuksen valtavirran ohessa professioita on käsitteellistetty myös sukupuolen näkökulmasta. Kysymys koskee tällöin sitä, eroavatko miehet ja naiset toisistaan ammattinsa edustajina tai toisaalta sitä, miksi naiset niin helposti jäävät lasikatton alle (Lorber 1993), ammatillisen hierarkian alemmille portaille, uriin, jotka eivät etene. Näitä ammatillisen segregaaation ja hierarkisaation kysymyksiä ovat tahoillaan esittäneet professiososiologit, organisaatiotutkijat ja feministiteoreetikot, mutta usein toisistaan tietämättä ja välittämättä. (Riskä 2001, 9). Elianne Riskä erittelee professiotutkimuksen teoreettiset suuntaukset funktionalistiseen, interaktionistiseen, uusweberiläiseen, uusmarxilaiseen ja postmoderniin/konstruktivistiseen ja analysoi sitä, miten – jos ylipäättään mitenkään – sukupuolen ja työn organisoinnin suhdetta on näiden suuntausten valossa tarkasteltu tai mahdollista tarkastella. Esimerkiksi funktionalistisen suuntauksen tunnetuin edustaja Talcott Parsons uskoo lääkärin rooliin sosiaalistumisen syrjäyttävän aiemmin omaksutut roolit, myös sukupuolen. Lääkärinä toimivalla ei siis olisi sukupuolta, eivätkä yksityisten elämänalueiden arvot ja normit siirry lääkäriroolin piiriin silloinkaan, kun sama yksilö pyörii molemmissa. (Riskä 2001, 12.) Tämän väitteen pääläelleen kääntäminen on oman tutkimukseni ydin.

Vaikka tunnen itse olevani enemmän kotonani narratiivin ja sukupuolen teorioissa kuin professiotutkimuksen kentällä, tutkin lääkäreitä ja heidän kertomanaan suomalaista lääkäriprofessiota. Riskän nimeämistä viidestä suuntauksesta tunnistan omimmaksi konstruktivistisen lähestymistavan. Siinä professio nähdään tietyllä historian ja kulttuurin hetkellä terveydenhuollon (ja muidenkin yhteiskunnan instituutioiden, esimerkiksi perheen) käytännöissä järjestyvänä kimpuna sosiaalisia suhteita, joissa sukupuolten symboliset merkitykset yhä uudestaan liitetään yksilöihin ja toimintatapoihin. Yleensä liittäminen tehdään tavalla, joka suosii miehistä symboliikkaa.

Konstruktivismi on työni loppua kohden taipunut sellaiseksi, että se painottaa inhimillisen toimijan, lääkärinkin, ruumiillisuutta ja sitä kautta väistämätöntä sukupuolittuneisuutta. Luce Irigarayn kirjoitusten kautta olen sovitellut ajatteluuni sukupuolieron teoriaa (myös Braidotti 1994; Heinämaa 1996; ks. artikkelit *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja* ja *Doctors as wounded storytellers*). Sukupuolieron painotus eroaa konstruktivismista, joka sijoittaa sukupuolen kulttuurin merkityksiin ja sosiaaliin käytäntöihin. Sara Heinämaa lukee Irigarayta fenomenologina ja jatkaa eron teoriaa. Erona ymmärtäen sukupuolesta tulee ennemminkin yksilöllinen olemisen tapa ja tyyli, joka ilmentää kullekin sopivissa suhteissa maskuliinista ja feminiinistä. Tyylinä sukupuoli on yhtä aikaa ruumiillinen ja kulttuurinen ilmiö. (Heinämaa 1996.) Tyylejä ei verrata miehen tai naisen normiin, vaan pikemminkin jokaista erilaista miestä ja naista

ihmetellään yhtenä mahdollisuutena olla sukupuolinen ihminen (Salonen 2000, 156). Keskeinen tavoite on eron ymmärtäminen positiivisena, toivottuna tyylien rikkautena ilman, että erilaiset asetetaan paremmuusjärjestykseen.

Ruumista ja sukupuolieroja painottava tarkastelu myötäilee omaelämäkerrallista menetelmääni siinä, miten se painottaa yksilön ainutkertaisuutta ja erityisyyttä, joka ei kuitenkaan tarkoita riippumattomuutta ympäröivän yhteiskunnan ja kulttuurin symboleista ja merkityksistä. Päinvastoin yksilön ruumis ja kertomus nähdään elettyinä ja omiksi tyylieltyinä kulttuurin merkityksinä. Sukupuoli toteutuu tässä ruumiin ja kulttuurin kohtaamisessa, ja siinä ruumis tulee eläneeksi todeksi myös sukupuolten merkitysten hierarkian.

Sukupuolieron näkökulma ei kuitenkaan mahdollista yhteiskunnan valtasuhteiden analyysia ja kritiikkiä yhtä helposti kuin puhtaampi konstruktionistinen tarkastelu (Salonen 2000, 158). Sen sijaan (sukupuoli)eron teoria avaa hivelevän mahdollisuuden etsiä eroja, kuunnella ihmetellen lääkärinkertojan sukupuolelle yllättäviä työn merkityksiä ja odottamattomia uran kuvauksia. Se sallii erilaisuuden lääkäreiden välillä mutta myös kunkin yksittäisen kertomuksen sisällä. Se sallii erilaiset mieheydet ja naiseudet, mieslääkäriydet ja naislääkäriydet. Parhaimmillaan se auttaa murtamaan luutuneita käsityksiä ja huomaamaan, että käsitykset voi ehkä jättääkin liikkuviksi. Se voi kiepsauttaa totutut arvohierarkiat pääläelleen ja tehdä sitten kyseenalaiseksi erilaisten (urien, identiteettien) arvojärjestämisen ylipäätään, ja tätä kautta avautuu yhteiskunnan muutoksen ja kulttuurin mutaation mahdollisuus (ks. mts. 158; Whitford 1991, 11).

Sukupuolieron teorian ja professionaalisuuden risteyskseen jää väitöskirjani pääteltyäni odottamaan teoreettinen lankakori, jonka sisällöstä voisi edelleen kutoa uudenlaista ajattelua professiosta. Lääkäriyden ymmärtäminen tyylinä ja uraerojen tarkastelu niitä hierarkisoimatta korostaisi profession sisäistä moninaisuutta ja erilaisuutta siten kuin esimerkiksi Lea Henriksson (1998; 2001) esittää tarpeelliseksi. Oma tuleva pohdintani ei toteuta puhtaasti sukupuolieron paradigmaa (Salonen 2000), vaan ennemminkin taivuttaa konstruktionistista, kulttuurien, instituutioiden ja identiteettien sukupuolittumisen tarkastelua hetkittäin sukupuolieron suuntaan silloin, kun näkökulma kääntyy yksittäisen lääkärin persoonalliseen tapaan ja tyyliin.

Celia Davies (1996, 663) hahmottaa niitä tapoja, joilla sukupuolta on käsitelty professiotutkimuksessa. Eri näkökulmat mahdollistavat erilaisia kysymyksiä ja vastauksia niihin, eivätkä ne eivät poissulje toisiaan.

1. *Naiset ongelmana*: naisten tyytymättömyys työhönsä tai naisten (liian) pieni tai suuri osuus profession edustajista.
2. *Sukupuoli yksilön määreenä*: sukupuolta tutkitaan empiirisesti tarkastelemalla eroja miesten ja naisten ammatillisissa asenteissa ja toiminnassa. Sukupuolta sinänsä ei problematisoida; miesten ja naisten väliset erot riittävät selittämään itsensä.

3. *Sukupuoli suhteena ja sosiaalisena konstruktiona*: Professiotutkimuksen 'new turn to gender' siirtyy pois päin sukupuoli-ilmiön itsestäänselvydestä. Sukupuolen ymmärtäminen suhteena tarkoittaa sen tarkastelemista kielessä ja sosiaalisissa käytännöissä rakentuvana. Miesten ja naisten sijaan kiinnostus kohdistuu kulttuuriin ja sen sisältämiin maskuliiniseksi tai feminiiniseksi ymmärrettyihin muotoihin. Nämä sukupuolen kuva(ukse)t nähdään resursseina, joista yksilölliset identiteetit, institutionaaliset ja professionaaliset käytännöt rakennetaan. Kyse on usein myös arvovastavasta vallasta eli niistä tavoista, joilla nainen/feminiininen asetetaan hierarkiassa alemmaksi. Maskuliinisen ja feminiinisen suhteena syntyvä sukupuoli ei ole koskaan valmis ja lopullinen, vaan sitä joudutaan koko ajan ylläpitämään professionaalilla käytännöllä ja rakenteilla. Sama alttius muutokseen mahdollistaa myös sukupuolen – ja samalla profession – kyseenalaistamisen ja tietoisuuden muuttamisen.

Kolmannesta, konstruktionistisesta näkökulmasta sukupuolta ei olla, vaan se tehdään: sanaluokkakin vaihtuu substantiivista verbiksi. Identiteetit, organisaatiot ja käytännöt *sukupuolittuvat* ja *sukupuolitetaan* sanoin, teoissa ja toiminnassa (Korvajärvi 1998). Se, että joku on mies tai nainen, ei kerro, miten hän toimii ja toteuttaa itseään, ja hän voi toimia eri yhteyksissä eri tavoin riippuen siitä, millaiset tyylit eri työ- ja alakulttuureissa hänen sukupuolelleen suvaitaan. Profession miehinen 'master status', toisin sanoen lääkäriin assosioituvien ominaisuuksien miehinen kokonaisuus, sukupuolen mukainen urien eriytyminen ja miesten ja naisten empiirisinäkin eroina havaittavat erilaiset tavat ja tyylit ymmärretään kaikki lääketieteen käytännöissä ja toiminnissa tapahtuvana sukupuolittamisena (Riskä 2001, 143).

Merja Kinnunen ja Päivi Korvajärvi (1996, 16) esittävät vastaavanlaisen kolmijaon työelämän ja sukupuolen tutkimuksen lähtökohdissa: tutkimuksen kohteena on joko tasa-arvo, naisten toiminta tai sukupuolen tekeminen. Daviesin kolmijaon kahta ensimmäistä kohtaa voi ajatella jakona institutionaaliseen ja individualistiseen selittämisen tapaan (Riskä ja Wegar 1993, 78–79). Näistä jälkimmäinen, yksilöllisiä identiteettejä, toimintatapoja ja asenteita tarkasteleva näkökulma, selittää miesten ja naisten keskimääräiset erot yksilöiden (biologisen) sukupuolen mukaisilla mieltymyksillä ja persoonallisuuden piirteillä tai miesten ja naisten kokemilla erilaisilla rooliodotuksilla ja -ristiriidoilla, jotka ovat seurausta heidän sosiaalistumisestaan oman sukupuolensa rooleihin. Ensimmäisessä kohdassa (naiset ongelmana) naisia tarkastellaan joukkona, jossa heidän välisensä erot hämärtyvät mutta jossa on mahdollista tarkastella yhteiskunnallisia, rakenteellisia ja institutionaalisia seikkoja ja epätasa-arvoistavia vallankäytön muotoja siten, kuin ne vaikuttavat naisiin ja miehiin nimenomaan sukupuolensa edustajina.

Kolmannessa kohdassa (sukupuoli suhteena ja sosiaalisena konstruktiona) sukupuoli sijoittuu kulttuuriin, maskuliinisten ja feminiinisten merkitysten kohtaamisiin. Oma tutkimukseni kuuluu pääpiirteissään tähän. Yleisesti ottaen tarkastelen lääkärin sukupuolta ensinnäkin feminiinisten ja maskuliinisten oman elämän kerronnan tapojen suhteena ja toisaalta tekstin ja tutkijalukijan välisenä suhteena. Ajattelen väitöskirjani

tekemistä professionaalisenä käytäntönä, jossa profession sukupuolta neuvotellaan. Suhteessa yksilökeskeisten ja institutionaalisten selitysmallien väliseen vaikeasti ylitettävään kuiluun tämä konstruktionistinen lähestymistapa pyrkii rakentamaan siltaa (Wegar 1993, 183–184). Kuten olen pohtinut narratiivisen identiteetin yhteydessä, niin naisten kuin miestenkin toiminnassa ja ratkaisuissa on kyse yhtä aikaa yksilöllisistä valinnoista ja vapaudesta sekä siitä prosessista, jossa yksilön identiteetti, kertomus, päämäärät ja motiivit syntyvät hänen sijoittuessaan kulttuuriin ja kiinnittyessään yhteiskunnan rakenteisiin ja instituutioihin. Yksilö, mies tai nainen, synnyttää itsensä siitä, mikä on hänelle mahdollista. Sukupuolen tarkastelu suhteena tarkastelee sukupuolen synnyttämisen tapahtumaa.

Sukupuolen ymmärtäminen suhteena ja toimintana avaa tutkimuksellisen mahdollisuuden tulkita ja lukea sukupuolisensitiivisesti paitsi empiirisiä aineistoja myös muita tutkimuksia ja teorioita (Korvajärvi 1998, 13). Luce Irigaray kohteli siten psykoanalyttista yksilönkehityksen teoriaa, kysyen, miten teoria tulee tuottaneeksi sukupuolta ja myös visioiden muutoksen mahdollisuutta. Itse luen seuraavassa sukupuolittain lääkäreitä koskevaa lähdekirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia. Käytän jakona Daviesin edellä esitettyä kolmijakoa, mutta käsittelen rinnan sekä sellaista tutkimusta ja kirjallisuutta, jossa teemana on nimenomaan sukupuoli, että sellaista, jossa sukupuoli on vain yksi taustatekijöistä. Jälkimmäisessä tapauksessa korostuu se, miten minä teen sukupuolta lukemalla sitä tekstistä, jossa se on läsnä vain implisiittisenä, hiljaa. Itse ajattelen sukupuolta tekoina ja arvioin muitakin tutkimuksia omasta näkökulmastani. Pohjimmiltaan kyse on silti erilaisista tavoista käsittää, käsitellä ja käsitteellistää sukupuoli-ilmiötä, eikä niitä voi eikä tule asettaa paremmuusjärjestykseen muutoin kuin suhteessa tutkijan kysymykseen.

### *5.1.1 Institutionaalinen näkökulma suomalaiseen naislääkärikuntaan*

Kun näkökulma on instituutioissa ja rakenteissa, selityksiä sukupuolten työnjaolle etsitään historiallisista kehityskuluista ja yhteiskunnallisista ideologioista ja normistoista, jotka mahdollistavat, ohjaavat ja pakottavat yksittäisen lääkärin uran ja elämän valintoja. Esimerkiksi Intiassa naisten pääsyn lääkärin ammattiin avasi alun perin tiukka uskonnollinen säädös, joka kielsi naispotilaalta mieslääkärin (Chidambaram 1993). Suomessa naislääkärien määrä lisääntyi toisen maailmansodan myötä, kun rintamalla olevien miesten sijaan opiskelemaan hyväksyttiin aiempaa enemmän naisia (Riskä ja Wegar 1993, 82).

Naislääkärien osuuden lisääntyminen lääkärikunnasta on saanut muun muassa Elianne Riskan (2001; Riskä ja Wegar 1993) kysymään, miten naisistuminen muuttaa professiota – humanistivatko naiset lääkäriyttä vai toteuttavatko he naiseuttaan

ohjautumalla tietynlaisille, usein vähäistä (arvo)valtaa nauttiville urille. Naisten osuus kasvaa samanaikaisesti, kun lääkäriprofession asema muuttuu ja on esitetty tulkintoja profession menetetyistä valta-asemasta. Naislääkärien historiallinen tarkastelu toimii linssinä, jonka läpi näitä muutoksia voi tarkastella ja ymmärtää (Riskä 2001, 4). Raken- nan seuraavassa lyhyehkön historiallis-institutionaalisen kuvauksen suomalaisista naisista ja lääkärikunnasta; itselleni oli oivalluksen paikka huomata, että omasta aineis- tostani ja omasta kokemuksestani tuttu naisen paikkaa koskeva ideologinen dilemma (oman uran itsestänselvyys vs. äidin vastuu) ei ole pelkästään nykyajan ilmiö, vaan sillä on suomalais-historialliset juuret.

Valitsin tietoisesti *naislääkärit* linssiksi, jonka läpi katson terveydenhuollon ja yhteiskunnan instituutioihin. Ratkaisu on sikäli ongelmallinen, että se synnyttää uuden sukupuolettoman miehen illuusion: kysymys *sukupuolesta* kääntyy kysymykseksi *naisista*. Profession ja sukupuolen merkityksiä voisi miettiä myös kuulostellen, miksi koko kysymys *mieslääkärikunnasta* sekä miesten yhä suuresta osuudesta ja sen seurauksista tuntuu oudolta ja tarpeettomalta – ehkä se olisi tarpeellista esittää juuri siksi? Toivon, että kun myöhemmin siirryn tarkastelemaan lääkärin sukupuolta kulttuurisina ja omaelämäkerrallisina merkityksinä haastatteluaineistossani, onnistun esittämään kaksi sukupuolta. Profession tutkimukseen sukupuolen näkökulma on tullut kysymyksenä naisten asemasta historiallisesti miesten hallitsemisessa ammattikunnissa, ja tämän institutionaalisen näkökulman suomalaiseseen lääkärikuntaan esitän myös tässä.

Kysymys siitä, onko naisten osuuden kasvu muuttanut professiota ja jos niin miten, on erityisen kiinnostava juuri Pohjoismaiden historiallisen tarkastelun vastat- tavaksi, sillä täällä naislääkäreiden osuus on suuri. Suomessa naislääkäreitä oli 21 % lääkärikunnasta vuonna 1950, ja määrä on noussut 1970-luvulta lähtien jyrkästi ja on nyt (vuonna 2002) 49 % (Riskä 2001, 65; [www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi)). Määrällisestä tasapai- nosta huolimatta naisten ja miesten suuntautuminen lääketieteen eri sektoreille on säilynyt, mikä on sekä segregaatoin että hierarkian kysymys: erikoisaloittain tapahtuvan eriytymisen ohella eroa on myös urien etenemisessä siten, että sekä hallinnossa, tutkimuksessa että koulutuksessa miehet ovat paremmin edustettuina korkeissa viroissa, naiset taas alemmissa. Lasikatto näyttäisi kattavan myös suomalaisen lääketieteen ja terveydenhuollon organisaation (Riskä 2001, 70). Toisaalta voi kysyä, eikö tässä profes- siososiologisessa tarkastelussa samalla rakenneta arvojärjestys siten, että naisvaltaiset erikoisalat nimitään vähempiarvoisiksi ja hierarkiassa ylös pyrkivä ura normiksi. Esi- merkiksi yleislääketieteen matala status ei lääkäreiden keskuudessa ole yksiselitteinen (ks. Hyppölä 2000, 66). Haastattelemistani lääkäreistä moni sulki yleislääketieteen pois tietoisena ratkaisuna ennen kaikkea sen laajuuden ja vaativuuden vuoksi. Alojen hier- arkinen järjestäminen monimutkaistuu myös silloin, kun arvoa mitataan rahalla, sillä

etenkin nuoren lääkärin säännöllisen työajan ansiot ovat terveyskeskuksessa paremmat kuin erikoistuvalla sairaalakollegalla (SLL 2003).

Riskan (2001) keskeinen väite on, että naislääkärien asema on historiallinen prosessi, jota on tarkasteltava osana lääketieteen, terveydenhuollon ja profession muuttumista ja erilaisia yhteiskuntajärjestelmiä vertaillen: terveydenhuoltojärjestelmä ja myös sukupuolten suhteita määrittävä sukupuolijärjestelmä vaihtelevat maittain. Esimerkiksi puhe menetetyistä professionaalista autonomiasta tai proletarisoitumisesta (ks. Murphy 1990) kaikkua eri tavoin suomalaisessa ja amerikkalaisessa keskustelussa, sillä Suomessa (ja muissakin Pohjoismaissa) lääketieteen käytäntö on alusta asti rakentunut julkisen sektorin varaan. Sen sijaan Yhdysvalloissa suunta 1800-luvulta nykypäivään on ollut yksityisyrittäjyydestä kohti järjestelmää, jossa lääkärit ovat palkattuina työntekijöinä ja taloudellisesti ja hallinnollisesti profession ulkopuolisista tahoista riippuvaisia. Suomessa palkollisen status merkitsi lääkärille varmuutta toimeentulosta jo 1800-luvun lopulla, kun ensimmäiset naiset astuivat ammattikuntaan, vaikka naisille julkisen sektorin virat olivatkin vuoteen 1925 saakka sallittuja vain poikkeusluvalla.

Suomalainen lääkärikunta on muodostunut ja sukupuolittunut nykyiselleen osana hyvinvointivaltion rakentamisen projektia (Riskä 2001). 1960-luvun yhteiskunnallisesta murroksesta lähtien virallinen ideologia on puoltanut sukupuolten tasa-arvoa, ja naisten kouluttautumisesta ja työssäkäynnistä on tullut normaali käytäntö, jota tuetaan työn ja perheen yhdistämisen mahdollistavilla palveluilla ja lainsäädännöllä (Julkunen 1994). Suomessa ja muissa Pohjoismaissa naiset eivät mielläkään perhettä työssäkäynnin ja uran ehdottomana esteenä, mikä osaltaan selittää naislääkärien suurta määrää (Riskä 2001, 129).

Hyvinvointivaltion rakentamiseen liittyi myös vuoden 1972 Kansanterveyslaki ja sen painotus perusterveydenhuoltoon, ja uusissa terveyskeskuksissa avautui työtilaisuuksia nuorille lääkäreille, joista naisia on ollut suhteellisesti suuri osa. Naisille perusterveydenhuolto tarjosi työympäristönä suhteellisen epähierarkkisen vaihtoehdon sairaaloille, joiden organisaatio oli jyrkän hierarkkinen ja maailma miehinen (Riskä 2001). Tällä hetkellä terveyskeskuksissa työskentelevistä lääkäreistä naisia on 60 % ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä tasan puolet ([www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi)), joskin jälkimmäinen osuus lienee nousussa, sillä yleislääketieteen erikoisalakseen valinneista nuorista lääkäreistä naisia on enemmistö (Hyppölä 2000, 48). Terveyskeskusta ei silti tule tarkastella vain naisisena työympäristönä, jota luonnehtivat ”vähäinen ammatillinen autonomia, työn rutiinimaisuus, matala palkka ja matala professionaalinen status” (Riskä ja Wegar 1993, 84). Päinvastoin omien haastatteluittenikin perusteella nuori lääkäri, niin mies kuin nainenkin, arvostaa terveyskeskustyössä nimenomaan mahdollisuutta itseenäiseen ja monipuoliseen työhön. Isobel Allenin brittiläisiä koskevassa tutkimuk-

sessä nuoret lääkärit sukupuolesta riippumatta saattoivat valita yleislääketieteen ennen kaikkea välttääkseen sairaalamaailman hierarkian ja kilpailuhengen (Allen 1988, 100). Terveyskeskustyön kääntöpuolena ovat sitten rutiinien, työmäärän ja vastuun liiallisuus silloin, kun työn organisointi ontuu (ks. Vehviläinen ym. 2003).

Toisaalta hyvinvointivaltion rakentaminen loi työmahdollisuuksia naisille muual-  
lakin kuin lääketieteessä. Vaikka hyvinvointivaltioprojekti vakiintui varsinaisesti vasta 1960-luvulla, sitä pohjustavia ratkaisuja tehtiin sotien aikaan 1940–50-luvuilla, jolloin suomalaista terveydenhuoltoa jo luonnehti kehittynyt avoterveydenhuolto (Henriksson 1994, 100). Palkkatyöäityden normia edeltävä sukupuolten yhteiskunnallis-ideologinen työnjako korosti naisten yhteiskunnallista äitiyttä (Rantalaiho 1994). Kun sosiaali- ja terveystyöhön tarvittiin erilaisia hoitoalan ammattilaisia, siinä nähtiin naisille haastava työkenttä, jossa äitiyttä saattoi toteuttaa. Sodan jälkeenkin hoitotyön ammatillistuminen on rakentunut (perhe)ideologialle, jossa ammatillinenkin hoivatyö nähdään naisille kuuluvaksi. (Henriksson 1994). Toisaalta ammattikuntien rajat neuvotellaan aina suhteissa toisiinsa (Abbott 1988). Terveys- ja hoitotyössä eri ammattiryhmien työnjako tuli toistamaan ydinperheen suhteita, joissa sairaanhoitajuus samastetaan perheenäidin hoivatyöhön ja lääkäri on miehinen auktoriteetti (ks. Davies 1995). Norjalaisessa tutkimuksessa (Gjerberg ja Kjølrsrød 2001) ja myös omassa haastatteluaineistossani niin nais- kuin mieslääkäritkin tunnustivat yhä tämän perherakenteen ja odotuksen siitä, että lääkärin ja hoitajan suhde on kuin miehen ja naisen. Etenkin *nuori* naislääkäri tulee helposti kohdelluksi eri tavoin, vaikka hierarkkinen perhemalli lieneekin murtumassa tai ainakin monimerkityksistymässä vähitellen tasaveroisuuteen perustuvan tiimityön myötä (Lindgren 1999, 4. osa). Sukupuolisokeat professioteoriat ovat joka tapauksessa pitäneet lääkärin ja hoitajan sukupuolijakoa luonnollisena, feministinen kritiikki on puolestaan kyseenalaistanut luonnon selitysvoiman ja toisaalta teorioiden väheksyvän asenteen hoivaan (Henriksson 2000, 97).

Terveys- ja hoitotyön sukupuolen mukaisesti jakautuneilla työmarkkinoilla 'naisistunut' lääkärikunta on poikkeus säännöstä. Alkujaan naiset päästettiin reilut sata vuotta sitten lääkäreiden ammattikuntaan, joka Suomessakin oli miesten maailma konkreettisesti ja jonka perustana oli tieteellisen tiedon paremmuus ja ammattitaidon erityisyys suhteessa naisten harjoittamiin perinteisiin parantajan tai kättilön ammatteihin ja myöhemmin naisten miehittämiin hoiva-alan ammatteihin (ks. Henriksson 1998, 122-123). Naislääkäri astui ikään kuin (vajaaksi) miehiksi miehen paikalle, ja aluksi naislääkäri saikin hoitaa vain naisia ja lapsia (Riskä ja Wegar 1993). Nykyisetkin naislääkärit vastaavat sukupuoltaan koskeviin odotuksiin lääkäreinä sikäli, että he miehiä useammin suuntautuvat ns. feminiinisiä ominaisuuksia hyödyntäville aloille, esimerkiksi lastenpsykiatriaan ja lastentauteihin. Näiden lisäksi vuoden 2003 alussa suomalaisten työikäisten lääkäreiden erikoislääkärinoikeuksista oli yli puolet naisilla



geriatriassa, ihotaudeissa, keuhkosairauksissa, naistentaudeissa, nuorisopsykiatriassa, psykiatriassa ja syöpätaudeissa (ja muutamalla pienemmällä alalla). Yleislääketieteessä naisia oli tasan puolet. (www.laakariliitto.fi).

Pohjoismainen tasa-arvoajattelu muuntuu työelämässä sukupuolineutraaliuden normiksi (Korvajärvi ja Kinnunen 1996, 236). Ammatillisuutta ajatellaan sukupuolettomana tai ainakin sukupuoli pannaan merkille vain satunnaisesti. Asiat ovat kiinni itsestä, ei sukupuolesta. Vain kodin yksityisessä maailmassa sukupuoli nimeää miesten ja naisten työt, riippumatta siitä, kuka ne työt tekee. Sukupuolineutraaliuden verho peittää kuitenkin sen, että erilaisiin töihin ja paikkoihin kiinnitetään mielikuvia paikan täyttäjistä, jolla usein on kuvissa tietty sukupuoli (mts.). Toisaalta 'naisten työt' kuuluvat edelleen useammin naisille myös kahden palkansaajan perheissä: Liisa Rantalaiho (1994, 25) lainaa Joan Ackerilta 'hiljaisen kompromissin' ajatuksen siitä, että päävastuu kodista ja perheestä on palkkatyöäidinkin harteilla. Kompromissin tekevät myös suomalaiset naislääkärit sekä Suomessa (Töyry ym. 1997) että muualla: lastenhoidon ensisijaisen vastuun normittuminen äidille ohjaa brittiläisten naislääkärien uria aloille, joilla työmäärän säätely on helpompaa mutta joilla myös etenemismahdollisuudet ja arvostus ovat olemattomat verrattuna perinteiseen (ja jäykkään brittiläiseen) sairaalauraan (Elston 1993). Ymmärrys vanhemmuudesta kuitenkin elää ja muuttuu. Englannissakin yleislääketieteeseen suuntautuvien miesten määrä on kasvussa, ja he perustelevat valintaa muun muassa mahdollisuudella järjestää enemmän aikaa perheelle (Allen 1988).

Nancy Chodorowin (1978) mukaan länsimaisen yhteiskunnan perusrakenteena on jako yksityiseen ja julkiseen sfääriin, toisin sanoen jako kotiin ja kodin ulkopuoliseen yhteiskuntaan (ks. myös Eräsaari ym. 1995; Korvajärvi ja Kinnunen 1996). Kahtiajako toistaa sukupuolijärjestystä, jossa naisen ensisijainen paikka on yksityisessä, kodin piirissä, ja mies taas kuuluu yhteiskuntaa rakentamaan. Kahtiajakoinen yhteiskunta ei Chodorowin mukaan muutu (vain) yksilöiden valitessa toisin: vaikka laadittaisiin lakeja tasa-arvon puolesta ja järjestettäisiin naisille mahdollisuus lähteä kotoa työelämään ja vaikka miehet jäisivätkin useammin kotiin lapsia hoitamaan, kodin ja kodin ulkopuolisen vastakohtaisuus ja -hankaisuus säilyy. Sitä toistaa niin työelämä kuin pienten lasten vanhemman syyllisyydellä silattu kokemukkin. Chodorowin ratkaisu on silti jaetussa vanhemmuudessa, joka murtaisi seuraavan sukupolven psyyken rakenteissa naisen ja hoivan assosiaation.

Suomessa nykyaikaistuva yhteiskunta ei rakentunut eurooppalaisittain kovin ehdottomalle yksityisen ja julkisen kahtiajaolle, jossa naisen paikkana olisi koti ja miehen kotina julkinen sfääri. Suomi tarvitsi myös naiskansalaisiaan kansakunnan rakentamisen projektissa. Kotiäitiyskään ei ehtinyt vakiintua käytäntönä, vaikka sen asema ideologisesti onkin ollut Suomessa vahva (Rantalaiho 1994, 21). Suomalaiselle sukupuolimallille onkin ehkä ominaisempaa ristiriitainen suhde naisen paikkaan eli palkkatyön

tavoittelun ja äitiyden ylevöittäminen yhtäaikaisuus (Anttonen 1994; Julkunen 1994, 182). Joka tapauksessa 1960–70-lukujen murroksesta peräisin oleva suomalainen ideologinen sukupuolisopimus siirsi ensimmäisen kerran sopimusvastuuta ja hoivavastuuta perheestä ja lapsista myös miehelle. Käytännössä uudistus tarkoitti lähinnä naisen lisääntyneitä mahdollisuuksia yhdistää työ ja perhe (Julkunen 1994).

Itselleni keskeistä institutionaalis-historiallisessa tarkastelussa on ollut hämmennyksen huomata, miten erilaiset ja historian eri vaiheisiin viittaavat ideologiat ja itsestäänselvytykset on kovin helppo tunnistaa. Ne kiinnittyvät instituutioihin ja rakenteisiin mutta ovat tarttuneet myös minuun, lääkäriyteeni ja elinpiiriini. Ne elävät minussa rinnakkain, ja seuraavissa alaluvuissa (5.2–5.4) palaan vielä tutkimusaineistoihini väittäkseni, että ne elävät myös haastattelemisani lääkäreissä. Tunnen yhtä aikaa tasa-arvon ja sukupuolineutraaliuden ja toisaalta naisisen hoivaamisvietin luonnollisuuden argumentoivat voimat. Minulle on kirkasta ja selvää se, että voin – ja minun ehkä myös kuuluu, etenkin kun olen yhteiskunnan kalliisti kouluttama – tehdä omakseni ja tärkeäksi kokemaani työtä, mutta samanaikaisesti lastenhoidon järjestämisen päävastuu ja siivottoman kodin häpeä on minun, ei miehen. Naiset joustavat tai muovaavat uraansa lastenhoidon vuoksi; miehen työ on se, joka sijoittaa perheen. Olen oppinut, ettei lääkärin sukupuolella *pitäisi* olla merkitystä hänen ammatilliselle arvolleen, ja silti tuntuvat tutuilta haastattelemieni nais- ja myös mieslääkäreiden kokemukset siitä, ettei potilas tai sairaanhoitaja pidäkään lääkärinä naista, nuorta naista vallankaan. Sukupuolen(i) perimmäinen olemus ei löydy siivoamalla tätä ideologista sekamelskaa, vaan sukupuoli *on* tuo sekameteli: alati ambivalentti, ristiriitainen, erilainen, loputtoman neuvottelun aihe.

Institutionaalinen näkökulma näyttää, miten yhteiskunnan ja terveydenhuollon rakenteet ja ideologiat kohtelevat kutakin naista yhtenä naissukupuolen edustajana. Rakenteiden näkökulma osoittaa epätasa-arvon mekanismeihin, mutta se on sokea hänen omalle tavalleen ja tyylilleen olla nainen. (Epä)tasa-arvon kysymystä voi lähestyä toisestakin suunnasta. Eron näkökulma saa miettimään kriittisesti myös itse uran ajatusta, jolloin ongelmalta ei enää näytä niinkään naisten juuttuminen vähemmän arvostetuille aloille ja naisiksi määritettyihin työnkuviin, vaan ongelma on hierarkia itse: miksi oikeastaan on arvokkaampaa edetä ja päästä pitkälle urallaan, eikö yhtä arvokasta vaikka erilaista työtä tee yleislääkäri, joka vuodet ja vuosikymmenet kulkee potilaitensa rinnalla ja kuuntelee vaivoja, jotka eivät useinkaan ole sankarillisesti parannettavissa? Miksi pitäisi arvostaa vain suuria tekoja ja edistystä, kun tarvitaan myös kykyä olla ja pysähtyä kuuntelemaan? Eikö naisten urien pysähtyneisyyden ongelmaksi nimeäminen itse asiassa pönkitä hierarkkista sukupuoliero – samalla, kun se nostaa keskusteluun tärkeän ja monia naisia koskevan rakenteellisen syrjinnän ongelman?

### 5.1.2 Sukupuoli yksilön määreenä

Sukupuoli on itsestään selvä kategoria, jonka mukaan yksilöt tutkimuksissa jaetaan usein edes miettimättä jaon perusteita. Aina havaittuakaan sukupuolieroa ei tule pohdiksi. Esimerkiksi Katja Ryytäsen (2001) tutkimista lääketieteen opiskelijoista miehet tunnistivat naisia useammin omaksi identiteettisanakseen *rationalistin*, naiset puolestaan *humanistin*, mutta huolimatta kulttuurisesta orientaatiostaan Ryytäsenkään ei pohdi eroa enempää. Koska oma mielenkiintoni kohdistuu nimenomaan sukupuoleen monisyisenä ja ambivalenttina ilmiönä ja suhteena, en helposti tyydy pelkkään empiiristen erojen toteamiseen: jos havaittua eroa ei kiinnitetä sen tuottaneeseen tutkimusprosessiin ja laajempiin kulttuurisiin yhteyksiinsä, se helposti luonnollistuu. Arvioin seuraavaksi tästä omasta, sukupuolen keskeisyyttä ja kulttuurisuutta korostavasta näkökulmastani käsin joitakin aiempia tutkimuksia, joissa lääkärin sukupuolta on tarkasteltu yksilön määreenä.

Suomalaisia nuoria lääkäreitä on tutkittu laajasti ja kattavasti kyselytutkimuksella, joka on toteutettu neljästi vuosina 1988, 1993, 1998 ja 2003 (Katja 1989; Virjo 1995; Hyppölä 2000). Sukupuoli ei ollut varsinaisesti tutkimuksen kohteena, mutta esimerkiksi *Lääkäri 98* –tutkimuksen loppuraportissa (Hyppölä 2000) tarkastellaan sukupuolen mukaisia eroja erikoistumis suunnitelmissa ja ammatti-identiteetissä. Miehet kokivat useammin olevansa teknikoita, parantajia, yrittäjiä, tutkijoita ja johtajia, naiset puolestaan kutsumuslääkäreitä, terveyskasvattajia, lohduttajia, kuuntelijoita ja sosiaalisen työn tekijöitä. Ero todetaan merkittäväksi ja mielenkiintoiseksi, mutta sitä ei pohdita enempää. Ero ikään kuin riittää selittämään itsensä, sen, että miehet ja naiset kokevat ja ilmaisevat identiteettinsä keskimäärin eri tavoin. Mitä tämä tieto eroista tarkoittaa, miten se tulkitaan, mistä se johtuu ja mitä siitä seuraa, ovat kysymyksiä, joita ei kysytä. Tässä mielessä – oman sukupuolta problematisoivan tutkijuuteni näkökulmasta – kysyminen loppuu siinä, missä sen pitäisi alkaa (Code 1993, 30).

Vuonna 1997 tehtiin kyselytutkimus (Töyry ym. 1997) suomalaisten lääkäreiden työoloista, terveydentilasta ja terveyskäyttäytymisestä. Tässä tutkimuksessa sukupuolen näkökulma oli mukana tutkimuskysymyksenä, joka koski ”sukupuolieroja lääkärin työhön sijoittumisessa, urakehityksessä, stressin lähteissä ja perherakenteen vaikutusta näihin seikkoihin”. Työnkuvissa todettiin eroja miesten ja naisten välillä. Naiset muun muassa ilmoittivat miehiä useammin tärkeimmäksi stressin aiheuttajaksi työn ja perheen yhteensovittamisen, ja naiset olivat myös selvästi miehiä useammin tehneet kompromisseja joko perheen tai työn hyväksi rajoittamalla lasten lukumäärää, työskentelemällä osa-aikaisesti tai luopumalla koulutusmahdollisuuksista perheen vuoksi tai työpaikasta aviopuolison työn vuoksi. Tutkimuksen verkkojulkaisu on taulukkoraportti, jossa tulokset on esitetty taulukoiden lisäksi niitä kommentoivina lyhyinä tekstiosioina; pohdintaa raportti ei sisällä – mutta sisältääkö se lopulta tuloksiakaan? Tarkoitin kysyä, mitä

oikeastaan ymmärretään tutkimuksen tuloksilla ja voiko niitä irrottaa pohdinnasta. Jos tutkimuksen tuloksina mielletään kaikki se, mitä tutkija aineistonsa perusteella päätelee ja mitä päättelyistä seuraa lukijan tavalle ymmärtää tutkimuksen kohteena ollutta ilmiötä tai konkreettisille tavoille puuttua ilmiöön, pelkät prosenttiosuudet eivät tahdo riittää tuloksiksi. Ainakin sukupuolen monimutkaisen ilmiön osalta 'tulos' on erinäinen riippuen siitä, tulkitaanko naisten perhesidonnaisuus yksilöiden luonnolliseksi valinnaksi, yhteiskuntaan rakentuneeksi pakoksi vai sukupuolen ilmentymäksi tietyssä kulttuurisessa kontekstissa tai tulkitaanko ongelmaksi naisten suurempi perhevastuu vai siitä seuraava stressi.

Suomen Lääkärilehdessä samasta kyselytutkimuksesta julkaissussa artikkelissa kirjoittajat (Töyry ym. 1999) pohtivat sitä, miten havaitusta työn ja perheen naisesta stressistä huolimatta naislääkäreiden keskinäisessä vertailussa stressioireita ja uupumusta oli vähemmän, jos lääkäriellä oli lapsia. Kirjoittajat arvelevat tämän viestivän muutoksesta, jota naisistuminen tuo lääkäreiden työskentelytapoihin. Tämän tulkinnan sävy vihjaa naisisen tavan arvokkuudesta, mutta toisaalta tekee tyhjäksi havaitun sukupuolieron ongelmallisuuden tai tarpeen puuttua naisten tekemään 'hiljaiseen kompromissiin' (ks. yllä 5.1.1). Naisen perhevastuu luonnollistuu, mutta yleisemmin: sukupuoli tutkittavana ilmiönä on hankala juuri siksi, että jokainen tulkinta tuo mukanaan omat ongelmalliset seurauksensa. Ehkä ilmiötä pitääkin juuri siksi koko ajan pyörittää?

Tämän jakson aluksi mainitun laajan kyselytutkimuksen ensimmäisen kierroksen, Nuori lääkäri -tutkimuksen (Kataja 1989), aineistoa on tarkasteltu myös sukupuolen näkökulmasta (Neittaanmäki ym. 1993; 1994). Kirjoittajien lähtökohtana on paradoksi sukupuoliroolien ja professioiden sukupuolirakenteen ajatellun pysyvyyden ja toisaalta lääkärinkunnan naisistumisen välillä, ja heitä kiinnostavat kyselytutkimukseen vastanneiden nuorten mies- ja naislääkäreiden kotitaustat ja erot ammattiin hakeutumisen syissä. Naiset ilmoittivat miehiä useammin ammatinvalintansa selitykseksi kutsumuksen, koulumenestyksen ja kiinnostuksen ihmiseen. Hyvä palkka, ammatin arvostus ja lääkäri lähisuvussa puolestaan olivat perusteluina miehillä naisia useammin.

Kirjoittajat näkevät omaksutut sukupuoliroolit yksilön ratkaisujen taustalla. He pohtivat lopuksi sitä, mikä on naisistuvan lääkäriammattin tulevaisuuden suunta; säilyykö sukupuolirooleihin perustuva työnjako ammatin sisällä, käyttävätkö naiset ammatin suomat mahdollisuudet hyväkseen ja muuttavatko he professiotaan? Toisin sanoen kysymys on lopulta siitä, kuinka pysyviä tähänhetkiset sukupuoliroolit ovat yksilön identiteetteinä ja sukupolvesta toiseen. Artikkelissa viitataan sukupuoliroolien mukaisen työnjaon oletettuun pysyvyyteen (Neittaanmäki ym. 1994, 244), mutta pysyvät roolit lähtökohtana ei jätä kirjoittajille oikein tilaa edes tarkastella naislääkäriin paradoksia, miesten tai naisten keskinäisiä eroja tai tulevan kehityksen suuntaa. Muuttumattoman roolin käsite ei selitä muutosta.

Chambers ja Campbell (1996) tekivät kyselytutkimuksen brittiläisistä yleislääkäreistä selvittääkseen sukupuolten välisiä eroja tyytyväisyydessä ja työsitoumuksissa. Myös heidän kysymyksensä koskee lopulta ammattikunnan tulevaisuutta naislääkärien määrän lisääntyessä. Kyselyn perusteella naiset saivat miehiä enemmän tyydytystä työssään potilassuhteista ja toisaalta tekivät työtunteja vähemmän, koska päävastuun omien lasten hoidosta oli heillä. Voisi siis sanoa, että myös tässä tutkimuksessa naislääkärit toteuttivat myyttistä naiseuttaan – tai rakensivat vastauksissaan myyttiä myötäilevän kuvauksen itsestään. Kirjoittajat pohtivat lopuksi selitystä havaitsemalleen sukupuolten erolle. He esittävät vaihtoehtoisina selityksinä henkilökohtaiset mieltymykset ja perinteiset roolit ja sanovat suosivansa näistä ensimmäistä: jos kyse lopulta on jokaisen omista valinnoista, tyytyväisyys edellyttää, että kaikille annetaan mahdollisuus kehittää itseään omien mieltymystensä mukaisesti.

Kirjoittajat tulkitsevat sukupuoliroolit eräänlaisena yksilön ulkoisena pakkona, joka pahimmillaan estää toteuttamasta omia mieltymyksiä. Heille sosiaalinen ja yksilöllinen näyttävät olevan kaksi toisistaan erillistä maailmaa, eikä yksilöllisillä toiveilla näin ollen olisi sosiaalista alkuperää sen paremmin kuin sosiaalisilla roolipaineilla ideaalitalanteessa pääsyä yksilön kokemusmaailmaksi. He eivät esitä kysymystä siitä, mistä havaitut erot mieltymyksissä ja arjen järjestelyissä juontuvat, jos selitys on yksilöllinen ei-sosiaalisen merkityksessä, mutta käsittääkseni taustalla on tällöin jonkinlainen luonnollinen ero miehen ja naisen orientaatioissa. (Eikö silloin ole lähellä ajatus, jonka mukaan perheellisen naisen halu töihin ja lääkäriksi on aina pyrkimistä pois päin siitä, mikä olisi luonnollista?) Oman tutkimukseni johtajatuksena on yksilöllisen ja sosiaalisen välisen rajan läpäisevyys ja toisaalta sukupuoli ilmiönä, jossa luonnollinen, kulttuurinen, yksilöllinen ja sosiaalinen ovat läsnä yhtä aikaa. Myytit ja sosiaaliset odotukset ilmenevät myös henkilökohtaisina mieltymyksinä ja vastenmielisyyksinä (vrt. Ronkainen 1999, 63), ja tästä näkökulmasta yksilön ja sukupuolia koskevien yhteisölisten odotusten jyrkkä erottaminen johtaa helposti ajatukselliseen umpikujaan.

Viimeisenä esimerkkinä yksilöllisestä näkökulmasta sukupuoleen otan seuranta-tutkimuksen, jonka viimeisestä kyselylomakkeesta on peräisin myös oma avovastausaineistoni (ks. 1.3.3). Artikkelissa, jossa tarkasteltiin lääkäriuran alun fragmentaarisuuden suhdetta psykososiaaliseen hyvinvointiin (Virtanen ym. 2003), oli keskeisimpänä löydöksenä yhteys katkeilevan työssäolon ja muita alhaisemman koherenssin tunteen (ks. 3.3 ja artikkeleistani *Work, family and SOC*) välillä – mutta vain naisilla. Vaikka kirjoittajat tarkastelevat yksilöitä ja heidän koherenssejaan, he etsivät sukupuolierolle mahdollisia selityksiä myös yhteiskunnasta ja instituutioista, muun muassa perheinstituution vakiintuneista käytännöistä, joissa nainen yhä kantaa työn ja perheen kaksoistaakkaa miestä useammin. Toinen mahdollinen selitys voisi heidän mukaansa olla naisille tyypillisempi kliinisen epävarmuuden kokemus työstä poissaolon jälkeen,

mutta tässäkin kirjoittajat eivät näe yksilön ominaisuuksia kulttuurista irrallisina, vaan päinvastoin epävarmuus (ja kaikenlainen häilyvyys, tekee mieleni lisätä psykoanalyysitarkasteluni jälkeen) on kulttuurin naiseen kirjoittama piirre. Kirjoittajat jäävät odottamaan lisätutkimuksia. Tieto, kuten kertomus, on prosessi, jota olen kirjoittajakumppanieni kanssa jatkanut *Work, family and SOC* –artikkelissa. Tarkastelemme siinä uran, koherenssin ja sukupuolen kohtaamisia laadullisessa avovastausaineistossa.

### 5.1.3. Sukupuoli suhteena

Kun sukupuolta tarkastellaan Celia Daviesin (1996) kolmijaon mukaisesti suhteena, se ei ilmiönä palaudu yksittäisten lääkäriyksilöiden ominaisuuksiin, vaan kyse on kulttuurisesta ilmasta, josta hengitämme kuvaannollisen hapen käyttövoimaksi ja muodoksi sukupuolistaville mielikuville, itsemäärittelyille ja vuorovaikutukselle (Korvajärvi ja Kinnunen 1996). Jaossa miehiin ja naisiin on kyse tekojen seurauksista, esimerkiksi siitä, miten sekä miehet että naiset ylläpitävät kahtiajakoa kiinnittämällä naiset femiiniseen merkitysmaailmaan, tekemällä heistä 'emootion eksperttejä' (Riskä 1993, 7).

Kristina Eriksson on väitöskirjassaan (2003; myös Eriksson ja Eriksson 2002) tutkinut etnografisella otteella sukupuolen tekemistä osaksi ja osana ruotsalaista lääketieteen käytäntöä. Hän on havainnoinut ruotsalaisia lääkäreitä – kirurgeja ja gynekologeja – työssään ja haastatellut heitä sekä työyhteisöissä että pariskuntina kotona. Hän etsi aineistosta niitä tapoja, joilla lääkärit tuovat sukupuolen merkityksiä työhönsä ja kertomuksiinsa työstä – tulokset voi tiivistää käsitykseen, jonka mukaan ”sukupuolella ei ole merkitystä, mutta sillä on merkitystä” (Eriksson ja Eriksson 2002). Lääkäriin sukupuolen paradoksi syntyy siitä, miten sukupuolisten merkitysten liittäminen lääkäriin tapahtuu sukupuolettomuuden ideologian rinnalla. Vastaavasti Korvajärvi ja Kinnunen (1996, 233) kirjoittavat suomalaisesta työelämästä, jonka keskeinen sukupuolistava käytäntö on sukupuolen samanaikainen läsnäolo ja poissaolo. Erikssonin tutkimuksessa sekä nais- että mieslääkäreiden puheessa professionaalisuus sinällään liitetään neutraaliin sukupuolettomuuteen, mutta professionaalisuuden normit ovat samat kuin kulttuurissa maskuliinisuuden. Sukupuoli tulee sitten esiin naisessa, ja usein heteroseksuaalisena jännitteenä siellä, missä ammatillisella areenalla läsnä on nainen. Seksuaalisuuden ja sitä kautta sukupuolen luonnollistava puhetapa samalla erotisoi valtasuhteet, sillä useimmin seksuaalisoidaan naiskandidaatin ja ammattihierarkiassa ylemmän mieslääkäriin tai toisaalta mieslääkäriin ja naishoitajan suhde (Eriksson ja Eriksson 2002).

Erikssonin mukaan nainen voi tulla ammattikuntaan sukupuolettomuuden ideologian turvin, mutta tasapainoilee ollakseen yhtä aikaa riittävän lääkäri, mikä useimmiten tarkoittaa maskuliiniseksi määrittyviä tapoja ja tyyliä (ks. myös Lindgren 1999, 124), ja toisaalta ollakseen samalla nainen ja naisellinen. Sama kyky toimia ratio-

naalisesti ja tunteet halliten on joissakin yhteyksissä kelvon lääkäriyden edellytys, toisissa taas epänormaalin naiseuden merkki (Eriksson 2003, 218). Kypsymisen lääkärinä ajatellaan tapahtuvan pois päin naisiseksi mielletystä: tunteellisuudesta, häilyvyydestä ja irrationalisuudesta selkeyteen ja rationaalisuuteen. Sen sijaan naisena kypsyminen ymmärretään kohti äitiyden ensisijaisuutta (Eriksson 2003, 230). Uraan keskittyvä tai muuten ihanteellista – rationaalista ja näennäisen sukupuoletonta – lääkäriyttä edustava naislääkäri nähdään jotenkin outona naisena. Ainakin hänestä tulee ”oikea valkyria” (mts. 100), kylmä ja vaarallinen. Niin ikään ruotsalaisia kirurgeja tutkinut Gerd Lindgren kirjoittaa samasta ristiriidasta periaatteellisen tasa-arvon kannatuksen ja sukupuolittavan käytännön välillä: mieskirurgit palkitsevat vuorovaikutuksessa naiskollegaa hänen naisellisuudestaan, ja nainen, joka näkyvästi ja kuuluvasti vaatii tasa-arvoa ja miesten kanssa samoja palkitsemisen perusteita, koetaan outona, häiritsevänä ja eviehättävänä (Lindgren 1999, 116).

Ja toisin päin: mieslääkäri voi tulkita uran etenemättömyyden liialliseksi feminiinisyyskseen (Eriksson 2003, 206). Erikssonin tutkimuksen keskeinen juoni kulkee sen osoittamisessa, miten eri tavoin ja eri yhteyksissä näennäisesti sukupuolettoman lääkäriyden maskuliininen normi synnytetään rakentamalla sen vastakohtaksi nainen ja feminiininen. Tämä mieli- ja kielikuvittaminen tapahtuu jatkuvasti sekä lääkärin työn käytännössä että työstä puhuttaessa, vaikkakin eri tavoin professionaaleissa ja yksityisissä yhteyksissä. Eriksson analysoi esimerkiksi valkoisen takin symboliikkaa. Lääkärin takin symbolinen merkitys on peittää näkyvistä ja etäännyttää ruumiissaan sukupuolinen ja tunteva ihminen. Tunteellisuus nähdään kyseenalaisena lääkärille, ja samanaikaisesti tunteet ja läheisyys kytketään naisiseen, jolloin nainen tulee edustamaan ammatillisena epäilyttävää. Naise(l)isen ruumiin merkit eivät kuulu (ideaaliin) lääkäriin; ”ei voi olla pukeutunut lyhyeseen hameeseen ja korkokenkiin tai olla kovin meikattu ja (samalla) lääkäri” (mts. 109), paitsi ehkä sitten, kun on edennyt ammattihierarkiassa kyllin ylös. Pieni koko, suuret rinnat tai raskaana olevan naisen maha merkitsevät anomaliaita silloin, kun ne kuuluvat kirurgille, jonka ei suoraan sanota edustavan maskuliinista mutta jonka kulttuurinen kuva on suuri ja voimakas (mies).

Sukupuolittamisessa ei ole kyse niinkään tasa-arvoon sitoutumattomista yksilöistä, vaan siitä, että sukupuoli on monikerroksisesti läsnä lääkärin ruumiissa, (kerrotuissa) identiteeteissä, kielen ja vuorovaikutuksen totutuissa muodoissa ja terveydenhuollon insituutioissa. Tasa-arvon tavoitteen tunnustaminen ei yksin riitä muutokseen, mutta Lindgren (1999) korostaa kuitenkin todellisuuden moninaisuutta, muutoksen mahdollisuutta ja pysyvyyden ja muutoksen rinnakkaisuutta. Monet terveydenhuollon organisaatioissa meneillään olevat muutokset, esimerkiksi tiimityöhön siirtyminen, saattavat raivata tilaa sellaisille vuorovaikutuksen muodoille, jotka purkaessaan sukupuolittunutta hierarkiaa haastavat myös totutut sukupuolten suhteet.

Erikssonin tai Lindgrenin tavoite ei ole, kuten ei ole omanikaan, niinkään todistaa, että lääkäriys sukupuolituu. Sukupuoli on tutkijan valitsema näkökulma ja siten läsnä lääkäriydessä jo lähtökohtaisesti, ja kyse on siitä, millaisia puolia lääkärin käytännön työstä ja identiteeteistä sukupuolen näkökulma kääntää esiin. Sukupuolen hämmentäviä sekä-että-kokemuksia on omassakin aineistossani. Yhtäältä lääkärin sukupuolella ei pitänyt olla merkitystä, toisaalta sillä oli väliä sittenkin. Kysyin useilta haastattelemltani lääkäreiltä jossakin vaiheessa suoraan, mitä merkitystä heidän työlleen oli sillä, että olivat nais- tai mieslääkäreitä. Joskus tämä kysymys sijoittui kohtaan, jossa kertoja ensin vihjasi sukupuolesta, toisinaan taas esitin sen haastattelun loppupuolella omana kertomuksen ulkopuolisena tutkijan näkökulmanani.

*Maijan* haastattelu on esimerkki edellisestä. Pyysin häntä kertomaan jostakin syystä mieleen jääneestä potilaasta. Maija jäi pohtimaan keski-ikäistä miestä, joka tuli hänen vastaanotolleen impotenssiongelman vuoksi. Tilanne hoitui, potilaan ongelmakin vähitellen, mutta Maijaa ihmetytti, miksi potilas oli valinnut lääkäriin nuoren naisen. Perustellakseen omaa hämmästystään hän vaihtoi kerronnan näkökulmaa ja luopui hetkeksi ammatillisesta positiostaan. Hän puhuikin nyt naisena, joka tiesi, ettei itse valitsisi gynekologiseen miestä. Tartuin innoissani hänen kertomaansa, olin tunnistavinani sukupuolettomuuden diskurssissa murtuman (Vuori 2001, 284), jonka kautta pääsisimme yhdessä pohtimaan lääkärin ja potilaan kohtaamisen sukupuolisuutta. ”Tunsitko itsesi siinä tilanteessa (potilaan kanssa) naiseksi”, kysyin ja sain lähes vihaisen vastauksen: ”No en minä nyt sentään naisena, minähän olin lääkäri”.

*Lauran* sukupuoli sai haastattelutilanteessa kertojan moniäänistymään, hänen kokemuksensa kahdentumaan, hänet hämmentymään tai hämmästyään. Hänkin kertoi mieleenjääneestä potilaasta, iäkkäästä veteraanista, joka sairaalakierrolla suuteli kädelle ja kehui nuoreksi ja nätiksi. Laura muisteli tapausta hauskana, kunnes palasimme siihen uudelleen haastattelun loppupuolella. Sukupuoli putkahtaa siellä puheenaiheeksi, kun palaan tarinassa taakse päin ja kysyn Lauralta uudelleen hänen ammatinvalinnastaan. Laura oli vielä lukiossa tähdännyt teknilliselle uralle, koska hän on ”aina ollu pikkusen semmonen feministi kumminkin”. Laura oli toisin sanoen halunnut tietoisesti rikkoa sukupuolensa mukaisia odotuksia, mutta arvioi nyt oikeaksi ratkaisun päätyä lääkkiseen:

Emmä välttämättä olisi osannu pitää puoliani niitte miesten kanssa kuitenkin, lääkkisessä nyt on kumminki molempia, ettei tarvi semmosten asioitten kanssa ainakaan miettiä ja päätänsä vaivata millään tasa-arvokysymyksillä taikka millään semmosilla, se on niinkun itsestäänselvyys että ei oo mieslääkäriä ja naislääkäriä vaan kaikki on samanlaisia.

Tartun kuitenkin Lauran feministi-identifikaatioon. Kysyn, tivaan, onko hän työsään koskaan ollut tilanteessa, jossa olisi tarvinnut feminististä näkökulmaa, ja mer-



kitsemättä mitenkään ristiriitaa edelliseen arvioonsa Laura kertoo senhetkisestä työpai- kastaan, jossa hänen lähimmät miestyötoverinsa ovat ”hiukan semmosia no ei nyt mitenkään sovinistisesti suuntautuneita mutta (...) niitten kanssa joutuu vähän pitään puoliansa”. Käytännössä Lauran työpaikalla usein teetetään naisihmisellä tietyt, hänelle sopiviksi katsotut tehtävät ja nuorelle naiselle herkästi kasataan töitä, ”kun on kiltti naisihminen joka tekee tunnollisesti työtä”. Kahvipöytäkeskusteluja käydään naisten ulkonäöstä, läskeistä ja kalorirajoitusten tarpeellisuudesta tai naisista, ”jotka on jotain tiettyä tarkoitusta varten”. Laura ja muut naispuoliset työntekijät joutuvat tasapainoi- lemaan tunkeilluksi ja loukatuksi tulemisen ja huumorin kannalta ottamisen välillä. Eivätkä naissukupuolen toiseutta tee vain miehet, vaan Laura on kokenut vaikeaksi myös naisesimiehen puuttuvan solidaarisuuden ja vähättelevän asenteen nuorta naiskol- legaa kohtaan.

Tämän keskustelun jälkeen palaan kädelle suutelemaan miespotilaaseen, joka kääntyy yhtä ristiriitaiseksi.

Juu mä oon näitten vanhojen vaarien kanssa, silloin mulle tuli semmonen pieni vähän paniikki tai semmonen identiteettikriisi, hetkellinen että hyvänen aika että mää oon kylläki lääkäri että mul on valkonen takki päällä et miten se noin tekee (nauradus). Se nauratti pääasiassa se tilanne kuitenkin, mut semmonen vähä hämmäntävä tilanne ettei sen nyt ihan näin pitäny tapahtua kuitenkaa (naurua äänessä).

Hauska kokemus näyttikin hämmäntävältä, kun siihen sotkettiin sukupuoli. Lauran kertoma on hyvä esimerkki siitä, miten lääkäri ei neuvottele sukupuoltaan vain kulttuurin maskuliinisesta ja feminiinisestä symboliikasta vaan myös sukupuolettomuuden odotuksesta. Lauran dilemmassa ei tulkintani mukaan ole kyse niinkään omien femi- niinisten ominaisuuksien ylentämisestä tai väheksymisestä, ei myöskään tarpeesta pe- rustella kykyä toimia myös maskuliinisesti. Ennemminkin Lauran sukupuolen neuvot- telua käydään siitä, onko lääkäri-identiteetillä sukupuolta ylipäättään, ja sukupuoletto- muuden vaatimus tekee vaikeaksi edes kysyä miehisen ja naisisen merkityksiä ja suhdetta omassa kokemuksessa tai suhteissa työtovereihin ja potilaisiin.

Aina sukupuoli ei ole yhtä dilemmaattinen. Kysymys hyvin hoidettuna mieleen jääneestä potilaasta saa *Auran* kertomaan kohtaamisesta, jonka minä olen taipuvainen kuulemaan sukupuolen värittämänä. Aura kertoo kahdesta iäkkäästä miespotilaasta, jotka lähettivät hänelle kukkia kiitokseksi tutkimisesta ja toimenpiteestä, jotka hänen mielestään olivat pieniä kukkien motiiviksi. Toinen potilaista oli ”semmonen yli- kohtelias ja herrasmies”. Kuulin jo haastattelutilanteessa sukupuolen läsnäolon, sillä kysyin seuraavaksi, oliko kyseisessä tilanteessa tai joissakin muissa merkitystä sillä, että Aura itse oli nainen. Viittasin samalla hieman aiemmin sivuamaamme teemaan: Aura oli pohtinut mies- ja naislääkärin eroa ylipäättään ja kuvannut ”stereotyyppiseksi kuvaksi” kutsumansa miehen, joka uskoo enemmän kaikkivoipaisuuteensa ja nauttii

kiireestä, paineesta ja päivystämisestä ja jolle ura on kunnianhimon paikka selvemmin kuin naiselle. Aura tuntee miehen ja naisen (mies- ja naislääkäri) stereotypiat, kuten moni muukin haastatelluista, mutta tunnistaa ne samalla stereotyyppioiksi, koska hänellä on ”semmosiakin kurssikaverimiestystäviä, jotka sanoo, että päivystäminen on kamaa”. Vaikka myyttisen miehen kertomus on tutumpi miehen identiteettinä, ja naisen kertomus vastaavasti naisen identiteettinä, sukupuolten kahtiajaolle perustuvassa kulttuurissa, jokainen luo Auraa mukailleen sittenkin oman tyyllisensä sukupuolen myyttejä yhdistellen (ks. Stanley 1992, 247).

Miettiessään oman sukupuolensa merkitystä konkreettien tilanteiden kautta Aura uskoo naiseutensa perusteella ymmärtävänsä naisen ruumiin kokemusta (hän mainitsee vaihdevuosi- ja gynekologiset vaivat). Toisaalta hän kokee osittain olevansa väärä henkilö vastaanottamassa silloin, kun potilaan vaiva on miehinen tai elämäntilanteen ongelma, johon mies kaipaisi miehen mallia, ei naista, joka ”hyssyttää ja paapoo”. Sukupuolella on siis merkitystä hänen työssään, ja samalla hän tulee liittäneeksi omaan identiteettiinsä kulttuurissa naisiseksi tyyliksi merkityn kohtaamisen tavan. Hänen kertomuksissaan sukupuoli ei kuitenkaan ole dilemman paikka, kokemuksen kahtia leikkautumisen kohta, kuten oli analysoimissani Maijan ja Lauran kertomuksissa.

Viidestätoista haastatellusta naislääkäristä kahdeksan kertoo jonkin Maijan tai Lauran esimerkin kaltaisen tilanteen, jossa naissukupuoli hämmentävästi jakaa kokemuksen kahtia. Miesten kertomuksista löydän vain yhden vastaavan, tilanteen, jossa lääkärin entinen työtoveri ja pienen potilaan sukulainen tuli lauantai-iltana juovuspäissään kadulla halaamaan ja kehumaan potilaan hyvää hoitoa. Hämmennys siitä, että omalla lääkäriminällä on myös sukupuoli, ei siis koske vain naisia, mutta miksi se esiintyy naisten kertomuksissa useammin? Tähän voisi vastata lähtien yksilön käsitteen feministisestä kritiikistä, jonka mukaan sukupuoli tulee näkyviin naisessa – sukupuolettoman yksilön mallina on mies (Pateman 1988). Kyse on uskoakseni myös omasta lukijan sukupuolestani. Minun on paljon vaikeampi tunnistaa sukupuolen jälkiä miesten kertomuksista, ja jos lähden tietoisesti etsimään niitä, päädyn kiusallisen usein poimimaan itsestään selviä armeijan ja isyyden kokemuksia. Sen sijaan naisten kertomuksia kuunnellessani ja lukiessani olen tunnistavinani naiskertojan usein silloinkin, kun sukupuoleen ei viitata suoraan. Kyse ei ole niinkään siitä, että kokisin, etten ymmärrän miehen kertomaa. Kyse on pikemminkin siitä, että lähtiessäni etsimään hänen kokemuksensa miehistä pohjavirtaa en löydä sitä (Irigaray 1996b, 37–38).

Elianne Riska (2001) on haastatellut naispatologeja, jotka jo alan valinnallaan haastavat sukupuolensa empaattisen ja hoivaavan stereotypian. Näkökulmana on naislääkäriin toiminnan tapa, ja sukupuoli on lääketieteen käytännön ja kielen sukupuolitunut rakenne ja samanaikaisesti naisten omakseen luoma identiteetti. Haastatellut lääkärit kertoivat työstä, jossa heidän osakseen tuli vähemmän (fyysisesti liian raskaiksi

miellettyjä) ruumiinavauksia, enemmän kudosnäytteitä lapsilta. Eräs lääkäri kertoi patologiipiireissä tutun vitsin kulkevan siitä, miten lapset kuuluvat naisen työnkuvaan, vaikka sitten kuolleina (Riskä 2001, 113). Tunnistan itsekin toki toteamuksen vitsiksi – harva kai sanoisi sitä vakavissaan – mutta se on yhtä kaikki tehokas tapa muistuttaa naisen ja lapsen, naisen ja hoivan, katkeamattomasta myyttisestä yhteydestä.

Riskän haastatteleuille patologeille naiseus oli myös ominaisuuksia, jotka voi tulkita professionaaleiksi hyveiksi. Heidän strategiansa ammattikuntaansa kuulumiseksi oli rakentaa patologin identiteettiä naisisesta huolellisuudesta ja järjestelmällisyydestä ja siten soveltuvuudesta mikroskopoimaan (*gender inclusion*, ks. Witz 1990).

Elianne Riskän (2001) vastaus kysymykseen, muuttavatko naiset lääketiedettä ja lääkäriyttä sisällöllisesti ja jos niin miten, ei ole yksi ja yhtenäinen, eikä voisi sitä ollakaan, jos lääkäriyttä ja sukupuolta tarkastellaan (vaihtelevissa) käytännöissä syntyvinä. Ehkä vastausta tärkeämpi on lopulta kysymys itse: sen näkyväksi tekeminen, miten sukupuolineutraaliuden normin ja sukupuolisokean professioteorian rinnalla on toinen todellisuus, jossa sukupuolella on väliä. Sen jälkeen voivat nais- ja mieslääkärit yksin ja yhdessä kysyä, mitä he haluavat muuttaa, ja pyrkiä siihen.

Riskän tutkimusta patologeista voi tarkastella esimerkkinä konstruktionistisesta lähestymisestä profession. Riskä näkee naislääkäreiden rakentavan identiteettejään ja toimintakäytäntöjään yhtä aikaa maskuliinisen ammattikulttuurin ehdoilla ja sitä kyseenalaistaen ja kiusaten. Yhden 'naisen äänen' sijaan hän kuuntelee erilaisia lääkäri-naisia, heidän monia ääniään ja tyylejään. Hänen kysymyksensä on toisaalta hyvin lähellä sitä, jonka Marko Salonen sanoo tyypittävän sukupuolieron paradigmaa (Salonen 2000, 156): ”miten yksilö toimii tai voisi toimia sukupuolisena olentona” patologian kulttuurissa. Hän (tai Eriksson (2003) tai naiskirurgeista kirjoittava Joan Cassell, 1998) ei lopulta kuitenkaan kyseenalaista miehen ja naisen symbolista kahtiajakoa, joka rakenteistaa ammattikulttuurin diskurssit ja käytännön. Miehet ja naiset rakentavat oman ammattikuvansa ja identiteettinsä kahtiajakautuneen kulttuurin ehdoin: sukupuoli on kulttuurinen ilmiö, joka merkitsee ruumiin (Riskä 2001, 105). Cassell puolestaan soveltaa Bourdieun habituksen käsitettä tavoittaakseen naiskirurgiuden kulttuuriset ja ruumiilliset ulottuvuudet, mutta arvioi jokaista naista suhteessa naisiseen normiin. Tällöinkään eron ymmärrys ei ole radikaalia sillä tavoin, kuin sukupuolieron teoria ja esimerkiksi Sara Heinämaan tyylin käsite sen radikalisoi (Heinämaa 1996, 162; Salonen 2000, 156).

Sukupuolen konstruktionistinen tyhjäksi tekemisen projekti (Lorber 2000) on ehkä tavallaan mahdoton toteuttaa heti onnistuneesti, sillä jo puhe sukupuolesta ja miehistä ja naisista kutsuu niiden totutut ja myyttiset merkitykset mukaan keskusteluun. Tarkoitukseni ei siis ole niinkään kritisoida esimerkiksi Elianne Riskän tapaa toteuttaa feminististä projektia, joka Judith Lorberin (2000, 86) mukaan tarkoittaa ”sukupuolijär-

jestystä ylläpitävien sosiaalisten ja psyykkisten prosessien ja käytäntöjen rakenteellista analyysia yhdistettynä niiden tapojen analyysiin, joilla yksilöt voivat ylittää (undo) sukupuolen”. Ennemmin haen Riskan ja Lorberin konstruktionistisesta lähestymisestä kontrastia sille, miten sukupuolieron näkökulmasta voisi toteuttaa feminismiä lääkäriyden tarkasteluissa. Sukupuolieron irigaraylainen korostus ei (ainakaan aluksi – lopusta ei voi vielä tietää) koeta häivyttää sukupuolta, vaan ennemminkin alleviivaa sen, ottaa sen kyseenalaistamattomaksi lähtökohdaksi, ja näkee sukupuolieron säilyttämisessä mahdollisuuden kaikkien ihmisten välisten ja sisäisten erojen vaalimiseen. Mies ja nainen siis säilytetään, mutta luovutaan näiden ilmenemisen tapojen itsestäänselvyydestä. (ks. Lorber 2000, 88 – konstruktionistisesta näkökulmasta voi lopulta päätyä kysymään samoin).

Olen varovasti koettanut lukea omista haastatteluaineistoistani miesten ja naisten kerronnan tapoja ja tyylejä siten, että en toistaisi stereotyyppistä eroa mutta voisin kuitenkin tunnistaa kulttuurin läsnäolon. *Doctors as wounded storytellers* –artikkelissa luen lääkärin sairauden tai muun ruumiin rajoituksen symboliikkaa. Etsin dikotomian ylitystä oman lukijuuteni tietoiseksi ja näkyväksi tekemisestä. Sen sijaan, että esimerkiksi väittäisin kroonisesta sairaudestaan identiteettiään kertovan mieslääkärin haastavan voimaa ja hallintaa korostavan myyttisen Miehen (minkä hän toisaalta myös tekee, mutta näin tulkiten itse myyttinen Mies, miehinen normi, ei järky), ihmettelen aidosti miestä, jonka mieheyttä en tunnista heti mutta joka lopulta muuttaa *minua*, käsitystäni miehisestä. Tämä muutos ei tapahdu kieltämällä myytin olemassaolo, päinvastoin, tutkailen ”sukupuolijärjestystä ylläpitävien sosiaalisten ja psyykkisten prosessien” tapahtumista itsessäni. Kyse on tutkailun jälkeen ja ohella toisenlaisen ajattelutavan koettelusta, uuteen horisonttiin tähyämisestä ja sen valkenemisestä, ettei kertomuksessa kohtaamani mies ole ymmärrettävissä suhteessa miehiseen tai naisiseen myyttiin, vaan olemisen tapana ja tyylinä, joka on yhtä aikaa kulttuurinen, psyykinen, ruumiillinen ja kielellinen kysymättä näiden välisiä seuraussuhteita (Heinämaa 1996; Braidotti 2002, 8). Ajattelen ja koen, että oman tulkintoja tekevän itseni ottaminen kulttuuristen sukupuolittavien käytäntöjen paikaksi tekee mahdolliseksi kulttuurisen yleisen ja tyylin erityisyyden yhtäaikaisuuden minussa – enhän tunne ja koe itseäni vain kulttuurin tuotteena, vaan olen myös oma poeettinen mielikuvitukseni (Freeman 1999), muutoksen mahdollisuus.

Haastan oman lukijani mukaan itsetarkkailuun (artikkelissa *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*). Analysoin kahta lääkärin tarinaa, joissa jokaisessa itsenäisyys ja vastuullisuus käyvät neuvottelua, joskin eri tavoin. Olen antanut toiselle kertojalle peitenimen, joka ei paljasta häntä mieheksi tai naiseksi, ja tarkoitukseni on nimenomaan pakottaa artikkelin lukija huomaamaan, mistä kerronnan muodoista tai sisällöistä hän uskoo sukupuolen tietävänsä. Kertojaa kuunnellaan ja arvioidaan eri

tavoin riippuen siitä, onko hän nainen vai mies. Kertojan sukupuolen jättäminen epäselväksi on yksi keino koetella sukupuolen luonnollisuutta. Jos lukija/kuulija ei tiedä omaelämäkerrallisen kertojan sukupuolta, hän herkistyyneen kaikenlaisille vihjeille, joista sukupuolen voisi päätellä. Samalla hän tulee ehkä tietoisiksi vihjeiden tulkinnanvaraisuudesta ja omasta osuudestaan sukupuolen määrittämisessä. Kertojan sukupuoli toteutuu neuvotteluna kertojan ja kuulijan välillä.

Alun perin kirjoitin artikkeliin sukupuolenvaihdoksen: nimesin toisen kertojan miehestä naiseksi/naisesta mieheksi ja paljastin temppuni artikkelin lopuksi. Luetutin tuota versiota laitokseni tutkijaseminaarissa, jossa käytiin mielenkiintoinen keskustelu. Osallistujien omissa kulttuurisissa kuvastoissa esimerkiksi lukiolaisen kahviloissa istuminen sukupuolittui eri tavoin: joku piti sitä selvästi naisen merkinä, toinen ei ollenkaan. Perusteluina käytettiin muun muassa seminaarilaisten omia kouluajan kokemuksia kahviloista. Sukupuolten sisältö oli muodostunut kullekin niissä konkreeteissa tilanteissa, joita he olivat kokeneet ja joissa sukupuolella oli ollut merkitystä.

## 5.2 Sankarilääkärin sukupuoli

Sukupuoli sekä on että ei ole läsnä siellä, missä lääkäri kohtaa potilaan, työtoverin tai haastattelijan. Dilemma ei ole vain lääkärin: sukupuoli ylipäättään inhimilliselle kokemukselle ja kanssakäymiselle muotoa ja merkitystä antavana ilmiönä väistää käsitteellistä vangitsijaansa, minkä sietoa Silvia Gherardi (1994) painottaa. Haastattelemieni lääkäreiden sukupolvi (joka on myös omani) on kasvanut tasa-arvoideologian Suomeen. Tasa-arvodiskurssi on kasvanut meihin, me emme vain *ajattele* asioiden olevan kiinni meistä itsestämme, me uskomme, koemme ja tunnemme niin. Me teemme valintojamme yksilöinä, emme niinkään miehinä tai naisina. Sukupuoli on ikään kuin pakotettava tarkastelun näkökulmaksi, se on etsittävä teorioista, jotka sanovat, että yhteiskunnan rakenne (Chodorow 1978; Pateman 1988; Eräsaari ym.1995), professiot (Silius 1992; Davies 1996; Riska 2001), terveydenhuollon työnjako (Riska ja Wegar 1993; Henriksen 1994; 1998), terapeutin kohtaaminen (Frosh 1994), ruumiillisen toimijan kokemus (Braidotti 1994; Irigaray 1996a) tai kielellinen kommunikaatio ovat kaikki sukupuolen merkitseviä; sukupuolen kahtiajako on ajattelumme ”superordinate logic” (Benjamin 1998, 38; myös Gherardi 1994).

Luen seuraavassa sukupuolta ensin kahdesta sanomalehtikirjoituksesta, sitten omista aineistoistani. Näiden analyysien kirjoittaminen osui tutkijanurani kohtaan, jossa olin (ja olen) ambivalentti konstruktionistisen, sukupuolen kulttuurisen rakentumisen, ja sukupuolieron tyyllillisen korostuksen välillä. Kysyn kertomuksilta sukupuoliero: miten sukupuoli ilmenee niissä, millainen on kunkin nais- ja mieslääkärin kertomisen tapa ja

tyyli (ks. Heinämaa 1996)? Silti lähtökohtani on konstruktionistinen sikäli, että esitän ensin kulttuurisen, maskuliinisen lääkärin myytin, jonka rakentumista yksilön kertomuksiin sitten lähdän kuuntelemaan, ja samalla vihjaan kausaalisuudesta, jonka suunta on kulttuurista sukupuolittuvaan yksilöön. Suvi Ronkainen (1999), joka on luonut synteisiä subjektiviteetin konstruktionistisen ja toiminnassa ilmenevää tyyliä korostavan näkökulman välille, rohkaisee viipymään vastakkain aseteltujen välissä ja ikään kuin kohauttamaan olkapäitä kategorisoinneille, näkemään niiden yli. Sukupuolieron ja konstruktionismin näkökulmien välillä on painotusero; yhteistä niille on kiinnostus sukupuoleen siten, kuin se ilmenee kulttuurissa.

Loppuvuonna 2002 satuin lukemaan kahtena peräkkäisenä päivänä sanoma-lehdestä artikkelin, jonka päähenkilönä oli mieslääkäri. 19.10.2002 päivätty ilmais-jakelulehti Tamperelainen esittelee lääkäri Jukka Tuovisen jo etusivullaan otsikoiden *Tampereen 2000:s lääkäri valmistui*, ja juttu jatkuu seuraavalla aukeamalla. Kuvassa sympaattisen näköinen, tummaan pikkutakkiin pukeutunut kollega esittelee ylpeänä appivanhemmiltaan opintojensa alussa saamaansa solmiota, joka on kuvitettu akuutisti ambulanssein, stetoskoopein, sidetarpein ja punaisiin ristein. Artikkelin juhlistaa 2000:nnetta Tampereen yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta valmistunutta lääkäriä, ja lääkärin tarinan rinnalla kerrotaan tarinaa tiedekunnasta, jota uhkasi laman aikaan lopettaminen mutta johon kuluvana vuonna 2002 valittiin ennätyselliset 105 uutta opiskelijaa ja jonka LL-koulutusohjelman korkeakoulujen arviointineuvosto on valinnut korkealaatuisen koulutuksen yksiköksi kahdesti peräkkäin. Jukka itse toteaa: ”Olen saanut hyvät lähtövalmiudet Tampereen yliopistosta, mutta omaa osaamistaan on tärkeää ylläpitää ja kehittää.”

Jukka kertoo ”viihtyneensä” opiskelijana tavallista pidempään, ”viisi lasta ja vaimo taitavat olla vain tekosyy”. Hän pääsi opiskelemaan jo vuonna 1990, mutta hoiti artikkelin mukaan ensin neljä vuotta lapsiaan ennen kuin varsinaisesti aloitti opiskelun. Hän kertoo lääketieteen tulleen tutuksi jo lapsena ja muistaa kulkeneensa kunnanlääkäri-isän mukana kotikäynneillä ja heränneensä puhelimen sointiin aamuyöstä. Hän on kiinnostunut yleislääkärin työstä ja suunnittelee lisäksi perehtyvänsä geriatriaan. Työmatkaa Mänttään kertyy 84 kilometriä, mutta hän ei halua repäistä perhettä juuriltaan ja tutuiksi tulleiden naapurien keskeltä muuttaakseen lähemmäksi.

Vaikka Tamperelaisen artikkelin ilmestymisen aikaan 90-luvun alun lamasta oli kulunut vuosia kauemmin kuin tehdessäni tutkimushaastatteluitani, lama kiinnittää Jukka Tuovisen lääkärin tarinaa yhteiskunnalliseen ja historialliseen aikaan. Hänen opintonsa alkoivat lama-aikaan, ”mikä heijastui hänen mukaansa kaikkeen. – Tiedekuntaa uhkasi pitkään lopettaminen ja henki oli sen mukainen. Tekemisen meininki kasvoi uhan väistyttyä.” Alussa viitattu keskittyminen lastenhoitoon saa tekstissä vasta myöhemmin taustakseen tämän opintojen alun sijoittumisen lama-aikaan, mutta teksti ei ota

kantaa siihen, viihdyttikö lama osaltaan Jukkaa opiskelijana ja lastensa hoitajana pidempään kuin tavallista. Sukupuolen itsestäänselvyyksien ravistelijana minun on kysyttävä itseltäni, miksi olen taipuvainen lukemaan niin.

Yksi tapa kokeilla sukupuolen merkitystä on vaihtaa sukupuolta (vrt. Irigaray 1991, 185). Jos artikkelissa haastateltu lääkäri olisi nainen, lukisinko yhtä helposti hänen hoitaneen lapsia kotona usean vuoden ajan (vain) siksi, ettei lääkärin työhön valmistumisella ollut työnsaannin vaikeuduttua kiirettä – uraa kun joutuisi joka tapauksessa odottamaan? Todennäköisesti en. Vaikka kunnioitan sydämestäni lääkäri-isää, joka ainakin lehtiartikkelin perusteella näyttää antavan aikaa niin työlle kuin perheelkin, kulttuurinen ymmärrykseni nimeää hänet poikkeukselliseksi mieheksi. Odotus siitä, että pieniä lapsia kotona hoitava vanhempi on äiti, on vahva, ja se on yhtä aikaa kulttuurissamme jaettu odotus ja oman lukijuuteni kiusallisen lannistumaton perusta.

Tamperelaisen ilmestymistä seuraavana päivänä, sunnuntaina 20. lokakuuta 2002, Aamulehti esittelee niin ikään etusivulla uutisen siitä, miten ”kirurgi Teittinen taisteli kolmessa sairaalassa”. Kuvassa vakavailmeinen valkotakki katsoo suoraan lukijaan leikkaussalilamppujen valaistessa häntä yläviistosta. Kari Teittinen on yksi eteläsuomalaisessa kauppakeskuksessa sattuneen ”pommi-iskun synnyttämistä arjen sankareista”, joka ”dramaattisen yön tunteina pelasti ihmishenkiä” kolmessa eri sairaalassa ja joka lopulta antaa räjäyttäjälle anteeksi.

Minua hieman hätkähdyttää Karin nimeäminen *arjen* sankariksi, useimmille kun arki on jotain muuta kuin yön pimeinä tunteina pelastettuja ihmishenkiä ja julkisesti ansaituksi myönnettyä kunniaa. Karin tarina toistaa länsimaisen kulttuurin kertomusperinteessä romanssin rakennetta, jossa hyvä sankari käy taisteluun pahaa vastaan (Murray 1989). Häntä ei olisi tarpeen edes nimetä ’sankariksi’, lukija tunnistaisi sankaruuden ilmankin kertomuksesta, jossa lopullinen voittoisa taistelu moraalin palauttamiseksi käydään normaalista (arki)elämästä irrallisessa tilassa, Karin tapauksessa öisissä leikkaussaleissa. Kertomus Jukasta taas on enemmän komedia, kuvaus siitä, miten totunnaiset sosiaalisen elämän kaavat höltyvät ja mahdollistavat uudenlaisia yhteisöllisyyden muotoja (emt.).

Kirurgin työ, jota tehdään tavallisen elämän ulkopuolisissa tiloissa ja jossa operaatioissa kulminoituu pitempiaikainen taistelu sairautta tai väkivaltaa vastaan, tarjoaa materiaalia romanssin sankaritarinalle helpommin kuin päivästä toiseen yhteisöllisyyttä rakentava terveyskeskustyö ja sen yhdistäminen perhe-elämän kanssa. Silti ’arjen sankarin’ paradoksaalinen käsite ei ehkä kuulu sankarikirurgille. Itse olisin ollut valmiimpi kutsumaan arjen sankariksi Tamperelaisen haastattelemaa Jukka-lääkäriä, joka päivästä toiseen, vuodesta toiseen rakentaa arkea kunnioituksesta sekä Jukkaa itseään, hänen lapsiaan, potilaitaan, vaimoaan että naapureitaan kohtaan. En kiellä Karin sankaruutta, päinvastoin toivon, että jos minua tai läheisiäni kohtaa onnettomuus, meitäkin on hoi-

tamassa hänenlaisensa ”42-vuotiaana jo kokenut sydän- ja verisuonikirurgi”, joka ”tunnetaan kirurgipiireissä rauhallisena ja nopeana virtuoosina”. Lääkäri, joka on kaikkea sitä, mitä itse en ole: rauhallinen, kokenut, käsistään taitava ja päätöksissään nopea ja vankkumaton. Silti minusta tuntuu, että ’arjen sankarin’ arvon myöntäminen hänelle tekee entistä näkymättömämmäksi sitä arjen sankaruutta, jota useimmat ihmiset tavoillaan toteuttavat arjessaan mutta josta vain harva palkitaan kuten Kari: koko sivun kokoisella valokuvalla Aamulehden B-osan etusivulla lokakuuisena sunnuntaina.

Sankaruuksia on monenlaisia, yhteismitattomia – oman lääkäriyttä sukupuolitavan tavoitteeni kannalta ei ole olennaista yrittää ratkaista, onko Jukan vai Karin sankaruus parempaa. Olennaista on ihmetellä sitä, että heistä vain toinen on helppo kulttuurisessa kertomusperinteessämme nimetä sankariksi: minäkin tunnistan Karin kertomuksessa pelottoman, paha (pommimestä) vastaan, hyvän puolesta taistelevan sankarin. Jälleen voi kuitenkin etsiä sankarin sukupuolta vaihtamalla sen: jos Kari olisi Kaarina, miltä kuulostaisi hänen yön työnsä, joka alkoi kaikessa dramaattisuudessaan perjantai-iltana kahdeksan aikaan, juuri hänen tehdessään lähtöä töistä kotiin juhlimaan poikansa 9-vuotissyntymäpäivää? Ainakin hän tarvitsisi kotia ja lapsia hoitamaan puolison – Karilla tehtävän hoitaa kotiäitinä oleva vaimo – eikä vain yhdeksi sankaruuden yöksi vaan niiksi vuosiksi ja vuosikymmeniksi, joiden aikana kirurgin kokemus ja näkemys hankitaan.

Aamulehden artikkelissa näkökulma on kirurgin, ja isää turhaan kotona odottanut 9-vuotiaskin vain kirkastaa leikkaussalin lamppujen valaisemaa sankaruuden sädekehää: edes lapsen syntymäpäivä ei saa sankaria luopumaan hänelle osoitetusta tehtävästä ja velvollisuuden kutsusta (mistä olen hänen pelastamiensa pommin uhrien ja heidän lastensa puolesta äärettömän kiitollinen). Jokainen näkökulma, jokainen kertomisen positio, rajaa kuitenkin sen, mitä näemme: kieli ja valittu tarinamalli luo aina yhtä aikaa sen, mistä voi puhua, ja sen, mistä vaietaan (Billig 1999). Sankaritarinassa ei kuulu kysyä esimerkiksi sitä, miten puoliso jaksaa yksin pyörittää lapsiperheen arjen tai mitä ajattelee lapsi, jonka näkökulmasta isä on aina poissa. Väitän silti, että lukijan olisi tykönäin paljon vaikeampi välttää näiden kysymysten kohtaamista, jos kertomuksen kirurgi olisi nainen – niin lähellä itsestäänselvyyttä on kehityspsykologinen, psykoanalyysista ammentava käsitys siitä, että äiti on lapsen kehityksen kannalta ensimmäisten elinvuosien ainoa, tärkein ja korvaamaton läsnäolija (Vuori 2001).

Tulkintani mukaan myytti sankarilääkäristä elää aineistoni lääkärikertomuksissa, sitä kommentoidaan, sitä tavoitellaan tai siitä poiketaan. Mutta siis: on helpompi nähdä sankarilääkäriä asemassa mies kuin (perheellinen) nainen.



### 5.3 Lääkärin maskuliininen myytti

Anne Spencer ja David Podmore (1987, 2) listaavat kymmenen naisten professionaalisen marginalisoitumisen tekijää. He kirjoittavat miesvaltaisista professionaaleista, eikä lista liene suoraan sovellettavissa suomalaiseseen lääkäriprofessioniin. Silti tunnistan monet listan ilmiöistä sekä omasta kokemuksestani että aineistostani ja väitän, että ne ovat osa lääkärikulttuurin merkitysmaailmaa, joskin usein piiloista ja mielenkiintoisella tavalla sukupuolen suhteen epämääräisempää. Esimerkiksi syytökset katkonaisista urista ja itsen halvalla myymisestä kohdistuivat lääkäriytyttömyysvaiheessa nuoreen lääkäriin sukupuolesta riippumatta. Valitsin Spencerin ja Podmoren listasta tähän viisi kohtaa, joiden kautta tarkastelen lääkäriprofession sukupuolista perustaa.

- a) Stereotypiat naisesta: nainen on 'tunteellinen', 'epävakaa', 'päättämätön'.
- b) Stereotypiat professionaaleista ja sen edustajasta: työ voi esimerkiksi olla fyysisesti vaativaa ja kilpailuhenkistä, eikä siksi soveltu naiselle.
- c) Professionaalisen sitoutumisen käsite – kaikki tai ei mitään –periaate, johon naisilla ajatellaan olevan vaikeuksia sitoutua.
- d) Ajatus naisten urien suunnittelemattomasta luonteesta. Miesten urat nähdään suunnitelmallisina ja lineaarisina, kun taas naisten urat ovat täynnä katkoksia ja aukkoja.
- e) Ajatus kilpailua pelkäävistä naisista – naiset suostuvat töihin pienemmällä palkalla ja alentavat koko ammatin arvoa ja arvostusta.

Naisen tunteellisen, epävakaisen, päättämättömän stereotypian ja toisaalta vakaan järjen ensiarvoisuuden (kohta a) tunnistan selvemmin kulttuuristamme ylipäänsä, en erityisesti lääkäreiden ammatillisesta kulttuurista. Silti stereotypia hiipii lääkäriinkin tarpeena osoittaa olevansa muuta – järkevä, vakaa, kykenevä päättämään – ja toisaalta kauhuna siitä, mitä tapahtuu kiireisessä päivystyksessä, jos epäröivä ja pimeä, naiselliseksi määrittyvä puoli saa lääkäriässä vallan. Irigarayn ja sukupuolieron näkökulmasta kauhu ei lieivity sillä, että vakuututaan naisenkin kyvystä olla järkevä ja luja, vaan arvontamisella tunteelliselle, muutosalttiille, ei-ehdottomalle ihmisyydelle sellaisenaan sen sijaan, että se nähdään järjen lipsumisena tai identiteetin kääntöpuolena. Lääkärin kliininen työ edellyttää usein kykyä päättää, mutta yhtä usein se edellyttää kykyä vain kuunnella potilaan 'epävakaita' tunnelmia ja hyväksyä asioiden moniselitteisyys ja päättämisen mahdottomuus.

1980-luvun puolivälissä keskusteltiin lääkärikunnan naisistumisen seurauksista. Helsingin Sanomat uutisoi 9.2.1986 asiaa pohtineen työryhmän kannanottoa ja siitä käytyä keskustelua. Kirjoituksen mukaan Lääkäriliitto tuki ainakin epävirallisesti työryhmän ehdotusta lääketieteen opiskelijoiden mieskiintiöistä Helsingin yliopistossa, "elleivät muut konstit autaa lääkärikunnan liian naisistumisen pysäyttämiseksi" (HS 1986, 8). Huoli naisistumisen seurauksista koski yllä olevan listan kohtia b-d: ajateltiin,

ettei naislääkärien koulutus ollut täysin hyödynnettävissä (palaan tähän seuraavassa kohdassa 5.3.1), ja toisaalta suuret erikoisalajat kirurgia ja sisätaudit raskaine päivystysvelvollisuuksineen nähtiin fyysisesti naiselle liian raskaina, mistä syystä naisistuminen johtaisi näillä aloilla lääkäripulaan.

Kohdan b) väitteeseen palaan myöhemmin kappaleessa 5.4, jossa pohdin kirurgin ja kirurgian sukupuolta. Käytän esimerkkinä erään naislääkäriin tarinaa, joka kuvaa työn fyysisestä raskaudesta ja haasteellisuudesta nauttivan tulevan kirurgin. Hän ei epäile omaa jaksamistaan, mutta kertoo turhautumisesta työpaikalla, jossa hänet niputetaan toisten naisapulaislääkärien kanssa ”tyttöjoukoksi” tai parveksi ”tipusia” ja samalla vihjataan joukon avuttomuutta ja fyysistä heikkomuutta. Vihjataan, mutta ei ehkä sanota suoraan, toisin sanoen ajatus naisten heikkomuudesta peittyä ääneenlausutun tasa-arvoideaalin alle mutta elää siellä yhtä kaikki.

Kaikkinaisen vahvuuden, myös fyysisen, ihanne on yksi myyttisen lääkärin ominaisuus, jonka omaksuminen oman lääkäriyden osaksi lienee jokaisen lääkärin identiteettitehtävä; ainakin siihen on otettava tavalla tai toisella kantaa. Itsestäni tuntuu lähes mahdottomalta, että naislääkäriin heikkomuutta enää käytettäisiin julkituotuna perusteluna koulutus- tai työvoimapolitiittisille ratkaisuille. Silti heikkouden pelko on olemassa ja tulee näkyviin esimerkiksi lääkärin sairastuessa. Näin ainakin voisi kirjallisuuden valossa olettaa (Edelstein ja Beider 1982; Hahn 1985; Spiro 1987; Mäenpää 2000; West 2000), ja siksi yllätyin haastatteluita tehdessäni siitä, miten itsestään selväksi osaksi itseään useat haastattelemani kollegat kertoivat oman sairautensa. Tämä yllätyneisyyteni on lähtökohtanani artikkelissa *Wounded doctors as storytellers*, jossa päädyn pohtimaan sitä, ettei oma sairauden mahdollisuus ole ehkä torjuttu niinkään lääkärin psyyken alisiin maailmoihin, vaan se on osa narratiivista tiedostamatonta (Freeman 2002a): ammatillisissa yhteyksissä ei ole aikaa, paikkaa eikä käytäntöä kertoa omaa sairautta osaksi identiteettiä tavalla, joka ei merkitsisi heikkomuutta. Itse en ainakaan muista opiskeluaikani omaa sairastamista tai sairastamisen mahdollisuutta käsitellyn lainkaan.

Joka tapauksessa myyttiseen professionaalien kuvaan ja kertomukseen kuuluvat hallinta ja haavoittumattomuus, ja sellaisena kuva on maskuliininen. Vaikka lääkärin haavoittuvuuden pelko koskee jokaista lääkäriä sukupuolesta riippumatta, sen symbolinen yhteys naisiseen ja vähempiarvoiseen on yhä olemassa, Irigarayta (esim. 1996a) mukailien koko länsimaisen kulttuurimme perustana. Käännän Spencerin ja Podmoren edellä esittämät naista koskevat stereotypit myyttiseksi kuvaksi professionaalista lääkäristä, ja myyttillä tarkoitan eräänlaista kulttuurista peruskertomusta, jota sellaisenaan tuskin koskaan lausutaan ääneen mutta johon jokainen lääkäri suhteuttaa omaa professionaalisuuttaan. Myytti ei välttämättä ole tietoisesti tavoiteltu ihanne ja identiteetti sen paremmin miehelle kuin naisellekaan, vaan myytti on niitä merkityksiä, joita sana

*lääkäri* vaivihkaa kuljettaa jokaisen lääkärin identiteettineuvotteluihin tietoisista ja itse valituista ihanteista riippumatta. Myyttinen lääkäri on niitä merkityksiä ja se kertomus, joita tulemme automaattisesti liittäneeksi lääkäriin.

Rakentamani myyttinen lääkäri on siis rationaalinen, vakaa ja kykenevä tekemään päätöksiä. Hän on henkisesti vahva ja fyysisesti haavoittumaton, ikään kuin tiedollisesti hallitsemansa sairausilmiön yläpuolella myös ruumiineen. Hän sitoutuu työhönsä ehdoitta, ja työ on hänelle elämän keskeinen sisältö. Hän etenee urallaan suunnitellusti ja katkottomasti. Hän on tarkka sekä omasta että koko ammattikuntansa arvosta ja arvostuksesta eikä toimi tavalla, joka kyseenalaistaisi profession tieteellistä ja eettistä perustaa. Hän ei tingi palkastaankaan, joskin rahalla on hänelle kaksinaismerkitys (ks. ”*Töitä nuorille kollegoille!*” -artikkelini): kutsumusta lähentelevä sitoutuminen lääkäriyteen mitätöi rahaa, mutta samanaikaisesti korostuu palkan merkitys lääkärintyön arvon mittarina. Tällaisena myyttisellä lääkäriellä on profession miehisen historian muovaama maskuliininen luonne ja arvomaailma. Keskustelen seuraavassa kohdista c-e aineistojeni ja joidenkin lääkärikirjoittajien kanssa ja luotaan myytin erilaisia seuraamuksia miehille ja naisille.

### 5.3.1 *Professionaalinen sitoutuminen – kaikki tai ei mitään*

Vaatus ”antautumisesta lääketieteelle” (kuten *Susanna* haastattelussaan kertoo opiskelijoita sisätautikurssilla kehoitetun) on ristiriitainen: tunnistan sen sekä itsessäni että aineistossani myyttisenä ihanteena ja odotuksena, joka yhtä aikaa on olemassa ja joka tulee osata kyseenalaistaa. Haastatteluissani on vain yksi naislääkäri, *Eija*, joka vakavisuuden, ilman itseironian häivähdyttä, tavoittelee lääkäriyttä elämäntapana, ei työnä pelkästään. Hänen lääkäri-identiteettinsä ihanne muistuttaa ’vanhan hyvän ajan lääkäriä’ (ks. Lehto 1991, 49) ammattiroolin kaikenkattavuudessaan. Tunnistan tuon ’vanhan hyvän ajan lääkärin’ ammattikulttuurisen kuvaston hahmona, mutta silti Eijan haastattelu hämmensi minua. Kaipasin sitä monimerkityksistävästä ironiasta, johon olin tottunut sekä haastatteluista tehdessäni että ennen niitä, kollegoiden kanssa keskustellessani, työlle omistautumisen kertomuksissa.

Samanlaista hämmentävää vierautta koen lukiessani Anna-Liisa Sjögrenin sydänlääkärin muistelmia (Sjögren 1991). Sjögren kertoo elämästään ja työstään lääkärin, joka elää työlleen ja lämmöllä muistamilleen potilaille. Sjögrenillä ei ole elämänkumppania eikä lapsia, mutta siitä huolimatta en lukiessani ole aina selvillä siitä, miten hänen vuorokauteensa mahtuivat iltaan asti venyvä apulaislääkärin työ sairaalassa, yksityisvastaanotto, päivystykset ja tieteellinen työ. Hänelle tuo kaikki on enemmän kiitollisena vastaan otettuja mahdollisuuksia kuin velvollisuus tai edes rationaalinen valinta.

Lääkäriys elämäntapana tuntuu siis itselleni vieraalta professionaalisuudelta: tunteista ajattelutavan, mutta en kykene kuvittelemaan omakseni. Vain Sjögreniä lukien elämäntapalääkäriys määrittäisikin helposti vain *vanhan* ajan lääkäriydeksi, menneeksi maailmaksi, mutta kohdattuani saman tarinamallin aineistossani nuoren kollegan kertomuksena en voi karkottaa sitä kokonaan menneisyyteen. Se on yhä mahdollista kertoa. Silti ajattelen, että se myyttinen professionaalinen sitoutuminen, josta aineistoni lääkärit pääsääntöisesti neuvottelevat omaa lääkäriyttään, ei ole karismallaan, persoonansa erityislaadulla ja isällisellä otteella potilaitaan elämäntapanaan hoitava vanhan ajan (kunnan)lääkäri (ks. Lehto 1991, 49), vaan kyse on enemmän uraa ja määrätietoisuutta korostavasta professionaalisuudesta. Rakentamalleni myyttiselle lääkärielle työ ei ole kerran valittu tai peritty elämäntapa, vaan ammattitaidon ja uran edistämisen ensisijaisuutta. Ensisijaisuus kuuluu myös kyseenalaistaa, jolloin yhtä aikaa elämäntarinaa avautuu tilaa muullekin ja toisaalta mahdollistuu rationaalinen sitoutuminen eli eri vaihtoehtoista valitseva lääkäri ja kertoja. Myytti moniäänistää uran merkityksen jo määritelmällisesti (ks. yhteenvedon luku 4; Barthes 1994): myytti menettää myyttiluonteensa, jos se kerrotaan identiteetiksi tai omaksi sitoutumisen tavaksi sellaisenaan. Otan jokusen esimerkin haastatteluista, joissa näkyy työlle omistautumisen dilemmaattisuus, sen samanaikainen arvokkuus ja kyseenalaisuus.

Pyysin elämäntarinan jälkeen *Askoa* kertomaan vielä erikseen lääkärin tarinan eli kääntämään näkökulmaa vähän ja kertomaan, miten hänestä on opiskelu- ja työvaiheiden jälkeen tullut juuri se lääkäri, joka hän nyt on. Asko sijoittaa ensin itsensä kolmen sukupolven ketjuun koulutuksellisessa nousussa. Hänen isovanhempansa olivat maanviljelijöitä, hänen vanhemmillaan on opistoasteen koulutus, ja hän itse astui tunte mattomaan maailmaan aloittaessaan opintonsa lääketieteellisessä. Tätä oman silloisen ymmärtämättömyytensä taustaa vasten hän esittää ”karrikoidun esityksen” kasvustaan lääkäriksi: ”kaks ensimmäistä vuotta mä luin ihan helkutisti, sitten mä en lukenut neljänä vuonna enää mitään”. ”Lääkisaika kasvatti” siihen, ettei kaikkea tarvitse osata eikä liikaa yrittää. Tenttikirjojen ”tahkoamisen” sijaan Asko alkoi tehdä tutkimusta toisen opiskeluvuoden keväällä ja käytti siihen paljon aikaa.

Asko kasvaa ymmärtämään, että kaikki tai ei mitään -periaatteen sijaan hän voi itse valita, mikä häntä kiinnostaa, ja keskittyä sitten siihen. Haastattelun aikoihin, parisen vuotta Askon lääkäriksi valmistumisen jälkeen, hänen väitöskirjansa oli loppusuoralla. Valmistuttuaan hän on väitöskirjan tekemisen ohessa tehnyt päivätyötä lääkärinä ja päivystänyt lisäksi iltoja ja viikonloppuja aluesairaalassa ja terveyskeskuksessa.

Mää joskus sitä laskin että päivystin varmaan viiskytä kertaa (...) sen kymmenen kuukauden aikana, ja sitten terveyskeskuksista ni sieltä tietysti kun tuli sielä tutuks ni sieltä sitte tuli tommosia keikkahommia lisäksi, että mä tein kyllä ihan hullun lailla ennen sitä armeijaa nin töitä. Emmää tie sitte, kai oli

vähän into päällä, ja kyllähän sie joskus oli semmonen vitsiki sielä aluesairaalassa, että se on jaettu se päivystyslista mun ja kaikkien muiden välillä.

Kysyn, miten Askon aika riittää, ja hän hymähtää, ettei se oikein tahdo riittääkään. Hän olikin vähentänyt päivystyksiä, koska ”ne yöt on niin tappavia, et sä valvot koko yön ni se ei oo sen rahan väärtti että sä oot kaks päivää ihan naatti ja oot silmät ristissä koitat tehdä jotain tutkimuspaperia nin eihän siitä tuu mitään”.

Voin tuntea silmäluomieni painon ja uneen karkaavat ajatukset kuunnellessani Askoa. Kerrotun minän narratiivisesta näkökulmasta tutkijan kysymykseni koskee silti enemmän sitä, millaisen lääkärin Asko kertomuksellaan rakentaa oman itsensä kuvaksi ja minulle esiteltäväksi. Hänen esittämänsä sosiaalisesti kelpoon, ammattikulttuurisesti arvokkaaseen lääkäriin (ks. Linde 1993) kuuluu halu sitoa aikansa ja ruumiinsa lääketieteeseen, mutta ei sittenkään kaikki tai ei mitään -periaatteella, vaan myös omia ehtoja asettaen. Lisäksi sitoutumiseen kuuluu ottaa etäisyyttä, minkä Asko tekee kertoessaan lämpimän ironisella sävyllään, samalla, jota kaipasin mainitsemani naislääkäriin kerronnan. Lämpimällä omaelämäkerrallisella ironialla Asko etäännyttää itseään hieman tarinansa päähenkilön tavasta tehdä töitä ”hullun lailla”. Ironiassa on muutoksen mahdollisuus (Gherardi 1995, 145–147), ironia kutsuu arvioimaan uudelleen sitä, mikä ironisesti kerrotaan, tässä tapauksessa yletöntä työmäärää. Artikkelissani *Set-back of a doctor's career* luen Lassi-lääkäriin myös itseironian avulla irtisanoutuvan menneestä minästä, joka sivulleen vilkuilematta tähtäsi kirurgin uralle ja väitöskirjaan. Lassi kertoo lääkäriminän, joka etäännytty Askoa kauemmas lääketieteelle antautumisen vaatimuksesta ja joka päinvastoin haluaa tehdä omat ratkaisunsa myös perheen tarpeet huomioon ottaen.

Myös *Erkin* suhde työmääräänsä on ristiriitainen. Erkki hahmottelee elämäntarinansa sisällysluettelon paperille haastattelun alkajaisiksi, ja yksi alaluvuista saa otsikokseen ”Lisää vapaa-aikaa”. Otsikon voisi laajentaa koko kertomuksen otsikoksi, sillä Erkki puhuu paljon siitä, miten työ vie liian paljon aikaa. Hän on erikoistumisvirassa, ja käytännössä apulaislääkäriin työn hoitaminen edellyttää jatkuvasti palkatonta ylityötä; päivät venyvät illasta tunneilla, ja välillä on mentävä aamulla ennen työpäivän alkua latomaan röntgenkuvia taululle röntgenmeetingiä varten. Ylityötä ei ole mahdollista ottaa vapaina takaisin (ei ollut ainakaan vielä haastattelun aikaan, ennen työaikalain soveltamista lääkäreihin), eikä siitä myöskään makseta korvausta. Työn päälle tulevat vielä päivystykset. Erkki päivystää kotona, mutta viikonlopun aikana ”sie saa juosta kerran kahteen tuntiin”, eli lepo jää vähiin. Haastattelua edeltävänä iltana Erkki oli päivystänyt, hän oli tullut kotiin kahdeltatoista yöllä, ja aamulla oli oltava seitsemältä klinikalla ”jossakin ihmeellisessä seminaarissa”. Ja kaiken päälle painostus tieteellisen tutkimuksen tekemiseen.

Jo ensimmäisiä haastatteluita tehdessäni loppuvuonna 1996 käytiin keskustelua työaikalaiasta, joka tuli koskemaan lääkäreitä vuonna 1997. Erkki kommentoi kertomuksellaan keskustelua työaikalaiasta ja lääkäreiden mahdollisesta siirtymisestä vuorotyöhön; hän toivottaa lain tervetulleeksi. Hänellä on yksityisvastaanotto, jota hän piti kahtena iltana viikossa ennen työaikalakiakin ja jolla hän voisi korvata laista seuraavan palkanalenemisen. Vapaa-aikaa laki tuskin hänelle lisäisi, mutta työ olisi päivystystyötä mielekkäämpää ja työaikojen suhteen hallitumpaa ja itsenäisempää. Useimmat haastateltavistani pitivät lakia tervetulleena, kun asiaa heiltä kysyin. Käytännössä laki lienee vaikuttanut työtuntimäärään. Lääkäriliiton apulaisneuvottelupäällikkö Mikko Kankaan mukaan jotkin sairaalat ja klinikat ovat perinteisesti edellyttäneet palkatonta ylityötä, mutta valitukset näistä klinikoista ovat vähentyneet tai jopa loppuneet työaikalain voimaantulon jälkeen (Kangas, henkilökohtainen tiedonanto 28.11.2003). Lainsäädännöllä on mahdollista haastaa myytti, mutta tuskin kumota sitä kokonaan. Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen kysymys on, miten (nuoret) lääkärit nyt suhteuttavat omaa professionaalisuuttaan kaikki tai ei mitään -sitoutumisperiaatteeseen.

Erkinkin äänessä on hitu lämmintä ironiaa, mutta hän kritisoi työmäärää myös suoraan samalla, kun kertoo omaa kelpoisuuttaan ja pätevyyttään sen kautta. Tarinassa ei ole kuitenkaan kyse 'vain' sanoista, vaan tarinat kiinnittyvät maailmaan ja elämään. Institutionaalista näkökulmasta nuoreen lääkäriin kohdistuva paine tehdä töitä enemmän kuin työpäivään mahtuu, päivystää päälle ja vielä kirjoittaa väitöskirjaa, on sukupuolen suhteen epätasa-arvoistavaa. Epätasa-arvo ei koske kaikkia samalla tavoin, mutta perheellistä naislääkäriä ja pienten lasten äitiä minun on vaikeampi kuvitella Erkin asemaan, jossa vuorokauteen mahtuu niin venyvä virkatyö, yksityisvastaanotto kuin päivystysvelvollisuus. En haluaisi kuvitella siihen pienten lasten isääkään (Erkillä ei ollut lapsia haastattelun aikaan), mutta niin kauan kuin yksilönkehityksen teoriat eli mallitarinat ensisijaistavat äidin pienen lapsen hoitajana, äiti kantaa syyllisyyden (Vuori 2001).

*Minnan* kertomus on esimerkki siitä, miten lääketieteelle antautumisen halu ja vaatimus moniäänistää identiteetin, mutta ei niinkään synnytä työmäärälle kriittistä, kertomuksen päähenkilöä lämpimästi ironisoivaa kertojaa. Jos *Minnan* tarina pitäisi tiivistää yhden juonen ympärille, se olisi perheeseen ja työhön sitoutuneiden minien rinnakkaiselo, ei niinkään niiden kohtaaminen tai törmääminen. Minnalla on pieni lapsi, ja hän sanoo asettaneensa asiat sellaiseen järjestykseen, että perhe tulee ensin ja muut asiat, myös työ, vasta sitten. Hän teki myös loppuvaiheissa olevaa väitöskirjaa haastattelun aikaan, mutta oli väiteltyään päättänyt keskittyä kliiniseen työhön. Tulevan erikoisalansa hän oli valinnut kiinnostuksen perusteella, mutta perusteli valintaa myös päivystysvelvollisuuden puuttumisella ja siten mahdollisuudella olla ”joskus kotona-

kin”. Tutkimustyössä Minnalla oli vapaat työajat, ja hän teki toisinaan töitä viikonloppuna ja oli yhden arkipäivän lapsen kanssa kotona.

Ennen lasta Minna teki töitä paljon, vapaita viikonloppuja ei juuri ollut, ja äitiyslomallakin hän luki ja kirjoitti vauvan päiväunien aikaan, iltaisin ja viikonloppuisin. Hän ei pidä mahdottomana ajatusta, että olisi jonkin aikaa lapsen kanssa kotona hoitovapaalla tilanteessa, jossa työ vaatisi esimerkiksi päivystämään viikonloppuja, ”mut nyt mä en aio sitä tehdä koska mun pitää saada nää tutkimushommat myös päätökseen”. Minna pitää työstään, mutta sitoutuminen siihen ei ole vain hänen vapaa valintansa: sitä myös tutkimusryhmässä häneltä odotetaan. Hän ei pitänyt koko äitiyslomaa (vanhempainlomaa), ja aikaisen työhönpaluun ratkaisun kertominen tarinassa avaa sen moniäänisyydelle. Linaan pätkän purkamaani haastattelua näyttääkseni, mitä tarkoitan monilla äänillä ja äänten vuorottelulla:

1. sillon ku mä sit olin päättäny et mä rupeen lasta hankkim-
2. =aikanani aattelin et kyllä tää täs joskus edistyy että saadaan projektit pois niin
3. sit kuitenkin päätti sitä lasta hankkia ja muuta niin
4. sit niinku kuitenkin mäki
5. mä tein kyllä kotona
6. mä oon tehny kotona paljon töitä
7. että et tota mähä tein sillai et ku Teemu nukku viiden tunnin päiväunia ni mä pystyin kirjoittelee hirveesti,
8. mä tein tarvittaessa iltoja
9. mun mies tuli kotiin taas töistä ja viikonloppuja ja muita sillai,
10. mut sit tuntuu niinku nyt et et myi hirveesti sitä aikaa
11. mut tuli itelle semmonen jotenki paniikki sillon ku sit kuitenkin päätti ilmoittaa sen et (naurahdus) nyt olen raskaana ja jään (naurahdus) pois niin se tuli että
12. mutta emmä sitte koko äitiyslomaa kuitenkaa pidä,
13. et tuli sellanen niinku et jotenki halus kuitenkin ---
14. emmä tie kai siitä tuli sit vaan niinku luvattua (hymähdys) että tulen takaisin
15. eikä siit varmaan ois tullu sit mitään vaikei olis tullukkaan
16. mut sit kuitenkin oli jo tullu ja

Minnan kerrontaa voi tässä kuunnella kahden äänen neuvotteluna. Äänistä toinen on se, jolle etusijalla on perhe, toinen taas painottaa sitoutumista työhön. Perheäni aloittaa tämän episodin päätöksellä lapsen hankkimisesta. Työäni huomauttaa heti seuraavalla rivillä, että tarkoitus oli alun perin saada tutkimusprojekti ensin pois alta, mutta, perheäänellä, ”sit kuitenkin päätti sitä lasta hankkia” (rivi 3). Työäni vaatii puheenvuoron heti perään ja vakuuttaa, että Minna oli tehnyt paljon töitä (projektin venyvyys ei siis ollut hänen laiskuudestaan johtuvaa) ja jatkoi ahkeruimistaan lapsen synnyttyäkin (rivit 4–9). Minna toistaa tässä työöänellään moneen kertaan saman vakuutuksen siitä, että hän teki koko ajan myös töitä, ja tämän toiston tulkitsen kertovan

vahvasta kerrontaa ohjaavasta työhön sitoutumisen odotuksesta (odotusanalyysia sovellan lukemisen tapanani artikkeleissa *Set-back of a doctor's career* ja *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*; ks. Hyvärinen 1994; 1998a; Komulainen 1998).

Rivillä 10 perheääni kääntää taas kerronnan näkökulman omakseen; Minnasta tuntuu nyt, haastattelun hetkellä, että hän myi ”hirveästi” aikaa työlle. ”Hirveä” on arvioiva termi ja kerrontaa ohjaavan odotuksen ilmaisun sekin; perheään arvioon mukaan työ vei liikaa aikaa verrattuna siihen, mikä olisi ollut toivottavaa. ”Mutta” kääntää näkökulman ja vaihtaa ääntä jälleen rivillä 11, jossa työöni perustelee työnteon määrää. Rivillä 13 työöni edelleen selittää (selittelee) äitiysloman lyhyttä, mutta ei onnistu vakuuttamaan perheääntä. Rivillä 14 perheääni ironisoi ja arvioi hymähdyksellä epäilyttäväksi työönen perustelun, joka tässä ulkoistuu Minnan omasta tahdosta ja velvollisuudentunnosta tutkimusryhmälle annetuksi lupaukseksi. Nyt kertoessaan Minna arvioi (perheäänellä), ettei lupauksen rikkomisesta olisi ollut seuraamuksia, mutta hän oli ratkaisunsa jo tehnyt (rivi 16).

Minnan kertoma lääkäri elää perheeseen ja työhön sitoutumisen dilemmaa. Kumpikin sitoumus vetäisi hänet kokonaan, mutta hän haluaa jakaa, ja kertomuksensa perusteella onnistuukin siinä. Hän ei vaienna kumpaakaan äänistään, molemmat saavat esittää vaatimuksiaan ja toiveitaan, ja elämän palapeli (Salmi 1996) on sitten vain koottava uskollisena kummallekin.

Lääkärimyytin maskuliinisuuden kannalta olennaista on kuitenkin se, että sekä kliininen työ päivystyksineen että Minnan tutkimustyö painaa sitoutumaan jos ei nyt aivan kaikki tai ei mitään -periaatteella niin joka tapauksessa enemmän kuin pienen lapsen vanhempi voi, muuten projektit eivät etene tai kliinisessä työssä ammatitaito kartu; hän kertoo, ettei tutkimusryhmässä ”kukaan ehdi mitään äitiyslomiaan pitää”. Myytti on syntynyt silloin, kun lääkärin yksityiselämästä huolehti kotona vaimo. Vaikka käytännön työn järjestelyt ja työaikalaki nyt mahdollistavat usei(mmite?)n yksityiselämän ja työn yhdistämisen, kuva työhön itsensä upottavasta lääkäristä on yhä arvokkaan ja arvostetun lääkärin kuva, johon nuoretkin lääkärit itseään sovittavat tai josta kieltäytyvät. Lääkäriäidille sovittelun hintana on syyllisyys ehkä joka tapauksessa, Minnan sanoin ”aina sitä kai itelleen hakee joitan pientä huonoo omaatuntoo” siinä, missä ei tunne riittävänsä, aikansa riittävän, sekä lapselle että työlle.

Ehdotusta lääketieteen opiskelijoiden mieskiintiöistä Helsingin tiedekunnassa perusteltiin 1980-luvun puolivälissä sillä, ettei naisten koulutusta voinut täysin hyödyntää pitkien perhevapaiden vuoksi (HS 1986). Lääkärikunnan naisistumisen pelättiin johtavan erikoislääkäripulaan ja toisaalta tutkimustyön näivettymiseen naisten hidastellessa uraputkessa. Helsingin Sanomien mukaan muun muassa medisiinariliitto vastusti jyrkästi kiintiöitä. Medisiinariliiton puheenjohtaja esitti, että naisten karsiutuminen kirurgin uralta johtui enemmän ammattikunnan sisäisistä asenteista ja alan perinteisestä



miehisyydestä kuin naisten haluttomuudesta sitoutua raskaaseen ja aikaavievään työhön. Edelleen hän perusteli kielteistä kantaa kiintiöihin sillä, että vain harva naislääkäri pitää äitiyslomansa täysimääräisenä eikä yhden tai kahden lapsen synnyttäminen vie aikaa työelämältä paljoakaan enempää kuin miehen vasta valmistuttuaan suorittama varusmiespalvelu. Ihanteeksi neuvoteltiin nytkin ensisijainen ja kertakaikkinen sitoutuminen kliiniseen ja tieteelliseen uraan ja tavalla, joka teki muista sitoumuksista naisisen ongelman.

Luin peräkkäin Anna-Liisa Sjögrenin (1991) muistelmat ja toisen lääkärin omaelämäkerrallisen kirjan, Juhani Seppäsen *Ensimmäinen sana on isä* (Seppänen 2000), ja nämä kaksi asettuivat siksikin ajatuksissani dialogiin. Seppänen suhtautuu pikemminkin epäilevästi koko töissä viihtymisen tavoitteeseen – ”ehkä jälkiteollisessa yhteiskunnassa ihmisen olisi parasta vieraantua työstään ettei vieraantuisi itsestään ja perheestään” (mts. 147). Hänen kertomassaan lääkäriys on jonkinlainen miellyttävä sivumaku, ja kirjan varsinaisena aiheena on isyys, jolle suhde työhön elämän välttämättömyytenä jättää paljon aikaa ja tilaa; työ ei vie kaikkea. Ihailen tapaa, jolla Seppänen luo miehyyttä isyydestä, mutta samalla hänen kertomuksensa tuntuu tahtomattani vaaralliselta. Kyse on uskoakseni siitä, minkä hän itse muotoilee näin:

Objektiivisesti tarkastellen minut saattoi nähdä työurallaan turhautuneeksi mitättömäksi mieheksi, joka kääntyi kompensatorisesti isyyden tehtävien puoleen omaa egoaan pönkittääkseen. Johtopäätösten vedon jätän muiden huoleksi, mutta jos näin on ollut, eikö ole onnellista että vaihtoehto on ollut tarjolla? (Seppänen 2000, 143).

Työhön sitoutumisessaan ehdoton lääkärimyytti ikään kuin kuuluu kyseenalaistaa, mutta vain osittain: liika luopuminen on ammattikulttuurisesti arveluttavaa. Sjögrenin kuvaaman ja Eijan haastattelussaan ihanteeksi ottaman elämäntapalääkärin ja Juhani Seppäsen isyydestään kirjoittavan kollegan tarkastelu rinnakkain tekee minut joka tapauksessa kriittiseksi omia vierauden ja vaaran tunteitani kohtaan. Ehkä tunteet voisi koettaa korvata erojen vaalimisella (ks. 6.1 eron etiikasta), toisin sanoen käsityksellä, jonka mukaan lääkäriyksiä on erilaisia ja yhteismitattomia, samoin kuin tapoja, joilla työhön sitoudutaan.

### 5.3.2 *Perheen ja työn sitoumukset*

Perhe tai lapset ei ole haastatteluissani ainoa asia, jolle lääkärit haluavat ajan riittävän työn ohella. Lääkäri 98 -tutkimuksessa mahdollisuus harrastuksiin ja itsensä toteuttamiseen oli tullut tärkeämmäksi lääkäreiden arvomaailmassa verrattuna viisi vuotta aiemmin tehtyyn kyselyyn (Hyppölä 2000, 64). Haastattelemistani lääkäreistä yksi

lääkäri oli suuntautunut myös taiteelliselle uralle (ja samalla hyvin vahvasti sitoutunut lääketieteeseen), ja esimerkiksi kyseenalaistamatonta uralle sitoutumisen ajatusta vastustava Lassi (*Setback*-artikkeli) oli haastattelun aikaan lapseton. Perhe on kuitenkin haastatteluaineistossani yleisimmin esiintyvä työn ulkopuolinen sitoumus (haastattelimistani miehistä seitsemällä ja naisista viidellä oli lapsi(a) haastattelun aikaan), joten painotan pohdintani siihen. Perhe on myös kulttuurin keskeinen sukupuolen neuvottelun paikka (Oliver 1997).

Artikkelissa *Work and Family as Constituents of SOC* lueimme kirjoittajakumppanieni kanssa uran ja perheen yhdistelmiä avovastausaineistosta. Tulkitsemme, että äitiydestä käsin on mahdollista rakentaa maailma, johon perhe ja lapset tuovat merkityksen riippumatta siitä, edistyykö lääkärin ura vai ei. Käytännössä perheen asettaminen etusijalle voi olla yhtä vaikeaa kuin Minnan kertomuksessa edellä, mutta joka tapauksessa työn ja äitiyden yhtäaikaisuus tuottaa sitoutumisen muotoja, jotka eivät noudata kaikki tai ei mitään -periaatetta uran suhteen eivätkä kavahda katkoisuutta. Artikkelissa analysoimistamme neljästätoista miesvastaajasta vain yksi mainitsi perheen vastauksessaan, ja hänelle perhe-elämän ja työn yhdistämisen kuluttavuus tarkoitti mahdollisuutta opiskella tarpeeksi, jotta tietoa karttuisi riittävästi ja työ olisi nautittavaa. Hän ei niinkään kyseenalaista myyttistä sitoutumista, vaan toteaa sen mahdolliseksi saavuttaa. Kulttuurimme myytit ja yksilönkehityksen teoriat vetävät miestä maskuliniiseen. Toisin sanoen miehen on ehkä vaikeampi rakentaa isyydestään uskottavaa haastetta lääkärimyytin kaikki-periaatteelle, vaikka Tamperelaisen esittelemä Jukka-lääkäri (5.2. yllä) ja Juhani Seppänen (2000) niin tekevätkin. Elämäntarina voi kuitenkin antaa isyydelle enemmän tilaa kuin uran näkökulma: haastatteluaineistoni seitsemästä isästä neljä antaa isyytensä tulla osaksi lääkäriyttään tavalla, joka tuottaa ammattiin sitoutumisen *paljon*-periaatteen – ei siis kaikkea kuitenkaan.

Tarinan rakentamisessa tämä tarkoittaa etenkin kolmen haastattelemani mieskertojan (Yrjön, Aaron ja Terhon) kohdalla sitäkin, että ihmissuhteet, perhe ja isyys kulkevat koko ajan rinnakkain ja lomittain uran kertomuksen kanssa; ura ei määrää elämäntarinaa. Tästä ei voi suoraan päätellä paljonkaan siitä, ovatko juuri nämä kertojat niitä, jotka eleyssä elämässään myös toteuttavat perheen ja työn rinnakkaisuutta, vaan päättely kulkee toiseen suuntaan: koska he voivat kertoa elämän, jossa lääkäriys ja isyys sopeutuvat toisiinsa, he voinevat elämässäänkin perustella sopeuttavia ratkaisujaan. Toisaalta nämä kolme ovat tulleet isiksi jo opiskeluaikanaan, eli heidän lääkäriytensä on kasvanut osaksi lapsiperheen arkea lähes alustaan asti. Esimerkiksi *Yrjö*, joka tuli isäksi ensimmäisen kerran jo ennen lääkäriopintojaan, kertoo näin:

Vanhimman tyttären syntyminen se oli tietysti isoimpia käännekohtia tässä elämässä (...) Mä rupesin tekeen sillain esimeks työvuorot että mä valvoin aika paljon, mul oli pitkiä vapaita ja pystyin järjestään sillain et mä olin ton tyttären kans sitte kotona aika paljon, että (tyttären) ei tarvinnu olla paljon tarhassa (...)

Vaimo opiskeli tossa välillä, (...) sillonki painottu se et mä hoidin kun hän opiskeli niin tytärtä.

Sama lomittaisuus jatkuu opiskeluaikana, jolloin Yrjö luki tenttiin kantaen ja taputellen samalla olkapäällään koliikkia itkevää keskimmäistään, ja se jatkuu kertomuksen nykyhetkessä, jolloin Yrjö työskenteli terveyskeskuslääkärinä.

Mä teen siihen viiteentoista kolmeenkymmeneen, siihen saakka mä teen niin paljon kun vaan tarvii tehdä ja ei siinä mitään, ilman rutinoita, mut jos viistoista kolkytä mulle tullaan sanoon (nauradus) että nyt tää vie pitäs kattoo ni siinä vaiheessa mä sanon että kiitos ja näkemiin. (...) se on ihan käytännöstäki tietysti, meil on toi nuorimmainen tarhassa niin et sen saa haettua.

Muutamit muut haastateltavistani esittivät näkemyksen lääkärin akateemisen koulutuksen ja tulossa olleen työaikalain mahdollisesti tarkoittaman vuorotyön ajatuksellisesta yhteensovittamattomuudesta. Yrjölle vuorotyön mahdollisuudessa ei ollut kyse profession arvosta ja arvostuksesta, vaan mahdollisuudesta saada lisää liikkumavaraa perheen ja työn yhteensovittamiseen ja lisää aikaa olla ”kotona likkojen kans”. Samalla hän tulee haastaneeksi edellä rakentamani myyttisen, maskuliinisen lääkärin, joka ei tunnusta muita arvoja ohi professionaalien erityisen arvokkuuden säilyttämisen. Yrjö kertoo myytin tilalle lääkärin, jonka arvo on kyvyssä jakaa sitoumustaan toisten tarpeiden ja tilanteiden mukaan. Hänenkään lääkärinsä ei silti ole yksiääninen, vaan työn asettamat odotukset vetävät kertomusta ja laimentavat hetkittäin ”pyrkimykseksi” työajan rajoittamisen ehdottomuuden:

Työasioista ja muista niin oon jättäny niitä vähemmälle, päivystyksiä ja muita, etten mä tee niitä enää niinkään paljoo, pyrkiny ainaki siihen.

Tulkintani mukaan kyse on yhtä aikaa institutionaalisesta paineesta päivystää, omasta motivaatiosta tehdä työtä enemmänkin kuin muut sitoumukset helposti antavat myöten ja kertomisen tilanteeseen liittyvästä herkkyydestä, jolla Yrjö osoittaa tuntevansa nuoren lääkärin ristiriidan sitoumustensa keskellä – eläähän hän tuota ristiriitaa itse *pyrkiessään* välttämään ylityöt ja liiat päivystykset.

*Aarolla* sitoumus perheeseen on myös keskeinen kertomuksen teema, mutta sen pariaksi asettuu oma aika, oman itsen kehittäminen, ei pelkästään työ ja ura kapeasti ymmärrettyinä. Lasten läsnäoloa kertomuksessa olisi kai vaikea välttääkään, kun kertominen tapahtui Aaron kotona lastenhuoneessa, jonka oven taakse lapset oli haastattelun ajaksi siirretty jatkamaan leikkejään. Aaron ensimmäinen lapsi syntyi opiskelun alkuaikoina, ja nyt jälkikäteen Aaro kohtelee lämpimällä ironialla silloista, ”hirveen nuorta” minäänsä, joka tarvitsi vielä aikansa kasvaakseen vastuuseensa. Tämä tapahtuu kertomuksessa vasta opiskelun loppuvaiheessa:

Sit kun mä tajusin sen oman vastuun ja oman asemani tässä systeemissä nii sen jälkeen tää tämmönen suoriutumismotiivi on ollu hirveen voimakas. Mä päätin et mää en missään tapauksessa viivästyä opiskelujani, et mun täytyy valmistuu heti, koska taloudellisesti ja muutenki sit se vastuu korostu.

Vastuulla on muitakin merkityksiä kuin taloudellinen. Jo opiskeluaikana Aaro oli elänyt hetken aikaa kahdestaan esikoisen kanssa ennen kuin vaimo sai siirron opiskelemaan samalle paikkakunnalle, ja valmistumisen jälkeen huonossakin työllisyys-tilanteessa vaimon opiskelupaikka satoi Aaronkin hakemaan töitä vain kotipaikkakunnalta. Aaro ei tarinassaan juuri käy ajastaan neuvottelua työn ja perheen välillä, vaan pohtii sitä, miten aika ei riitä mihinkään muuhun: ”ehkä se kuuluu tähän vaiheeseen, ettei ne nyt ne lapset niin kauheen kauaa pieniä oo”. Aaro kertoo olevansa kiinnostunut asioista ja asioiden taustoista myös oman alansa ulkopuolelta, hän on suorittanut jonkin verran opintoja yhteiskuntatieteissä ja haluaisi jatkaa, hän nauttii ylipäättään lukemisesta. Ristiriidan paikka on siinä, missä häntä ”ärsyttää ja pelottaa se, että mä yhä enemmän luen sanomalehden niin että mä luen ainoastaan otsikot”. Toisaalta omat lapset ovat tuoneet kokemusta ja herkkyyttä, jonka Aaro sanoo olevan ”suurenmoinen apu” hänen työskennellessään raskaana olevien naisten kanssa. Hän nauttii työstään ja haluaa olla hyvä herkällä alallaan, ja samalla hän tietää omaksi vahvuudekseen sensitiivisyytensä, kykynsä aistia ääneen lausumatonta, ”haistaa”, mitä potilas haluaa. Isyys sekä repii että rakentaa Aaron omakseen kokemaa minuutta, myös hänen lääkäri-minäänsä.

*Kalevin*, kuten useimpien muidenkin haastateltavieni, kertomus tavoittelee tapahtumien elettyä järjestystä, vaikka kerrottua arvioivat paluut (Tannen 1993; Hyvärinen 1994; ks. *Setback*-artikkeli), poikkeamat kronologiasta, väistämättä elävöittävät suoraviivaista kulkua. Opiskeluajastaan hän kertoo vetäen yhteen, tehden kokonaisarviota. Todettuaan käyttäneensä opiskeluun ”ne lasketut kuusi vuotta” hän palaa ”merkittäviin tilanteisiin”. Niihin sisältyy syventävien opintojakso, josta monien mutkien kautta lopulta tuli hänen yhä jatkuvan tutkimustyönsä alku, osittain johtuen äkkiä alkaneesta lamasta ja vaikeudesta saada kesäksi muuta, kliinistä työtä. Näihin vaiheisiin astuu kertomuksen näyttämölle myös silloinen tyttöystävä, nykyinen vaimo, jonka tapaaminen lukeutuu Kalevin opiskeluvuosistaan poimimiin merkittäviin tapahtumiin.

Tapaaminen sijoittuu opiskelun ensi vuosiin, ja ”tarina tyttöystävästä” ikään kuin avaa elämäkertomuksen uudelleen. Kalevi käy vielä läpi opiskeluvuodet ja jatkaa yli valmistumisen kerronnan nykyhetkeen ja kohti tulevaa kietoen nyt yhteen työnsä, perheen ja lapset sekä vaimon kanssa yhteiset visiot, kun aiemmin kertomuksessa näkökulma oli hänen yksin. Kalevi valmistui samoihin aikoihin kuin perheeseen saatiin esikoinen, ja tämä muutosten aika toi mukanaan ajankäytön muutoksen:

Mä sain assistentin hommia silloin, joka oli erikoistumisvirka, elikkä tavallaan alotin erikoistumaan siitä suoraan .. ja lapsi alko kasvaa ja viedä yhä enemmän

ja enemmän aikaa, jollon tavallaan tää painopiste siirty töistä paljolti sinne kotiin.

Tässä lainauksessa kuuluu se keveys, jolla Kalevi kertoessaan ylittää julkisen ja yksityisen, lääkärin uran ja isyyden rajan; 'ja' rinnastaa ne, vain pieni tauko edellä osoittaa siirtymän sfääristä toiseen. Kalevi jatkaa lainausta siihen, miten sekä hän että hänen vaimonsa olivat tottuneet tekemään paljon töitä ennen lapsia – Kalevi siis tutkimustyötään opiskelun ohessa: ”Siihen mennessä mä olin tehny paljolti semmosta kahentoist-neljäntoista tunnin työpäivää niin opiskeluaikana kun sitte kesätöinä .. ja niin vaimokin.” Nyt elämä on asettunut uomiin, joissa ”satsaa enemmän siihen kotielämään” ja joissa työpäivän pituus on yhdeksän tuntia ja lisäksi pari-kolme päivystystä kuussa. Kalevi kokee työnsä haastavana ja mielekkäänä, ja hän on sitoutunut siihen, mutta vain sopivassa määrin. Kaleville tämä on tasapainon tila; hänkin mainitsee jonkin harrastuksen jääneen lasten myötä, mutta se ei saa samanlaista luopumisen merkitystä kuin Aaron tarinassa. Kertomus ei vedä sen paremmin työn kuin kodinkaan suuntaan, niiden välillä ei ole ristiriitaa.

Silti se 12–14-tuntisen työpäivän lähtökohta, johon nähden Kalevi satsaa vähemmän työhön ja enemmän kotiin, on aika lähellä myyttisen lääkärin täydellistä sitoutumista. *Work and Family as Constituents of SOC* –artikkelin avovastauksissa, joissa tulkitsimme naislääkärien raivaavan äitiydestä tilaa täydellisen uraan sitoutumisen odotuksen kyseenalaistamiselle, voi lukea naisten ”kotielämään satsaamisen” tarkoittavan kotiäitiyttä tai ainakin uran luomisen tilapäistä toissijaisuutta. Kaleville taas perheeseen asetettu painopiste tarkoittaa työpäivän lyhentämistä vain yhdeksään tuntiin. Käytännössä perheen asettaminen arvona työn ja uran edelle tarkoittaa siis erilaisia ratkaisuja ja ideaalituloja. Sukupuoli on mukana tilojen neuvottelussa, mutta ei yksioikoisesti. Kalevia kuunnellessani olen taipuvainen ajattelemaan, että hänelle yhdeksän tunnin työpäivä on keskittymistä perheeseen, koska miehen paikka lähtökohtaisesti on yhteiskunnan julkisessa puoliskossa, työssä perheen elättäjänä, luomassa uraa. Vastaavasti tulkitsin Minnan työn ja perheen ristiriitaa kulttuurimme kehityspsykologisia itsestäänselvyyksiä vasten – ne kirjoittavat nimenomaan äidille lapsen varhaisen vastuun ja samalla syyllisyyden ja viittaavat äidin kuuluvan kotiin.

Uran ja perheen sitoumukset lienevät paitsi sukupuoli- myös sukupolvikysymys. Siitä voi lukea vihjeen Nuori lääkäri -lehden artikkelissa, jossa selostetaan PWG:n (Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors) kevätkokousta vuonna 1993 (Ailus 1993). Kokouksessa oli käsitelty EY:n valmisteilla ollutta työaika-direktiiviä. Euroopan lääkärijärjestöjen yhteistyöelin (Comite Permanent, CP) oli hyväksynyt näkemyksen, jonka mukaan lääkäreiden työaikoja ei pitäisi säädellä direktiiveillä. Sen sijaan PWG:n kokouksessa nuorempi lääkärisukupolvi hämmästeli näke-

mystä ja piti puolestaan lääkäreillekin tärkeänä työaikasäädösten suojaa. Artikkelin kirjoittaja selittää näkemyseroa näin:

CP on perustellut esitystään mm koulutuksellisilla aspekteilla. Kokonaistyöajan pituus on vanha kiista senioreiden ja apulaislääkäreiden välillä. Seniorit kun ovat helposti sitä mieltä, että alle 80 viikkotunnin ei lääkärin työtä voi oppia, koska eivät ole sitä itsekään vähemmällä saaneet. PWG korostaa kannanotossaan, että erikoistumiskoulutuksen laatu ei välttämättä korreloi työpaikalla vietettyihin tunteihin, vaan saatuun opetukseen ja sen hyvään suunnitteluun ja toteutukseen (Ailus 1993, 16).

Näkemyseron julkituotuja perusteluja kuvataan tässä eriävinä käsityksinä lääkärin koulutuksen laadusta. Sukupuolen näkökulmasta samalla neuvotellaan lääkärinmyytin ehdottomuudesta. Jos lääkärikoulutuksen ajatellaan vaativan 80 tunnin viikkotyömäärää, lääkäriksi oppiva voi olla vain perheetön tai sellainen, jonka kodin ja lapset hoitaa joku muu. Tämän kirjoituksen perusteella sukupolvessa tapahtunut muutos suhteessa myyttiin on Euroopan laajuinen ilmiö. Nuori suomalainen lääkärisukupolvi, jonka kertomuksia olen tutkinut, on kasvanut 1960–1970-lukujen perintönä tasa-arvoajatteluun. Silloin, kun he viittaavat tasa-arvoon suoraan, kuten Laura yllä (kohdassa 5.1.3), tarkoituksena on usein häivyttää sukupuoli ja korostaa miesten ja naisen samanlaisuutta. Ajattelen tasa-arvon kuitenkin kuuluvan kerronnan taustalla usein silloinkin, kun sitä ei lausuta ääneen. Tasa-arvodiskurssi ja puhe uudesta isyydestä mahdollistavat sen, että mieslääkäri tarvitsee ja vaatii työltä enemmän aikaa perheelleen. Naiselle tasa-arvoideologian yleensä ajatellaan tarkoittavan miehen kanssa yhtäläistä mahdollisuutta kodin ulkopuoliseen työhön ja uraan (ks. Julkunen 1994), mutta samalla perheellinen nainen neuvottelee omaa identiteettiään suhteessa äidin kaiken vaativaan myyttiin ja perheideologiaan. Äitiys auttaa haastamaan lääkärin uran ehdottomuuden, mutta samalla se pakottaa enemmän kuin isyys miestä. Tasa-arvon merkitys identiteetin neuvottelussa on sukupuolille erilainen samalla, kun sen merkitys on erityinen jokaisessa miehen, naisen ja lääkärin tarinassa.

Kristina Eriksson (2003) tulkitsee tasa-arvon eroa vielä jyrkemmin. Hän haastateli lääkäreitä paitsi työssä myös pariskuntina kotona. Lääkäriyden ja sukupuolen neuvottelun areena siis muuttuu, vaikka ammatillisiin ja kotoisiin yhteyksiin kiinnittyvät merkitykset eivät olekaan erillisiä. Pariskunnan luodessa yhteisyyttään keskeistä neuvottelua käytiin perheen sisäisen työnjaon ympärillä, ja ajatus naisen (luonnollisesta) halusta ensisijaistaa lapset tarjoutui selitykseksi, joka vaikuttaa niin miehen kuin naisenkin ammatillisissakin yhteyksissä: lääkärit kuvasivat muun muassa 'superlääkärin' kirjoittamatonta normia, jonka mukaan leikkauksesta ei lähdetä kesken, vaikka "pikkukaveri istuisi päiväkodin rappusilla odottamassa" (Eriksson 2003, 271), eikä sairaan lapsen kanssa jäädä kotiin – "onhan lapsella äiti". Vaativan lääkärin työn ja perheen yhteensovittamisen liki mahdottomuus oli pari- ja perheneuvottelujen lähtökohta, ja

tasa-arvo, usein kotityönjaon ja lastenhoitovastuun tasajaon merkityksessä, oli ääneen lausuttu tavoite ja ideaalitila. Käytäntö sitten poikkeaa. Poikkeamien selityksiä analysoidessaan Eriksson päätyy tulkintaan, jonka mukaan lääkäriheteroparista mies neuvottelee tasa-arvon ja modernin isyyden avulla itselleen valinnan mahdollisuuden ja vapauden, jonka rajat asettaa vain työn vaativuus. Sen sijaan nainen kysyy tasa-arvoaan mieheltään ja omalta naiseudeltaan, jonka kulttuurinen olemus on olla (ei vapaa vaan) vastuussa sekä kodista ja lapsista että parisuhteen harmonian vaalimisesta (mts. 333).

Eriksson väittää, ettei tasa-arvo ristiriitaista miehen identiteettiä, vaan päinvastoin tarjoaa uuden areenan, perheen, toteuttaa miehistä autonomiaa. Oma tulkintani on lievempi. Ehkä tutkimuksessani elämäntarinan kahdenkeskinen kertominen haastattelijalle antaa enemmän tilaa koetella paitsi lääkäriyden myös sukupuolen totuttuja merkityksiä kuin Erikssonin haastattelutilanne, jossa pariskunnan saattaminen keskustelemaan kodin työnjaosta jo kutsuu esiin tasa-arvokeskustelun ja miehen ja naisen vastakkaiset näkökulmat (vrt. Lindgren 1999, 140). Yhteen kertojaan ja tarinan moniäänisyyteen keskittyen on helpompi painottaa miehen tasa-arvopuheen ja uuden isyyden ideologian tarjoamaa muutoksen mahdollisuutta sukupuolten perinteisissä suhteissa. Tutkija-lukijalla on myös vastuu siitä, kumpaa hän painottaa – kulttuurin totunnaiset käsitykset ja sukupuolten myytit vetävät myös hänen tulkintaansa. Tulkitsen kyllä, että äitimyytin ja lääkärimyytin vaatimukset täydellisestä sitoutumisesta kohtelevat äitiä vanhempana julmemmin kuin isää. Silti se, millainen ristiriita työstä ja sukupuolesta kussakin (naisen tai miehen) tarinassa tulee – vai tuleeko lainkaan – vaihtelee; Arthur Frankia (1993, 43) soveltaen voisi sanoa, että sukupuoli selittävänä tekijänä ei auta arvaamaan, miten kukin mies- tai naislääkäri vanhemmuutensa kertoo. Palaan vielä omaan aineistooni ja perheen merkityksiin parissa kertomuksessa, joissa ristiriita ei asetu perheen ja raskaan työn väliin, vaikka koskettaakin niitä molempia (Inari), tai joissa uratoiveiden ja isyyden välinen valinta on edellisiä ehdottomampi (Terho). Kaikkiaan haastatteluaineistoni viidestätoista naislääkäristä viidellä oli lapsi(a) haastattelun aikoihin. Heistä yksi oli äitiyslomalla, kaksi kliinisessä työssä ja kaksi päätoimenaan tutkimustyössä. Viimeksi mainituista Minna oli edellä esimerkkinä siitä, miten sekä työ että lapsi vetäisi äitiä enemmän kuin äidin aika antaa myöten; toisen tutkijaäidin kertomus muistuttaa Kalevia siinä, että ura ja perhe ovat rauhassa rinnakkain, tukien toisiaan, eivät ristiriidan paikkana. Myös kliinikkoäidillä työ ja perhe voivat kertoutua samaan tarinaan suuremmista ongelmista: *Caritan* työpäivä oli lopetettava silloin, kun lastenhoitajan päivä päättyy, mutta työ ei harannut vastaan. Rankan työpäivän unohtaa, kun ”tulee kotiin ja (lapsen) kans peuhaamaan”, vaikka joskus tarvitsisi myös aikaa rauhassa miettiä läpi päivän aikana tapahtuneet.

Samoin *Inari*, jonka työ oli henkisesti raskasta, odotti työpäivän vastapainoksi pääsyä kotiin lasten ja perheen luo. Jos lapsia ei olisi, silloin ”voimavarat tuis varmaan

muualta, harrastuksista ja ystävistä”, ja silloin voisi ammatilliseenkin puoleen panostaa enemmän.

Nyhdän se aika menee ihan siinä lihapullan laitossa suunnilleen, että kaikki käytettävissä oleva energian tän (työpäivän) jälkeen ku ajaa pimeellä kotiin niin menee sillain, että ei oikeen jaksu paljon muuta.

Inarin arkielämän palapeli on raskas, sillä hänen miehensä työrytmi sisälsi paljon ilt- ja viikonloppupoissaoloja, ja perhe oli myös muuttanut usein. Inari sanoo haaveilevansa puolipäivätyöstä ”tietysti senkin takia, että mä en oo mikään kauhee työmyyrä luonteeltani, kuten aikaisemmassa kertomuksessa on jo kuultu.” Haastattelin Inaria hänen työpaikallaan tällaisen pitkän ja vaiheikkaan työpäivän päälle, ja hetken tunnelma väritti kertomuksen, jonka juoneksi voi lukea jännitteen lääkärin työn vaatavuuden ja Inarin identiteetukseen rakentaman ”boheemisuuteen taipuvaisen” välillä. Hän puhui paljon jaksamisestaan, siitä, mikä jaksamista uhkasi, mistä hän sai voimia ja miten lepäsi.

Inarille toive puolipäivätyöstä on hänen kerrottua identiteettiään myötäilevä. Naisinen sukupuoli on osa häntä ja hänen tarinaansa, enkä ole kaikkia sukupuolen merkkejä kertomuksesta edes lukenut, mutta sukupuolen suhde äitiyden ja lääkärin uran dilemmaan on erilainen kuin esimerkiksi Minnalla tai Caritalla. Inari esittää lääkärin, joka etsii yhä omalta tuntuvaan työnkuvaa ja jolle lääketieteessä on paljon ei-kiinnostavia alueita. Elämän ajoittainen raskaus konkretisoituu työn ja perheen puristuksena, mutta ristiriita ei synny siitä, vaan työn ja elämän yhdistettyjen vaatimusten ja Inarin (kerrotun) minän omimman olemisen tavan – hänen stressittömyyteen pyrkivän mielensä ja ruumiinsa rytmin – välisestä epäsuhdasta.

*Terho* on viimeinen esimerkkini vanhemmuuden kertomuksista aineistossani ja samalla selkein esimerkki siitä, miten isyys voi tarkoittaa perheensisäisten neuvottelujen sijaan myös konkreettia luopumista. Terhon lapsi syntyi Terhon vielä opiskellessa, ja melko pian lapsen syntymän jälkeen avioliitto päättyi eroon. ”Mies on aina vähän heikompi näis jutuissa”, mikä tarkoittaa sitä, että isyytensä säilyttääkseen Terhon on mahdotonta kertoa tarinansa tulevaisuutta tietämättä ex-vaimon tulevaa työ- ja asuinpaikkaa. He jakavat lapsen huoltajuuden ja lapsen kanssa eletyn ajan suunnilleen puoliksi, mutta käytännössä välimatka ei saa olla liian pitkä. Ex-vaimo opiskeli vielä haastattelun aikaan, ja Terho eli samalla opiskelun välivaihetta myös, vaikka oli valmistunut jo lähes kolme vuotta sitten.

Täytyy nyt sit kattoo, mitä tapahtuu sen jälkeen, kun se valmistuu ja muuta. Sitten täytyy miettiä, että miten hommat järjestetään (...) se on sen ajan murhe.

Terho ei ollut päättänyt uransa suuntaa, mikä ainakin myötäili perhetilanteen keskeneräisyyttä, vaikkei välttämättä johtunut siitä. Hänen haastattelunaikainen työnsä



avasi tietä ulkomaillekin, ja ”periaatteessa semmostakin vois ajatella, (mutta) kun on se (lapsi) niin se nyt on vähän ongelmallista, en mä tiie, mitä tässä tulee.” Terho miettii myöhemmin mahdollisuutta ottaa lapsi mukaansa, mutta päätyy jälleen kaiken avoimuuteen: ”mutta ei se nyt ei emmä tiedä, ei se ehkä oo hyvä idea, no katotaan nyt, mitä tapahtuu”. Isäksi tuleminen on ollut Terhon elämässä ”hienoin asia”, ja lapsen syntymän aikaan hän opiskeli vielä ja pystyi järjestämään paljon aikaa olla kotona. Jos ura ja lapsi on asetettava vastakkain,

(Lapsi) on tärkein juttu elämässä ehdottomasti ja ... nii ja ura nyt ei oo kuitenkaan niin kauheen tärkeä, se ehkä jossain vaiheessa ois voinu ollakin, mutta ei enää.

Terho jatkaa tästä moniäänistään kerrontaansa: ”siis en mä nyt tarkota sitä, ettenkö mä haluais ihan hyvii hommia mutta” – lause jää kesken, minä kiiruhdan haastattelijana häivyttämään kipeän ristiriidan päättämällä ”nii joo mut ettei se oo tärkein asia”. Ei ehkä olekaan, mutta silti Terho joutuu lääkärinä haastateltavistani konkreettisimmin valitsemaan uran *tai* perheen ensisijaisuuden.

Lääkäri 98 -tutkimuksen mukaan perhe-elämä on lääkäreille tärkein arvo sukupuolesta riippumatta (Mattila ym. 2003). Se, miten lääkärit elävät tätä arvoaan todeksi, ei silti ole itsestään selvää eikä yhtenäistä. Ammattikulttuurissa ja myös kulttuurissa laajemmin elää yhä myyttinen lääkäri, jolle sitoutuminen lääkäriyteen on ehdotonta ja kokonaisvaltaista ja uran ihanne katkoton. Luin myyttiä esiin Aamulehden artikkelista, jossa kuvattiin sankarikirurgin yö, mutta saman myytin kanssa keskustelen lukiessani omia aineistojani, nuorten lääkäreiden kertomuksia, työttömyyttä käsitteleviä ammatti-lehtien tekstejä tai kyselytutkimuksessa kuvattuja uria. Kukin lääkäri suhteuttaa itseään tuohon myyttiin, ja vaikka suhde usein on kriittinen ja kyseenalaistava, on yhtä aikaa mahdollista esittää oman lääkäri-itsen arvo kertomalla valtaisasta työmäärästä. Kyse on kertomiseen liittyvästä näkökulman valinnasta, mutta samalla on kyse siitä käytännöstä ja terveydenhuollon todellisuudesta, jossa kertomukset ovat monin ligamentein kiinni. Esimerkiksi Minna ja Erkki, joiden haastatteluita käsittelin yllä, painottavat kumpikin haluaan sitoutua myös muualle kuin työhön, mutta käytännössä heidän tutkimusryhmänsä tai yliopistoklinikkansa ei tahdo tinkiä työntekijästään. Kyse voi olla aamuseitsemältä järjestetystä meetingistä tai leikinlaskusta lyhyillä äitiyslomilla: molemmat vetoavat myyttiin, jota ne samalla ylläpitävät. Lääkäri 98 -tutkimusryhmä (Mattila ym. 2003) toteaa perhearvon ensisijaisuuden tarkoittavan, että perhenäkökulma on otettava entistä vakavammin huomioon suunniteltaessa lääkärien työjärjestelyjä, työoloja ja palkkausta. Ehkä käytännön järjestelyjen ohessa tulisi tehdä näkyvämmäksi tietoisten arvojen ja ääneenlausuttujen sanojen takana ja väleissä piilottelevaa myyttiä.

Toisaalta perheen ensisijaisuuden ilmaistu arvo tarkoittaa eri asioita, viittaa erilaisiin identiteetin sisäisiin dialogeihin miehillä ja naisilla. Uran ja perheen yhteen-

sovittamisen ratkaisut nähdään helposti vain yksilöllisinä tai korkeintaan perheen sisäisinä, ja niistä puhutaan sukupuoli neutraloiden. Silti, korostaa Jessica Benjamin (1990, 216), sukupuolen kahtiajako säilyy koko ajan taustalla. Puhe 'työstä' ja 'perheestä' lipsuu puheeksi 'miehistä' ja 'naisista' ja takaisin, mikä tekee sukupuolen merkityksen häilyväksi ja hämäräksi. Tarinallisuuden ja dialogisuuden näkökulma painottaa historian ja kulttuurin läsnäoloa meissä. Sana 'äiti' tai 'isä' salakuljettaa omiin neuvotteluihimme äidin ja isän, naisen ja miehen, historialliset ja myyttiset merkitykset ja kehityspsykologisten teorioiden merkityksille antamat muodot (ks. Oliver 1997 ja tämän yhteenvedon luvut 3.5 ja 4.1.1 psykoanalyttisesta kehityskertomuksesta). Oman uraäitiytensä tai uraisyytensä kertojalla on yhtä aikaa kertojan vapaus ja pakko kuunnella itsessään ääntä, joka vaatii pienen lapsen äidin läsnäoloa tai pyytää jo isääkin jakamaan vanhemmuutta. Perheellinen lääkäri ei sovita yhteen vain perhettä ja työtä, vaan samalla lääkärin, äidin ja miehen myyttejä – rinnastan nyt tarkoituksella *äidin* ja *miehen* muistuttaakseni, että kulttuurissa naisen myytti on äidin myytti. Sovittaminen on luova teko, ja tarinallisuuden ja dialogisuuden näkökulma painottaa myös teon uutta luovaa, tyyllittelevää ja muutosta tavoittelevaa voimaa. Juhani Seppästä (2000) mukaillen isyys jättää helpommin tilaa luovuudelle, koska sen myyttinen painolasti on paljon äitiyttä kevyempi. Näin ajatellen profession muutoksen siemen ei ole vain naisistumisessa, vaan se itää myös uudenaikaisissa lääkäri-isän esityksissä.

### 5.3.3 *Urien suunnittematon luonne*

Jos rakentamaani lääkärimyyttiä tarkastelee koherenssin tunteen teorian (Antonovsky 1987a; luku 3.3 tässä yhteenvedossa) kanssa rinnan, on mahdollista ajatella, että 1990-luvun alun työttömyysvaihe kyseenalaisti nuoren lääkärin maailman mielekkyyttä kahta kautta: estämällä koherenssin tunteen kehittymisen vakaaksi ja romuttamalla uran suunnitelmallista luonnetta ja samalla oman lääkäri-identiteetin myyttistä perustaa. Antonovsky korostaa työssä koetun mielekkyyden ja ymmärrettävyyden osatekijöinä ammatin ja työntekijän itsensä kokemaa arvostusta ja (ymmärrettävyyden osalta) varmuutta työn jatkuvuudesta (Antonovsky 1987b). Varmuus koskettaa eri tasoja, joista mainitsen tässä kaksi: ensinnäkin kyse on työntekijän ”levollisesta uskosta” siihen, ettei häntä eroteta ilman vakavaa rikkomusta, toisaalta varmuus viittaa myös koko sosiaalisen järjestelmän jatkuvuuteen (Antonovsky 1987b, 163–164). Juuri luottamus jatkuvuuteen oman työn osalta puuttui nuorilta lääkäreiltä vielä pitkään varsinaisen tilastoissa näkyvän työttömyyspiikinkin jälkeen, eikä terveydenhuollon järjestelmän muutoksesta tai muuttumattomuudesta olla yksimielisiä edelleenkään (Lehto 2003). Antonovskyn Sense of Coherence -teorian perusteella saattoi olettaa, ettei koherenssin tunne ehkä saavuttaisi optimaalista tasoaan niillä nuorilla professionaaleilla, joiden SOC:n

vakiintumisen herkkään vaiheeseen työttömyys osui. Aihetta selvitettiin seuranta-tutkimuksessa, josta on peräisin oman tutkimukseni avovastausaineisto (ks. 1.3.3). Kyselytutkimuksen kvantitatiiviseen analyysiin perustuva tulos tuki oletusta: nuorten lääkäreiden kollektiivinen SOC muodostui korkeammaksi kuin nuorten arkkitehtien tilanteessa, jossa arkkitehtien työmarkkinatilanne säilyi huonona lääkäreiden työllisyyden jo korjaannuttua (Virtanen ja Koivisto 2001).

Artikkelissa *Work and family as constituents of SOC* analysoin kirjoittajakumppanieni kanssa korkean SOC-pistemäärän saaneiden lääkäreiden urakuvauksia, joissa mielekkyyden ja merkityksellisyyden kokemus irtaantuu uran ja elämän ennustettavuudesta. Urakuvaukset samalla haastavat niin lääkärimyytin kuin Antonovskyn (1987a, 20) teoreettisen lähtökohdankin, jonka mukaan usko omaan selviytymiseen edellyttää lähes väistämättä selkeyttä ja ennustettavuutta. Esimerkiksi tässä vastauksessa tutkijalukijan kokemuksemme muuttuu viimeisen lauseen myötä: siihen asti kuvattu elämän raskaus ja uran hapuilevuus vaihtuvat lasten ja perheen merkityksiin ja sukupolvien yli historiaan kurottavaan jatkuvuuteen.

Mitään ratkaisuja en tehnyt vaan olen edennyt tähän mennessä ”ajopuuteorian” mukaan. Nyt on lasten ja perheen aika ja ratkaisut työuran suhteen hämöttävät edelleen tulevaisuudessa.

Lineaarisen, suunnitelmallisen uran myyttinen mallitarina ei ollut itsestään selvästi nuoren lääkärin käytettävissä syvimmän laman aikana eikä vielä heti sen jälkeenkään, haastatteluita tehdessäni. Sen tilalle tarjoihtiin Suomen Lääkärilehdessä ja Nuori lääkäri-lehdessä käydyissä keskusteluissa *elämän ja uran avartumisen kertomusta* ja toisaalta *ammattitaidollisen ja ammattieettisen rapistumisen kohtaloa* (ks. artikkeleistani *Doctors drifting* ja ”*Töitä nuorille kollegoille!*”). Näistä jälkimmäistä juonta seuraten ei kyse olisi enää sosiaalisesti arvokkaan lääkärin tarinasta (ks. Linde 1993), ei ehkä lääkärin tarinasta ollenkaan.

Avartumisen kertomuksen tunnistan itse jo lamaa edeltävästä ammattikulttuurin tarinavarannosta. Vaikka lääkärin koulutus ehkä ulospäin näyttää tiettyyn ammattiin tähtäävältä, lääkärit itse arvostavat koulutuksensa moninaisuutta ja avoimuutta. Lääkärin hahmo on myös *Kulturmenschin*, kokonaisvaltaisesti viisaan tietäjän hahmo (Lehto 1991, 50). Haastattelemistani lääkäreistä esimerkiksi Petra (*Doctors drifting; Doctors as wounded storytellers*) kertoo lääkärin ammatinvalinnan omaa autonomian säilyttämisen motiiviana myötäileväksi: lääkärin koulutus ei sulje ovia vaan avaa niitä, se ei pakota juuttumaan rutiiniin.

Uhkaava työttömyys ja uran sattumanvaraisuus löysivät paikkansa lääkäreiden tarinoissa ja identiteeteissä avartumisen kertomusta muokkaamalla (artikkeli *Doctors drifting*). Elämän virrassa ajelehtimisesta tehtiin hyve: vain luopumalla uran hallinnan pyrkimyksestä saattoi antautua virran vietäväksi ja löytää kaikki ne mahdollisuudet,

joita ei olisi etukäteen osannut edes ajatella. Tärkeämpää kuin suoraviivainen, rationaalinen eteneminen on viihtyminen siinä, missä kulloinkin on, ja uskallus myös muuttaa suuntaa ja pysähtyäkin. Haastatelluista lääkäreistä Petra on ainoa, joka oli todella ollut pitemmän jakson työttömänä, tosin hänkin ennen valmistumistaan, tilanteessa, jossa syventävät opinnot olivat kesken. Hän kertoo tarinassaan työttömyyden vaiheeksi, jossa hän saattoi keskittyä siihen, mikä oli hänelle tärkeää, ja palauttaa opiskelun ulkoa päin ohjatussa kulussa osin menetetyn autonomian kokemuksen.

Uran mutkittelu tai suunnitelmallisuudesta luopuminen ei aineistojeni perusteella tarkoita sitoutumattomuutta. Pohdin tätä *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja* -artikkelissa Empun kohdalla. Emppu teki haastattelun aikaan väitöskirjaa ja päivysteli ajoittain, ja hänellä oli kotona pieni lapsi. Hän aloitti tieteen kokiessaan opiskeluaikana, että hänellä olisi lääketieteelle enemmänkin annettavaa. Hänelle *antaminen* ei tarkoita kuitenkaan *antautumista*. Hän sitoutuu kertoessaan väitöskirjaprojektiinsa, mutta ei ole päättänyt tulevaisuudesta sen jälkeen: hän ei voi tietää etukäteen, mitä silloin haluaa. Kysyin Empulta haastattelun loppupuolella, onko hänellä käytännössä ongelmia työn ja perheen yhteensovittamisessa. Hän kääntää ongelman pääläelleen: ”Ei, mun mielestä siinä ei voi olla mitään ongelmia, mä luulen että lääkäriyttä jaksaa just sen takia, että on perhe”. Perhe on lääkärin ”tukijalka” ja myös ymmärryksen lähde. Emppu kertoo lapsen ja perheen kautta tulleen näkemään niin oman kuin potilaidensakin elämän ennen kaikkea jatkumona, jossa korostuvat elämän inhimilliset perusasiat ja ihmisen perustarpeet; elämän pohjimmainen yksinkertaisuus.

Lääkärinkunnan keskusteluissa ilmaistu huoli työttömyyden seurauksista nuorille lääkäreille oli laman aikaan aiheellinen, mutta samalla tultiin nostaneeksi normiksi myyttisen lääkärin maskuliininen, katkoton ura, jolta suistuminen nähtiin usein henkilökohtaisena tragediana. Lukiessani oman aineistoni kertomuksia työtilanteen epävarmuudesta minulla on (ollut) enemmän vapautta kuvitella vaihtoehtoja. Luen niitä tilanteessa, jossa työttömyyden uhkaa ei juuri enää ole eikä minun tarvitse pelätä vähätteleväni kertojien huolta huomisesta – muistan itse elävästi, miten todellista hätää ensimmäiset ennustukset työttömyydestä meissä tulevissa lääkäreissä aiheuttivat. Nyt minulla on rauha kysyä, olisiko urien kangertelu ja mutkittelu väistämättä ollut vain paha asia, ja jos olisi, miksi niin? Lääkärinkö kannalta vai potilaan tai työnantajan?

Kyseenalaistaessaan hallitun, suoraviivaisen ja tavoitteista tietoisien uran aineistoni kertojat – niin miehet kuin naisetkin – kyseenalaistivat maskuliinisen uran rakenteen. He avasivat mahdollisuuksia ja raivasivat (diskursiivista, tarinallista) tilaa kysyä samat kysymykset, jotka Mikko Lehtonen sanoo kysyvänsä itseltään kokiessaan jatkuvan kilpailun ja saavuttamisen pakon sävyttämän maskuliinisuuden ongelmalliseksi sekä teoreettisesti että omilla nahoillaan:

Mitä mieltä on uuvuttaa itsensä jatkuvassa kamppailussa aikaa vastaan? Mitä iloa on saavutuksissa, jos ne omassa mielessä näyttäytyvät pelkiksi tulevien tekojen esinäytöksiksi? Mitä hohtoa on elämässä, jossa en koskaan elä tätä hetkeä enkä ole tyytyväinen itseeni sellaisena kuin olen, vaan jossa koen alituisesti olevani ikään kuin eteisessä, jossa mietin aina vain huomista ja jossa minut on opetettu vaatimaan itseltäni aina vain enemmän ja parempaa? (Lehtonen 1995, 16.)

Mitä mieltä on urassa, joka pakottaa menemään eteenpäin silloinkin, kun se syystä tai toisesta on vaikeaa? Lehtonen ei ole lääkäri eikä saavuttamisen pakko koske vain lääkäreiden uria, vaikka etenevän uran rakenne onkin perinteisesti yhdistetty ammattiteihin (ks. Allen 1987).

Ajatus siitä, että tiukasti lineaarisella uralla pysyttäytyminen saattaa lopulta olla pakottavaa, autonomiaa kaventavaa, on luettavissa muistakin aineistoni kertomuksista kuin Petran. Työttömyysvaiheessa maskuliinisen, katkottoman uramallin kyseenalaistaminen tuli sekä välttämättömäksi että mahdolliseksi uskoakseni aikaisempaa selvemmin. Toisaalta elämässä ajautumisen kertomus ei syntynyt työttömyyden tullessa tyhjästä eikä hävinnyt kokonaan työttömyyden mentyä, vaan kyseessä on yksi ammattikulttuurin mallitarinoista, jonka uhkaava työttömyys teki uudella tavalla käyttökelpoiseksi. Aineistossani nekin lääkärit, joita työttömyyden uhka ei juurikaan ollut koskettanut, puhuvat usein *myös* äänellä, joka dialogisoi, tekee ei-ehdottomaksi urajohtaisen elämän ja tavoittelee ennemmin hetkeen tarttumista ja mielekkyyden kokemusta tässä ja nyt.

#### 5.3.4 Halvalla myyty lääkärin arvo

Yksi Spencerin ja Podmoren (1987) esittämä naisten professionaalisen toissijaistamisen selitys oli ajatus kilpailua pelkäävistä naisista: naisten uskotaan suostuvan töihin pienemmällä palkalla ja alentavan samalla koko ammatin arvoa ja arvostusta. Käänsin väitteen osaksi rakentamaani lääkäriprofessionaalien maskuliinista myyttiä: myyttinen lääkäri on tarkka sekä omastaan että koko ammattikuntansa arvosta ja arvostuksesta eikä toimi tavalla, joka kyseenalaistaisi profession arvon tieteellistä tai eettistä perustaa.

90-luvun alun lääkäriytyttömyys oli suomalaiselle lääkärikunnalle aivan uudenlainen tilanne ja uhka (Riskä 1995; 1996), eräänlainen kollektiivisen identiteettitarinan katkos, joka kutsui keskustelemaan ja arvioimaan työttömyyden merkitystä, syitä ja seurauksia. Tätä keskustelua käytiin ammattilehdissäkin, joissa julkaistuja tekstejä olen lukenut yhtenä aineistonani (ks. artikkelit *"Töitä nuorille kollegoille!"* ja *Doctors drifting*). Kirjoituksissa nuorista, työttömyyden uhkaamista lääkäreistä rakennettiin usein uhka koko ammattikunnan arvostukselle ja eettiselle selkärangalle. Heidän pelät-

tiin suostuvan töihin liian pienellä palkalla, ryhtyvän kilpailemaan epäeettisin ja epäkollegiaalisin keinoin, ajautuvan tieteeseen perustuvan lääketieteen ulkopuolelle harjoittamaan humpuukia tai menettävän ammatti-identiteettinsä ammattitaidon vähitellen ruostuessa. Maskuliinisen myytin valossa nuoresta lääkäristä tehtiin 'second-sexed' (ks. Gherardi 1995, 82), toisin sanoen hänet asetettiin nuoruutensa ja nuoruuden vihjaaman uran epämääräisyyden perusteella asemaan, joka oli uhkaava 'toinen' arvostaan tietoiselle lääkärielle ja lääkärikunnalle.

Spencerin ja Podmoren listaama uskomus (naisten) kilpailukyvyttömyydestä ja –haluttomuudesta näyttää kuitenkin aineistossani moniselitteisemmältä. Työttömyyskeskustelussa itse asiassa neuvoteltiin siitä, miten professionaalisuus ja kilpailuorientaatio olisivat sovittavissa yhteen ("*Töitä nuorille kollegoille!*"). Eri näkökulmista ammattikunnan arvon esitettiin rapisevan joko suostumisesta töihin sopimuksia pienemmillä palkalla tai sokeasti markkinatalouden periaatteita noudattaen kilpailemallakin. Joka tapauksessa juuriltaan maskuliininen lääkärin myytti eli siinä tavassa, jolla keskustelussa jokaisen lääkärin ratkaisujen nähtiin syntyvän yleisestä, abstraktista ammattikunnan arvostuksen säilyttämisen tavoitteesta sen sijaan, että ratkaisujen – esimerkiksi pienellä palkalla töihin suostumisen työttömyyden vaihtoehtona tai tieteen reunamille sijoittuvan ammatinharjoittamisen – nähtäisiin syntyvän osana konkreettista, erityistä ja moneen suuntaan sitoutunutta lääkärin elämäntilannetta. Yrjö pohti edellä esimerkissani lääkärin vuorotyöhön siirtymistä oman tilanteensa näkökulmasta ja näki sen mahdollisuutena jakaa aikaa joustavammin työn ja perheen kesken; kysymys lääkärin arvosta ja vuorotyön yhteensovittamattomuudesta ei ollut tästä näkökulmasta ollenainen. Ehkä lääkärimyytin maskuliinisuuden paljastaminen mahdollistaisi myös sen kysymisen, miksei ammatin arvoa voi mitata sillä, miten hyvin se ottaa huomioon ammattilaisten erilaiset toiveet, tarpeet ja tilanteet.

## 5.4 Kirurgi(a)n sukupuolen lukeminen aineistostani

Lääketieteen käytännön ja kielen sukupuolittuneisuutta tutkittaessa on kohteeksi usein otettu jokin miesvaltainen ala ja naisten tavat rakentaa lääkäriyttään miehisessä kulttuurissa (Riskä 2001, 96). Lääketieteen erikoisaloista kirurgia (ja lääkäreistä kirurgi) mielletään useimmiten maskuliiniseksi (Nore 1993; Cassell 1998; Conley 1998). Kirurgian erikoislääkäreistä on myös prosentuaalisesti suurin osuus miehiä, Suomessa työikäisistä yleiskirurgian erikoislääkäreistä vuoden 2003 alussa 83 % (www.laakariliitto.fi), vaikka naisten osuus on lisääntymässä. Kirurgin stereotypia on lääkäreidenkin keskuudessa maskuliininen, ja siksi kirurgi(a) on helpoin valinta esimerkiksi, kun kertojan pohdinta kohdistuu tavalla tai toisella lääketieteen sisäisiin jakoihin tai suku-

puoleen. Kun kysyin esimerkiksi *Sampolta*, mitä hänelle oli jäänyt mieleen kirurgian kliinisestä kurssista, hän kuvaa kirurgian suoraviivaiseksi toiminnaksi, jossa pohdinnan ja selvittelyn sijaan toimitaan ja hoidetaan. Kirurgiaan suuntautuvat haastateltavat, esimerkiksi *Anne*, puhuvat myös kirurgiasta nopealiikkeisenä toimintana, ja juuri se heitä erikoisalassaan viehättää. Sampokin rakentaa omaa lääkäriyttään kirurgian kautta, mutta erottautumalla siitä: hänelle on muodostunut ”kirurgeista vähän semmonen yksiviivainen kuva, ne on vähän semmosia tavallaan aggressiivisia ja itsevarmoja kavereita ja vähän huono itsekritiikki”. Näin sanoessaan hän jo vihjaa itse olevansa toisenlainen, vaikka sisällyttääkin omaan anestesiologin identiteettiinsä samaa ”glamuuria”, jota liittyy leikkaussalin ajoittain vauhdikkaaseen ja jännittävään maailmaan ja etenkin tehohoitoon, jossa ”sankaritoita tehdään”.

Vaikka Sampo ei tässä yhteydessä suoraan viittaa kirurgin sukupuoleen, kuulen hänen toistavan miehisen kirurgin stereotypiaa. Ainakaan en osaa kuulijana sijoittaa ”aggressiivisen, itsevarman kaverin” paikalle naista. Sampo ei näin sanoessaan kuvaa ketään yksittäistä kirurgia, vaan kulttuurisen kuvaston hahmon, johon suhteessa jokainen lääkäri voi kuvata ja ymmärtää itseään. Olen edellä perustellut näkemystäni, jonka mukaan myyttisen sankarilääkäriin hahmo on maskuliininen ylipäätään; kulttuurisessa kirurgin kuvassa maskuliinisuus korostuu. Samalla korostuu se, miten jokaisessa kirurgissa tai sellaiseksi aikovassa kohtaavat sukupuolen kaksi ulottuvuutta – lääkärin miehinen tai naisinen sukupuoli ja maskuliininen myytti – ja miten kohtaaminen on miehellä ja naisella erilainen. Annan omalle lukijalleni myös tilaa arvioida itse, mihin kolmen siteeraamani lääkärikertojan kokemusten sukupuolittuneisuus lopulta sijoittuu – kirurgiaan, lääketieteeseen ylipäätään, vaiko jonnekin muualle.

Samalla tavoin luen sukupuolta kertomuksista itse. Olen tekstintutkija sikäli, ettei tehtäväni ole arvioida sitä, mitä todella on tapahtunut – kertojat usein itse osoittavat useiden tulkintojen mahdollisuuden. Sama *Susannan* kokemus kirurgian amanuenssuurista voi olla ”mukava” tai ”mukava ja mukava”, näkökulmasta riippuen. Oma tekstintutkijuuteni muistaa silti myös sen, miten moniääninen ja –tulkintainenkin kertomus on vakava yritys antaa sanat kertojan kokemukselle. Tekstiin jää jäljet kertojasta, joka on elänyt kerrotut hetket, ja niitä jälkiä minä lukijana etsin ja tunnistan oman kokemukseni, oman ruumiini resonanssin kautta (Miller 1988, 57). Miten kirurgian miehisyys haastatteluissani näin lukien näkyy? Esimerkkeinä kolme kertomusta.

Susannan haastattelu eteni vuoropuhelunamme. Kyselin, mitä hänelle oli jäänyt mieleen opintojen kliinisestä vaiheesta. Susanna kertoo syventävistä opinnoistaan ja mainitsee sisätautikurssin ehkä kiinnostavimpana; ”kirurgiasta nyt lähinnä jäi (mieleen) ne ukkelit tai niitten persoonat, kun ne oli aika niinsanotusti kauheita tyyppejä”. Millä lailla, kysyn, ja Susanna kuvaa kirurgit ”hirveiksi sovinisteiksi”. Susannan kokemus kirurgian klinikasta, ainakin osana hänen haastattelussa kertomaansa lääkärin tarinaa, on

räikeän sukupuolittunut. Kysyn, muistaako hän jonkin tietyn tilanteen klinikasta, ja hän kertoo useita. Hän muistelee muun muassa apulaisprofessoria, joka varoitteli opiskelijoita jämähtämästä peräkylän terveyskeskuksiin ja painotti yliopistopaikkakunnalla pysymisen ja itsensä kehittämisen tärkeyttä. Susanna muiden mukana protestoi ja huomautti postin (eli tieteen viime saavutusten) kulkevan takahikiällekin. Tähän apulaisprofessori totesi: ”joo joo, sinäkin hankit lapsia ja lihot niin siinä se on sun tieteen seuraamises”.

Myöhemmin Susanna kertoo amanuenssuuristaan kirurgian klinikassa. Koko kerrontaa sävyttää tässä kohden veto kahtaalle – paikka oli mukava tai ”mukava ja mukava”, riippuen siitä, miten ilmassa jatkuvasti sakeana leijuvan herjanheiton määrittää, ”vitsailuksi” vaiko ”vittuiluksi”, naisia herjaavaan sävyyn yhtä kaikki. Äärimmillään ”show” tarkoitti avointa seksuaalista vihjailua ja naispuolisiin työtovereihin käsiksi käymistä. Susanna kertoo alun perin kirurgiasta kiinnostuneen naispuolisen opiskelutoverinsa kiinnostuksen hiipuneen ”sen jälkeen kun ei jaksanu niitten juttuja kuunnella”.

Susannan kokemus haastaa ajatuksen siitä, että lääkärin pitäisi olla sukupuoleton ja tehdä ratkaisunsa yksilönä, ei miehenä tai naisena. Hän kertoo lääkäristä, joka on tullut määritellyksi ja vähätellyksi sukupuolensa kautta ilman, että kyseessä olisi ollut hänen oma valintansa. Mitä sukupuolen vaihtamiseen tulee, se tuntuu mahdottomalta. En pysty kuvittelemaan vitsailevia kirurgeja naisiksi ja Susannaa vittuilun kohteena mieheksi.

*Mauriksi* nimeämälleni mieslääkärille kerroin jo puhelimesta sopiessamme haastattelusta, että käytän elämäkerrallista haastattelumenetelmää. Hän sanoo hahmotellessa puhelun jälkeen mielessään tarinansa sisältöä ja kertoo sitten keskeytyksettä elämänsä rinnakkaisia juonikulkua yli puolet käyttämästämme ajasta (haastattelu kesti noin 1h 20min). Hän päättää sanomalla ”mitäs sä haluisit nyt sitten ole hyvä kysyä lisää”. Näistä ja muistakin vihjeistä ymmärrän Maurin suhtautuvan kunnioittavasti minuun ja tekemääni tutkimukseen, vaikka hän itse on tekemässä tiedettä ja väitöskirjaa täysin toisista lähtökohdista kirurgian alalta, jolle on myös erikoistumassa. Tämä sympatian sävyttämä kokemukseni on läsnä nyt joka sanassa ja lauseessa kuunnellessani Maurin haastattelua ja kysyessäni tekstistä sukupuolta.

Maurin kertomuksessa on sisällöllisesti paljon sellaista, jonka äkkipäätään helposti nimeän miehen läsnäoloksi: nuorena alkanut kiinnostus koneisiin, moottoreihin ja autourheiluun, huoleton suhtautuminen tulevaisuuteen ja mahdolliseen opiskelupaikan hankkimiseen ammatinvalinnan vaiheessa ja huolettomuuden vaihtuminen perfektionismiksi kirurgina, perheen perustamisen jääminen toiseksi elämäntarinan juoneksi (vai sokeiksi pohjalle?), vähän irralleen juonesta, joka kulkee lapsuudesta huolettoman nuoruuden ja opiskeluaajan alun kautta lääkärin työhön ja kirurgiksi. Toisaalta hän puhuu



miehenä myös toisella tavalla. Mauri kysyi minulta haastattelun aluksi, kiinnostiko minua tutkimuksessani nuoren lääkärin työssä viihtyminen ja jaksaminen vai mikä, ja palaan tähän haastattelun loppupuolella. Kysyn, mistä hän olisi kertonut, minkä näkökulman valinnut, jos olisin tutkinut työssä jaksamista.

Mauri kuvaa lääkärin ja kirurgin työtä (josta hän toisaalla sanoo pitävänsä päivä päivältä enemmän): se on ”välillä aika kovaa ja kypsää”. Hän puhuu vastuusta, joka kasvaa leikkausten vaativuuden myötä eikä jää leikkaussaliin: ”sä mietit sitä yön, sä et nuku kunnolla, aamulla ku sä tuut sä mietit et missäköhän se potilas et onkse teholla vai yhtä kerrosta alempana patologialla”. Mauri sanoo olevansa perfektionisti, joka ”piiskaa itseään vähän liian lujaa”, ja hän myös analysoi ja funtsailee asioita. Hän sanoo kirurgin työn olevan fyysisestikin raskasta. Pitkät päivät kuluvat leikkaussalissa, mutta energiaa kuluu paljon myös siihen, että pystyy olemaan hermostumatta silloin, kun työt kar-kaavat kontrollista:

Suurin syy (rasittavuuteen) on ehkä se tunne ihan konkreettisesti et sää et pysty pitää asioita hallinnassa (...) että mun pitää kotiuttaa joku et mä laitan reseptit sairaslomat sä tiedät kaikki poliajat tämmöset, ja jos mä en sitä pysty (rauhottamaan) et mun täytyy kesken kirjottamisen lähtee sit kattoon jotain potilasta ja sit tulee pari puheluu (...) et odottakaa siel langalla etitään papereita ni sit ku alkaa kertyy tämmösiä (...) loose ends, ja sit ku alkaa näit irtopäitä olla joka puolella niin se rassaa,

Sanon tietäväni tunteen, itse asiassa tunnen sen kylminä ja kuumina aaltoina selässäni ja käsivarsissani parhaillaan tätä kirjoittaessani. Itse voin parhaiten silloin, kun saan keskittyä yhteen asiaan kerrallaan. Lääkärin työn käytännössä se harvoin toteutuu, isoja asioita on hoidettava nopeasti, alta pois, yhtä aikaa. Jaettuani Maurin kanssa työn raskauden kokemuksen ja levättyäni hänen arvostavassa suhtautumisessaan haastattelun ajan ymmärrän häntä, kun hän jatkaa edellisestä lainauksesta,

mut sit taas leikkaussaliin ku menee ni siel hoitajat on kyllä tullaan tosi hyvin juttuun ja o erittäin kiva henkilökunta meillä, pääosin se on semmost hermolepoo, uusis saleis ku on radiot ni ei muuta ku potilas uneen ja poppi soimaan ja sitte kertoo hävyttömiä vitsejä ja purkaa paineitaan siellä ni se on ihan hyvä.

Jätin oman lukijani tehtäväksi päättää, missä lääketieteen ja tässä nimenomaisesti kirurgian sukupuoli lopulta on. Itse ajattelen, että se on muuallakin kuin yksittäisten lääkärin ja kirurgien mielissä ja ruumiissa. Kirurgian sukupuolittuneisuus toteutuu Maurissa hänen kertoessaan hävyttömiä vitsejään leikkaussalissa hoitajille ja kertoessaan kertomisestaan minulle, mutta hänen kunnioituksensa minua, naista ja erilaista tietentekijää, kohtaan toteuttaa täysin toisenlaisen miehen. Sovinismi ei ole hänen olemuksensa, mutta se on hänen kulttuurinen ja käytännöllinen mahdollisuutensa purkaa

kirurgin työn paineet. Hän ikään kuin astuu sisään sovinismiin astuessaan leikkaussaliin, suorittamaan hävyttömien vitsien purkautumisrituaalia.

Kyse ei ole siitä, että haastattelutilanteessa kohtaamani toista kunnioittava Mauri olisi aito ja tosi, lääkäri-identiteettiin pakotettu sovinistinen leikkaussalikäytös taas hänen minälleen vierasta. Molemmat kuuluvat siihen lääkäriin, jonka Maurin kertomus esittää – minuus ei ole ristiriidatonta. Pohdin yhteenvetoartikkelini luvussa 6 dialogin idean ja Mihail Bahtinin (Bakhtin 1981; 1984; 1986) kirjoitusten kautta yksilön ja yhteisön, yksilön ja sosiaalisen, välisen rajan huokoisuutta. Olemme tottuneet ajattelemaan yksilön ja häntä ympäröivän sosiaalisen todellisuuden kahtena toisiinsa vaikuttavana mutta erillisenä ja erilaisena entiteettinä. Kulttuurintutkimuksellisesta ja bahtinilaisesta näkökulmasta kyse ei ole vastakkaisuudesta, vaan sama sanojen, symbolien ja merkitysten maailma liikkuu sekä yksilön ulko- että sisäpuolella, ja hän hengittää siitä oman ajattelunsa ja kokemuksen ainekset. Symbolinen merkitysmaailman ulottuvuus, konkreetti toiminta ja yksilön koettu todellisuus punoutuvat yhteen (Gherardi 1994; Korvajärvi ja Kinnunen 1996, 233–240). Maurin kohdalla tämä tarkoittaa, että astuessaan leikkaussaliin hän astuu kirurgian kulttuurisista merkityksistä jo valmiiksi tiheään tilaan ja tilanteeseen suorittamaan puhdistautumisen rituaalia. Hän kokee helpotuksen ruumiissaan, keventää taakkaa harteiltaan, mutta samalla hän tulee uusintaneeksi kulttuurin pimeää puolta ja naisvihamielisyttä. En tiedä, tekeekö Mauri sen tietoisesti, vaikka oma kokemukseni hänestä haastateltavana puhuu sitä vastaan. Sukupuoli oman identiteetin määreenä on joka tapauksessa usein ei-tietoista, narratiivista tiedostamatonta (Freeman 2002a), lääkärille ja kirurgillekin, eikä silloin ole herkkä myöskään toisen ja toista sukupuolta olevan kivulle hävyttömän vitsin sattuessa.

*Annen* kerrottu lääkäriminä on (tuleva) kirurgi. Anne kertoo kirurgian kiinnostaneen häntä kirurgian kurssista asti, se ”oli heti semmonen et tätä mä haluun tehdä”, ja kiinnostus on vahvistunut työkokemuksen myötä. Hän tykkää ”värkätä ja väsäätä”, kuten operatiivisella alalla värkätään, ja hän ottaa omakseen myös kirurgin stereotypian nopealiikkeisestä toimijasta: ”mä oon just semmone et mä haluan tehdä kaiken nopeesti ja heti ja välittömästi niinku nyt kirurgit ehkä halua et hoidetaan homma ja sillee”. Työn ulkopuolisissa ihmissuhteissa Annella on sukupuoli, hän on ollut ”sinkkutyttö” ennen kuin alkoi vakavasti seurustella ja suunnitella tulevaisuutta perheenä, jonka rivitalo-asunnossa vilistää kolme lasta. Sen sijaan puhuessaan itsestään lääkärinä hän ei puhu naiseudesta, ei silloinkaan, kun minä haastattelukertomusta kuunnellessani näen hänet nimenomaan naislääkärinä. Yksi tällainen kohta on *Annen* kertomus eräästä mieleen jääneestä potilaasta. *Annen* vastaanotolle tuli isä ja lapsi, jonka loukkaantunutta jalkaa oli jo kahdesti käyty näyttämässä lääkärille. Ensimmäinen oli epäilty murtumaa, mutta päädytty siihen, ettei murtumaa ole eikä toimenpiteitä tarvita. Jalka oli kuitenkin yhä kipeä, ja nyt isä vaati vihaisena *Annen* tilalle ortopedian erikoislääkärinä lasta tutkimaan. Kyse oli

varmasti siitä, että Anne oli (vain) apulaislääkäri, sukupuolesta riippumatta. Silti kuulen jossakin taustalla toisten haastattelemieni naislääkäreiden mainintoja siitä, miten nimenomaan nuori nainen kohtaa miestä helpommin oman uskottavuutensa rajallisuuden suhteessa sekä potilaisiin että hoitohenkilökuntaan (ks. esimerkiksi Eija artikkelissa *Doctors as wounded storytellers*).

Kun haastattelun aluksi esittelin itseäni ja tutkimustani, mainitsin toisesta tutkimuksesta, jossa on haastateltu norjalaisia naiskirurgeja (Nore 1993). Palaan teemaan haastattelun loppupuolella ja kysyn, onko naiskirurgiudella Annelle merkitystä. Hän kieltää ensin, mutta lähtee kuitenkin pohtimaan. Hänen työpaikassaan haastattelun aikaan kaikki kirurgian apulaislääkärit olivat naisia, mikä ”on aika ällöttävää”. Edellisessä sairaalassa hän oli ollut ainoa nainen, eikä hänen siellä ollut tarvinnut kokea itseään kohdeltavan osana ”tyttöjoukkoa”, jota ”jotkut niistä vanhemmista kollegoista nimittelee ties mikskä tipusiks välillä”. Vaikka Anne tietää, että nimittely tehdään hyvällä, se ärsyttää häntä. Hänen työidentiteettinsä on kirurgin, ei tyttösen tai tipusen.

Annen kirurgiminällä on kyllä ruumis. Toisin sanoen Anne kertoo omaa erityisyyttään fyysisestä olemuksestaan jo lapsena: hän oli koulussa paitsi fiksu myös pitempi muita. Kommentoin väliin, sitten Anne jatkaa suoraan siihen, miten hän on pienestä asti tiennyt haluavansa lääkäriksi, tätinsä muistin mukaan tarkemmin haaveena oli tulla lasten sydänkirurgiksi. Tulkitsen tästä kertomuksen assosiatiivisesta kulusta, että Annen fyysinen koko ja voima on osa hänen kertomansa lääkärin kuvaa.

Tulkinta vahvistuu myöhemmin Annen erottautuessa työpaikkansa ”tyttöjoukosta”. Anne ei ole ”niin kauheen semmonen pieni ja hento ja hellä tyttö niinku ehkä tytöt keskimäärin”, eikä hänellä ole vaikeuksia fyysisistä voimaa vaativissa ortopedisissä leikkauksissa. Päinvastoin hän nauttii siitä, että saa ”tehä oikeen olan takaa (...) hauskaa sellasta puusepän hommaa välillä”. Ymmärtääkseni syy Annen vastentahitoisuudelle tulla otetuksi osana tyttöjoukkoa ja tipulaumaa on niissä heikkouden ja avuttomuuden merkityksissä, joilla hän samalla tulee merkityksi ja jotka ovat vieraita hänen omalle käsitykselleen itsestään lääkärinä ja kirurgina. Hän haluaa tulla nähdyksi omana itsenään, mikä tarkoittaa oman sukupuolen hylkäämistä ammatillisissa yhteyksissä.

Naistutkimuksen teoretisoinnit ruumiista esittävät, että ihmisruumiilla on aina myös sukupuoli. Anne kertoo omaa ruumistaan kulttuurin maskuliiniseksi määrittämistä ominaisuuksista, koosta, voimasta ja kestävyydestä. Sukupuolieron irigaraylaisesta näkökulmasta tämä ei ongelma – jokainen nainen on lopulta nainen omalla tavallaan. Sen sijaan ongelmana voi nähdä sen, ettei Annen kirurgiminään mahdu hänen naisinen sukupuolensa, vaan siitä tulee heikkouden kaihdettava merkki. Annella tai naiskirurgilla ehkä ylipäättään ei ole yleisesti tunnustettua mallitarinaa, josta hän voisi kertoa itselleen yhtä arvokkaan (vaikka erilaisen?) kirurgin identiteetin kuin hänen mieskollegansa. Päinvastoin hänen vakavastiotettavuuttaan uhkaa jatkuvasti naiseksi nimeäminen tai

naisena näkyväksi tuleminen. Irigarayta soveltaen voisi sanoa, että päästäksemme tilanteeseen, jossa kirurgin sukupuolella ei ole väliä, meidän on kuljettava mies- ja naiskirurgien erilaisuuden ja arvokkuuden tunnistamisen ja tunnustamisen kautta (Irigaray 1991, 150). Sen sijaan, että yrittäisimme kieltää sukupuolen merkityksen, tulisikin ehkä nostaa kissa leikkauspöydälle ja keskustella siitä, mistä miehet oman sankariutensa tunnistavat, mistä taas naiset. Ja edelleen kertoa ja kuunnella, mitä mies tuntee heittäessään hävytöntä herjaa, mitä taas nainen herjanheiton kohteena ja yleisönä.

Kyse ei ole tasa-arvoajattelusta totutussa mielessä. Sukupuolen merkitysten monet kulttuuriset ja henkilökohtaiset kerrokset eivät muutu pelkästään sillä, että naisille mahdollistetaan pääsy arvostettuihin, johtaviin, perinteisesti miesten hallitsemiin aseisiin. Jos sankarikirurgia arvostetaan enemmän kuin arjen pieniä suuria tekoja tekevää terveyskeskuslääkärinä tai jos johtavaa lääkäriä arvostetaan enemmän kuin rivilääkärinä, voisi kysyä, miksi kaksi erilaista on asetettava rinnakkain ja ratkaistava paremmuus. Jos uran ja identiteetin erilaiset mallit olisivat yhtä arvokkaita, olisi jokainen, niin mies kuin nainenkin, vapaampi valitsemaan sen, joka vastaa hänen identiteettiään, kertomustaan, mieltään, ruumiinsa rytmiä.

## 6 Dialogisuuden idea

Pohtiessani sekä narratiivisen identiteetin koherenssia että myyttistä sukupuolten eroa päädyin dialogisuuden teemaan. Dialogisesti ajatellen merkitys, identiteetti ja kertomus ovat kaikki tapahtumia ihmisten välillä, suhteissa ja kohtaamisissa, vaikka tutumpaa on ehkä sijoittaa ne ihmisyksilöihin ja heidän mielensä tai henkensä tuotteiksi. Tässä luvussa kudon näistä odottamaan jääneistä dialogin langoista kuvauksen dialogisesta tutkimuksen tekemisestä, niistä lähtökohtaisista sitoumuksista ja tutkimuskäytännöllisistä valinnoista, joita oma tämänhetkinen ymmärrykseni dialogista tarkoittaa.

Narratiivisen identiteetin voi kertoa aina uudelleen. Silti narratiivinen identiteetti toistaa yksiselitteisyyden, erillisyyden ja jatkuvuuden ihanteita silloin, kun identiteetin tuottava tarina arvioidaan sen mukaan, miten aukottomasti se kuvaa tapahtumien ketjun alusta kohti tulevaa (de Peuter 1998). Koherentin, katkottoman kertomuksen vaatimus ei tunnista ja tunnusta suhteissa syntyvää identiteettiä ja kokemuksen katkoja.

On hetkiä, joina tarinan tarjoama selkeys on tarpeen. Juonen katkokset, esimerkiksi sairaus, työttömyys, poliittinen takinkäyntö (Hyvärinen 1994), pyytävät kertomaan uudelleen, silloittamaan, selittämään aukkopaidat. Elämän käännekohdissa on tehtävä valintoja, jotka koskevat tulevaa, ja silloin tarina auttaa valitsemaan. Liiallinen selkeyden ja koherenssin vaatimus voi kuitenkin ennen kaikkea sulkea pois ja rajoittaa. Elämä ja elämää jäsentävät kertomukset eivät ole vain suoraviivaista etenemistä päämääriä kohti, vaan ne ovat yhtä aikaa ennustamattomia ja sisältävät huimia sattumia. 'Concordant discordance' (Ricoeur 1984, 65–66), jatkuvuuden ja muutoksen vuorottelu, tekee tarinasta kertomisen arvoisen ja tarinassa rakentuvasta identiteetistä inhimillisen, mielenkiintoisen ja kiehtovan. Ristiriitaisuuden ja epäsointuisuuden salliminen tarinassa ja identiteetissä mahdollistaa sisäisten erojen kunnioittamisen: ihmisen minä on eroista rakennettu.

Narratiivisen identiteetin dialogisuuden ohella toinen odottava dialogin lanka on irigaraylainen ajatus välittäjistä identiteetin edellytyksenä (ks. 4.1.2): jos ihmisen kasvu nähdään kohdusta hautaan jatkuvana oman erillisyyden ja toisiin liittymisen paradoksaalisena yhtäaikaaisuutena, tärkeiksi tarkastella tulevat ihmisten väliset tilat; ne säikeet ja siteet, jotka kiinnittävät meidät toisiin välillä tiukemmin, välillä hellittäen. Irigaray kirjoittaa istukasta, napanuorasta, huulista ja enkeleistä välittäjinä yhtä aikaa konkreettisesti ja symbolisemmin, mutta hän kirjoittaa myös sanojen tärkeydestä (Irigaray 1996b). Sanat mahdollistavat kommunikaation kahden erilaisen ihmisen välillä, eikä omaelämäkerrallisten sanojen tarkoitus silloin ole kuvata puhujaa noudattaen tarkasti hänen psyykensä rajoja ja rakenteita, vaan esittää hänet kuulijalleen tavalla, joka kunnioittaa sekä kertojan että kuulijan kokemusta.

Kuulemisen ja kuuntelemisen metafora viittaa tietämiseen, joka ei yritä tuntea kokonaan. Metaforisesti näkeminen viittaa selkeyteen ja kirkkauteen, kun taas kuunnella voi hämärässäkin: tutkia voi nimenomaan sitä, miten sanat ja kertomukset aina luovat uusia versioita siitä, mitä nimitämme todellisuudeksi, hämärtäen ehkä kuvan tarkkarajaisuutta mutta valaisten kertojan persoonaa ja hänen suhtautumistapojensa rikkautta. Vaikka nähtykin tulkitaan, tulkinnanvaraisuutta on vaikeampi olla mieltämättä osaksi kuulemisen tapahtumaa; katsoa voi uudestaan ja kauan, mutta sana ja kertomus saapuvat kerran ja jättävät jälkeensä dialogin, joka jatkuu kuulijassa. Kuuleminen ja kuunteleminen on sitä, mitä dialoginen tutkija metaforisesti tekee (*auscultatio* = kuuntelu, kuuntelututkimus, Nienstedt 2002). Käyn seuraavassa läpi teesejä, joille dialogisuuden ideani, dialogisen tutkimisen tyylini, perustuu. Sukupuolen merkitystä en tässä käsittele erikseen, vaan viittaan 4. lukuun ja Irigarayn kautta käymääni keskusteluun siitä, miten dialogisuus yhtä aikaa edellyttää ja toteuttaa sukupuolieron vakavasti ottamista.

## 6.1 Toinen toisena: eron etiikka

Our manner of reasoning, even our manner of loving, corresponds to an appropriation. Our culture, our school education, our cultural formation want it this way: to learn, to know, is to make one's own through instruments of knowledge capable, we believe, of seizing, of taking, of dominating all of reality, all that exists, all that we perceive, and beyond (Irigaray 2002, 121).

Länsimainen logiikka, tieteen logiikasta puhumattakaan, ei helposti tunnista omakseen ajattelutapaa, jossa toinen (ihminen tai muukin ilmiö, esimerkiksi luonto) hyväksytään erilaisena, vieraana, lopulta aina mysteerinä. Tutumpi on tavoite tietää, hallita ja selittää, ja oman tietämisen rajat nähdään haasteina ylittämiseen. (Irigaray 2002, 125.) Tutkiessani elämäntarinoita tieteellinen perimäni ohjaa minua käyttämään kertomuksia keinona tavoitella kertojan elämän ja identiteetin totuutta, lopullista tai ainakin mahdollisimman oikeaa tulkintaa. Irigarayn mukaan tämä totuuden tavoite tekee mahdottomaksi eettisen kohtaamisen ja dialogin, sillä minä voin aina tietää ja tuntea toisen vain oman itseni rajoissa, ymmärtää vain sen, mikä sopii tuntemiini kokemuksiin ja käsitteisiin. Jos pakotan toisen omiin kaavoihini, en voi enää kohdata häntä, hän on minulta kuollut.

Irigaraylle eettisyyden mahdollisuus avautuu ero(je)n hyväksymisessä kohtaamisen – myös tieteellisten – perustaksi. Miehen ja naisen ero on hänelle keskeinen, sillä se on universaali ero, mutta sukupuolieron merkityksen ohella esimerkiksi etniset erot konkretisoituvat nykyajassa jokapäiväisissä kohtaamisissa ja vaativat etsimään uudenlaisia tapoja käsitellä toiseutta, vierautta ja tapojen ja tyylien käsittämättömyyttä

(Irigaray 2002, 126). Vaikeampaa on ehkä mieltää ikuisiksi mysteeriksi tutun vierautta, mutta dialogi eettisenä sitoumuksena tarkoittaa sitäkin. Toinen ihminen, vaikka olisi kuinka tuttu, on aina erilainen kuin minä, ja silloin kun ”en tunne häntä, kun hyväksyn, että hän jääkin minulle tuntemattomaksi, hän valaisee minua jollakin tavoin” (Irigaray 2002, 123). Tässä kuuluu Irigarayn yhteys Emmanuel Levinasin filosofiaan. Levinas (1989, 43) kirjoittaa:

The relationship with the other is not an idyllic or harmonious relationship of communion, or a sympathy through which we put ourselves in the other’s place; we recognize the other as resembling us, but exterior to us; the relationship with the other is a relationship with a Mystery.

Mihail Bahtinin, venäläisen filosofin, kielen ja kirjallisuuden teoreetikon ja oman dialogin käsitteeni keskeisen rakentajan, kirjoituksista voi löytää saman toisen vierauden vaalimisen. Toisen ihmisen dialoginen kohtaaminen ei tarkoita ymmärtämistä emotionaalisen empatian mielessä niin, että voisin samastumalla häneen tuntea hänen kokemuksensa (Emerson 1984, xxxiii). Dialogin jatkuvuus edellyttää eron säilyttämistä, ymmärtämisen väistämätöntä epätäydellisyyttä. Toinen ihminen elää omassa, oman ruumiinsa kautta eletyssä todellisuudessaan, joka on aina jossain määrin erilainen kuin omani. Bahtinille jokainen ääni on näkökulma maailmaan, maailmankuva, ja jokainen puhuja puhuu aina kielillä, jotka ovat osittain vieraita. Ymmärtäminen tarkoittaa kääntämistä ja kääntymistä takaisin itseän. Jokainen lausuttu sana ja kerrottu kertomus tavoittelee ymmärretyksi tulemista, ja Bahtinille ymmärtäminen tapahtuu kuulijassa, kuulijan ottaessa sanan vastaan oman, enemmän tai vähemmän erilaisen tietoisuutensa osaksi, ja antaessa merkityksen, joka on yhtä aikaa ennakoitu ja arvaamaton (Bakhtin 1981, 282; 1986, 69). Dialogissa syntyvä ja ymmärretyksi tuleva minuus säilyy elävänä kohdatessaan toisia erilaisia minuuksia, erilaisia maailmankuvia, joista jokainen valottaa sitä eri puolilta ja eri tavoin, osoittaa uusia mahdollisuuksia, tulevien minuuksien alkioita (ks. Bakhtin 1984, 90). Myös Bahtinilla täydellisen ymmärtämisen tavoite ikään kuin fiksoi kertojan, nauhitsee hänet minun käsitemaailmaani, sen sijaan että sallisi hänen olla ainutkertainen, muuttuva, lopulta aina mysteeri.

Irigaray lainaa Descartes’lta ajatuksen ihmettelyn tarpeellisuudesta (Irigaray 1996a; Heinämaa 2000). Ihmetys on ensimmäinen tunne ja mielenliikutus, jonka koemme kohdatessamme jotakin meille täysin uutta ja yllättävää, jotakin, jota emme heti osaa arvioida ja luokitella. Eron lähtökohdasta ihmettelyn tulisi tapahtua ihmisten välillä yhä uudestaan. Toisin sanoen toisen hyväksyminen omana erilaisena itsenään ja väistämättä enemmän tai vähemmän käsittämättömänä ja mysteeriksi jäävänä tarkoittaa hänen uutuutensa ja yllättävyytensä vaalimista. Yhtä aikaa ihmetys on se tunne, joka tuo tullessaan halun tietää ja tuntea: ihmetys on ikkuna maailmaan, se sallii meidän kurot tautua toista kohti. Ihmetys on sen kysymistä, miten voi ymmärtää sitä, joka on

erilainen kuin minä, palauttamatta erilaista minuun. Ihmetys sallii kohtaamisen mutta myös vapauden – en vangitse toista omaan tulkintaani. Kyky nähdä toinen itsestä radikaalisti erilaisena on kunnioituksen ja suvaitsevaisuuden ehto. (Songe-Moller 1997.)

*Dialoginen tietäminen pyrkii eettiseen kohtaamiseen. Se ei tarkoita niinkään empatiaa toisen kokemukseen asettumisen mielessä, vaan sen hyväksymistä, että tutkimuksen kohteena oleva toinen ihminen on erilainen kuin minä. Hänen kokemuksensa on minun tavoitettavissani vain sikäli, kuin hänen kertomansa resonoi minussa, puhuttelee minua tutuin käsittein. Muulloin voin ihmetellä häntä.*

## 6.2 Tietäminen dialogina: ihmetyksen tunne metodina

Matti Hyvärinen (1997) viittaa 'lukemisen politiikkana' metodiin, jossa tieto syntyy haastattelututkimuksessa kaksinkertaisessa vuorovaikutuksessa: ensin merkitykset muodostuvat neuvotteluna haastattelijan ja haastateltavan välillä (Mishler 1986), sen jälkeen tutkijan dialogissa aineistojensa tekstien ja kertomusten kanssa. Kertomus syntyy dialogissa silloinkin, kun kuulija ei ole läsnä tai hän on hiljaa: kirjoitetun omaelämäkerran laatijalla on mielessään lukija, vaikka se sitten olisi hän itse, ja suullisesti kertova näkee kuulijassaan sekä tämän erityisen persoonan että kulttuuria yleisesti edustavan kuulijan (Hyvärinen 1994, 125). Suullisen kerronnan välittömässä vuorovaikutuksessa kuulija on tarinan toinen kertoja hyvin konkreetisti. Kertoja etsii sanoillaan kuulijaa, joka vastaa tai vihjaa joko ymmärtävänsä tai sitten ei. Kertoja koettaa sovittaa sanansa juuri tälle kuulijalleen, selittää lisää tai toisella tavoin, jos on tarpeen, ja rakentaa enemmän sinne, missä yhteisen merkityks maailman kulttuurinen maaperä kestää. (Linde 1993.)

Merkitysten ja tiedon syntymisen tutkijan ja tutkittavan dialogissa voi nähdä koskevan muunkinlaista tieteentekemistä kuin haastatteluita. Suvi Ronkainen (1998) kirjoittaa survey-tutkimuksesta dialogina, jossa tutkija ei voi koskaan tuntea vastaajien merkityksmaailmaa. Sen sijaan tutkija saa vastaajilta kyselylomakkeella takaisin oman merkityksmaailmansa kaiun, jonka hän sitten vuorostaan tulkitsee. Dialoginen tietäminen ei koskaan voi häivyttää näkyvistä tietäjää, joka tuo tulkintaan oman elämänhistoriansa, intellektuaalisen menneisyytensä, maailmaan tietyllä tavoin sijoittuvan ruumiillisen itsensä ja tietyt tietämisen mahdollisuudet. Dialoginen tieto on paikantunutta, sitoutunutta ja osittaista, kuten monien (feminististenkin) tieto-opin teoreetikkojen mukaan kaikki tieto väistämättä on (esim. Haraway 1991; Grosz 1993; Braidotti 1994).

Irigaraylle eron korostus on sekä eettinen että tieto-opillinen kannanotto. Toisen ihmisen kohtaaminen erilaisena ei ole mahdollista ilman kääntymistä itseen, ilman kriittistä asennetta omiin uskomuksiimme, toiveisiimme ja pelkoihimme toisen luonteesta tai vaikkapa sukupuolesta (Irigaray 1996a; Heinämaa 1997). Edellisen Irigaray-lainauksen (Irigaray 2002, 123) englanninkielisen käännöksen *illuminate*-verbi saa sana-



kirjan mukaan merkitykseksi sekä valaista että valistaa. Kyse on molemmista: erilaisena ja ihmetellen toinen ”*valaisee* ja *valistaa* minua jollakin tavoin”. Väitöskirjani osa-artikkelista viimeisessä (*Doctors as wounded storytellers*) koetan kohdata dialogissa viisi lääkärikertojaa, jotka sisällyttivät elämäntarinaansa oman sairautensa, vammansa tai lapsettomuutensa teeman. Aloin alun perin kirjoittaa artikkelia sen ihmetyksen tunteen varaan, jota koin jo haastatteluita tehdessäni: huomasin, etten ollut odottanut kuulevani niin monen kertovan ruumistaan pakottavaa tarinaa. Pysähtyminen oman ihmettelyni äärelle, toisten lääkäreiden (kertomusten) vierautta kuulostelevaan, *valaisi* uudella tavoin *minua*, niitä tunteita ja merkityksiä, joita olin liittänyt sekä sairauteen ylipäätään että lääkärin sairauteen erityisesti.

Jos kyse olisi vain minun valaistumisestani ja lisääntyneestä itseymmärryksestäni, kyse tuskin olisi tieteestä. Kohtaamani toinen kuitenkin myös *valistaa* minua jostakin meidät ylittävästä, kertoo yhteisestä maailmastamme jotakin, josta en itse ollut tietoinen. Oma merkitysmaailmaani kuunnellessani korjaan kulttuurin minuun kylvämän satoa. Se, mikä toisen lääkärin kertoessa resonoi minussa, on usein yleisemmin merkityksellistä, ja tutkimuksessani ennen kaikkea merkityksellistä nuorelle lääkärille lääkäreiden ammatillisessa kulttuurissa. Merete Mazzarella (1997) kirjoittaa siitä, miten *minun* henkilökohtaiseni koskettaa *sinun*, toisen henkilökohtaisuutta, ja siksi sen kirjoittaminen esiin on tärkeää. Liz Stanley (1990; 1992) intellektuaalinen omaelämäkerta puolestaan tunnustaa tutkija-kirjoittaja-elämäkerturin sosiaalisen rakentuneisuuden. Henkilökohtainen kirjoittaminen nimetään toisinaan psykoanalyysin käsittein narsismiksi. Myös vasta-argumentti voi olla psykoanalyttinen: narsismi kuuluu kahdenväliseen (esikielelliseen) rakenteeseen, ja ajatus tutkijan identiteetistä tieteellisten ym. keskustelujen synnyttämänä tilanteisena koostumana tekee mahdolliseksi narsistisen itsekorostuksen (Stanley 1990, 64; Frosh 1994, 38).

Arthur Frankia (1995, 23) lainaten annoin lääkäreiden sairaustarinoita ihmetellessäni kertomusten ajatella kanssani: ”Tarinan kanssa ajatteleva tarkoittaa sen kokemista, miten tarina vaikuttaa omaan elämään, ja se tarkoittaa totuuden – tietynlaisen totuuden omasta elämästäni – löytämistä tarinan vaikutuksesta”. Kertomus saa silloin vaikuttaa kuulijaan, ja sen sijaan, että teorian valossa tuotettaisiin kertomuksesta (tai kertojasta) tulkinta tai totuus, synnytetään kertomusten kanssa uutta teoriaa ja uudenlaisia mahdollisuuksia ymmärtää (Frankin tapauksessa sairauden kokemusta). Kyse ei ole teoreettisen, kategorisen, analyttisen narratiivisen tutkimuksen ja kertomusten henkilökohtaisen, empaattisen kuuntelemisen vastakohtaisuudesta (ks. Bochner 2001), vaan lähestymisestä tavalla, jossa teoreettinen ja henkilökohtainen sulautuvat yhteen (kuten esimerkiksi olen esittänyt psykoanalyttisten teoriasäikeiden sulautuneen osaksi sekä omaani että kertojeni kokemusta ja käsitystä itsestään yksilöinä). Viritän oman sisäisen dialogini eri taajuuksille riippuen siitä, päätänkö kuunnella kertomusta analyttisesti tai

eläytyen, mutta tutut teoriansi ovat aina mukana ja määräävät osaltaan sitä, mikä voi resonoida minussa.

Marja Kaskisaari (2000) luo lukemisen tapaa, joka siirtyy empaattisesta luennasta kohti kokemuksellisten erojen lähtökohtaa omaelämäkertatekstien tutkimuksellisessakin luennassa. Tutkija tuo tällöin omat tunteensa, kokemuksensa ja kokevan ruumiinsa tulkintatapahtumaan. Hän asettuu dialogiin oman erityisyytensä tunnustaen, jolloin kertojakin saa tilaa omalle erityisyydelleen. Täydellisen ymmärtämisen ja lopullisen tulkinnan sijaan tärkeäksi tulee itse merkityksen neuvottelun tapahtuma: miten kertomus voi välittää vastaanottajalle jotakin kertojan kokemuksesta, millaisia jaettuja merkityksiä tarvitaan ja mitä kertoo merkityksistä se, ettei lukija ymmärrä eikä hänen ruumiinsa resonoi. Tulkinta ”ei kerro niinkään totuuksista, vaan rajojen ylityksistä sekä aikaisempien merkitysten vahvistumisesta ja viruttamisesta” (Kaskisaari 2000, 61).

Nancy K. Miller (1988) kirjoittaa nimenomaan sukupuolesta erona, erityisyytenä, jonka lukija voi tunnistaa tekstistä vain virittämällä oman ruumiillisen itsensä vastaanottajaksi, tunnistamaan oman kokemuksensa kautta ja ruumiinsa resonoidessa kertojan (ruumiillisen, sukupuolen merkitsemän) kokemuksen (myös Kaskisaari 2000). Toisinaan dialogiin asettuminen synnyttää vain kertakaikkista ymmärtämättömyyttä, tarina ei resonoi, ei aukea (ks. Peltonen 1997). Tällöin dialoginen tutkija *ihmettelee*, ja ihmetyksen tunne saattaa olla dialogisen tietämisen oivallusta edeltävä hetki. Ihmettely korostaa dialogisen tietämisen ruumiillisuutta ja aikaisempien merkitysten muutoksen mahdollisuutta (Kaskisaari 2000, 61).

Väitöskirjakin on eräänlainen kertomus, intellektuaalisen omaelämäkertani osa (Stanley 1992; Richardson 1997; Vilkkö 1997), joka välittää minulta lukijalle. Anni Vilkkö (1997) näkee tutkitun omaelämäkerran kolmen kohtaamispaikkana: siinä kohtaavat tarinansa kertoja, hänen tutkija-lukijansa ja edelleen tutkimuksen lukija, joka hänkin käy kohtaamiseen oma henkilökohtainen ja intellektuaalinen historiansa mukanaan. Jokaisella luentakerralla kertomus saa uusia merkityksiä, siitä kääntyy esiin uusia puolia. Dialogisesti ajatellen tutkimuksen tarkoitus ei ole koettaa tyhjentää kohdettaan, sanoa lopullista sanaa lääkärinkertojista tai heidän identiteeteistään, vaan sen tarkoitus on olla osa merkitysten jatkuvaa virtaa. Ja virratessaan se puhuttelee lukijaa, tarjoaa kokemushorisonttien yhteensulautumisen ja toisin näkemisen hetkiä, ja toisaalta sallii sen, että tutkimuksen lukija tulkitsee aivan eri tavalla.

*Dialogisesti tutkien tietäminen näyttäytyy dialogina. Tutkija on eräänlainen dialoginen solmu: hän käy keskustelua haastateltaviensa ja edelleen aineistojensa kanssa (horizontaalinen suunta, Emerson 1986, 25) ja toisaalta toisten tutkijoiden, teorioiden ja teoreetikoiden sekä oman kokemuksensa ja elämänsä historian äänten kanssa (vertikaalinen suunta) ja kääntyy lopulta lukijansa puoleen. Tieto on neuvottelun tulos, joka lopulta saavutetaan vasta tutkimusraportin lukijassa tai esitelmän kuulijassa ja joka jatkaa elämäänsä senkin jälkeen. Tieto ei ole hallitsemista vaan vuorosana.*

### 6.3. Sanojen kunnioitus

Toinen on erilainen kuin minä, mutta sanojen ja kertomusten kautta voin tavoittaa häntä ja hänen kokemustaan (Irigaray 1996b). Olipa kyse sukupuolesta tai toisen identiteetin muusta puolesta, voin ymmärtää häntä omanlaisenaan persoonana vain kuuntelemalla. Hänen kertomastaan rakennan hänestä ymmärryksen itselleni (ja tässä mielessä en näe konstruktionismia vastakkaisena sukupuolieron lähtökohdalle).

Irigarayn tavoitteena on antaa arvo ruumiille, kokemukselle, aistimelliselle, tunteille (eli feminiiniselle) ihmisyydessä ylipäänsä ja myös tietämisen muotoina. Silti hän kunnioittaa kieltä, sanoja, kertomuksia, teorioita. Arthur Frank (1993, 42) kirjoittaa kokemuksen totuudesta, joka aina osittain väistää ja uhmaa sanoja. Kieli, sanat ja tarinat ovat silti välttämättömiä, kun haluamme jakaa kokemuksemme tai ymmärtää sitä ja itseämme. Kokemuksin lopulta valmistuu vasta saatuaan sanat, ja sanoilla kokemusta on mahdollista muuttaa. Kun sanon tutkivani lääkäreiden tarinoita, heidän puhettaan, kerroksen keinoja, sanojen valintaa, retoriikan ja metaforien muutoksia, en tutki *vain* kieltä. Jokainen tarina on kerrottu oman henkilökohtaisen, kipeän tai kepeän kokemuksen kautta, ja kokemuksen kautta kulkiessaan sosiaalisesta todellisuudesta lainatut yhteiset sanat ja retoriikat saavat aina vähän uuden, erilaisen sävyn ja merkityksen (Bakhtin 1981, esim. alkaen s. 345; 1986, 89).

Sanat ja kertomukset ovat ikään kuin kohtaamispaikka (Vilkko 1997). Kertomus viittaa elettyyn ja koettuun, johon kokijalla ei ehkä ole itselläänkään suurempaa tietä ja johon hän voi kutsua toisen käymään kertomuksen kautta. Kielellinen ja kulttuurinen välittyneisyys ei tee kokemuksesta ja kerrotusta vähemmän todellista (Frank 1993, 48), vaan ehkä enemmän: kielen avulla voimme ventiloida ajatuksiamme ja tunteitamme vastaavasti kuin keuhkoilla hengitämme happea ruumiillemme. Irigaray rinnastaa nämä kaksi, hengityksen ja puheen, ruumiin ja dialogin, kahtena välttämättömyytenä, jotta voisimme elää ja koskettaa toisiamme alati ihmetellen ja kunnioittaen (Irigaray 1996b).

Thus, *I am listening to you* is not to expect or hear some information from you, nor is it the pure expression of sentiment (...). *I am listening to you* is to listen to your words as something unique, irreducible, especially to my own, as something new, as yet unknown. It is to understand and hear them as the manifestation of an intention, of human and spiritual development (Irigaray 1996b, 116).

*Dialoginen tutkija kunnioittaa kieltä, sanoja ja kertomuksia yhteyden rakentamisen ja ymmärtämisen välineinä. Sanat liittävät merkityksiä omiin kokemuksiimme, ja kertoen opimme itsestämme, luomme identiteettiämme. Sanojen ja kertomusten kautta rakennamme itsellemme myös kuvan toisesta ihmisestä, ja vain sanojen kautta voimme ymmärtää toista (ja myös itseämme sisäisesti) erilaisena – meillä ei ole suurempaa tietä hänen kokemukseensa.*

## 6.4 Moniäänisyyden kunnioitus

Mikä on se itsensä kerronnan prosessissa synnyttävä minä, joka ei ole yksi vaan monta, joka ei ole vapaa vaan maailmaan sijoittumisensa ja ihmissuhteidensa muovaama ja kulttuurin käsitteistä ja mallitarinoista rakennettu? Onko hän kukaan – olenko minäkään? Tutkija-lukijalla on sekä vapaus että vastuu. Valitsemani aineiston lukemisen tapa määrää sitä, mitä voin luettuani sanoa. Jos luen kieltä, saan vastaukseksi kielen moninaisia keinoja kertoa minää, jos luen kokemusta, käyn dialogia merkityksiä antavan ja elämäänsä tulkitsevan kertojan kanssa. Vaikeus lienee sen hyväksymisessä, että samalla, kun minuus on sekä kielellisin keinoin ja mallitarinoin tuotettua että kokemuksellista, merkityksellistä, tavoitteellista olemassaoloa, näiden molempien tavoittaminen samalla analyysillä on kovin hankalaa – koko minuus tuntuu väistävän kohtaamista.

Dialogisuus näkökulmana kertomuksiin antaa mahdollisuuden kuunnella kertojan moniäänisyyttä ja virtaavuutta, mutta myös selkeyttä ja yksinäisyyttä. Aloitan *Setback*-artikkelin siteeraamalla Mark Freemania:

There are unquestionably times – particularly when we interpret ourselves – when a vision of the whole, of a center, is appropriate and necessary. (...) But the quest for the whole (...) must not be undertaken at the expense of difference and multiplicity (Freeman 1993, 144).

Vaikka sitoudun ajatukseen kerrotun minuuden dialogisuudesta ja välitilallisuudesta, en silti voi tai tahdo väittää, että minuus olisi vain kieltä, vain monia sanoja toisensa perään. Yhtenäinen ja ajassa samana säilyvä minuus on ehkä sittenkin välttämätön illuusio (Rojola 1996, 30). Usko siihen, että olen olemassa itsenäni, pysyvyytenä muutoksessa, on läsnä kaikessa, mitä koen, teen ja ajattelen. Sama usko saa minut kysymään omalta menneisyydeltäni vastausta kysymykseen *kuka minä oikein olen?* ja tulkitsemaan sekä omani että toisten uudenlaisuuden *muutokseksi*, ei vain uudenlaisen puheparren löytymiseksi. Uskoni kautta minä *olen* myös pysyvyyttä, kyse ei ole vain teoriasta, jonka voin vaihtaa toiseen uskomusjärjestelmään kuin paidan tai puolison – helposti tai edes tuskan kautta (Freeman 1993, 28; Sampson 1993; de Peuter 1998, 43).

Silti dialoginen näkökulma kertomukseen ja identiteettiin korostaa, jopa ensisijaistaa, eron ja moninaisuuden. ”Omaelämäkerrallisten kertomusten voima ei ole niiden kyvyssä esittää koherentteja identiteettejä, vaan mahdollisuudessa ilmaista ja käsitellä moninaisia, osin ristiriitaisia minuuksia ja kokemuksia” (Wortham 2001, 7) ja tehdä se tavalla, joka kutsuu kuulijaa. Ajattelen itse Anni Vilkon (1997) tavoin omaelämäkertaa vakavana lajityyppinä ja elämän kerrontaa vakavana yrityksenä löytää eleyllä merkitys ja elämälle koherenssi, mutta ajattelen myös, että koherenssi, kaiken mer-

kityksellisen mahtuminen yhteen elämään ja yhteen kokijaan, voi syntyä vain kertomuksen ja identiteetin moniäänisyytenä ja -puolisuutena. Omaelämäkerta, niin kirjoitettu kuin suullinenkin, on kertojalle mahdollisuus tuoda menneet vuorovaikutustilanteet, aiemmat keskustelut ja omat ja toisen esittämät arviot itsestä yhteen kertomukseen (Vilkko 1997, 26–27). Kertoja voi koota elämänsä langat hetkeksi kertoessaan, mutta vain, jos kertomus sallii lankojen erilaisuuden ja myös sen, ettei niitä kaikkia voi koskaan kutoa yhteen yhdeksi kuvaksi itsestä ja todellisuudesta, yhdeksi juonen jatkumoksi.

Mihail Bahtin rinnastaa jokaisen kielenkäyttäjän kirjailijaan (Bakhtin 1981, 1984): samalla tavoin kuin kirjailija käyttää henkilöhahmojaan eri sosio-ideologisia kieliä puhuvina näkökulmina maailmaan ja rakentaa näiden monista äänistä romaaninsa kokonaisuuden, vastaavasti oman tarinansa kertoja voi käyttää oman elämänhistoriansa ja sosiaalisen elinpiirinsä kieliä ja murteita luodessaan minuutensa moniäänistä maailmaa. Siteeraan Bahtinia korvattuani romaani-sanan *minällä*:

The Self can be defined as a diversity of social speech types (sometimes even diversity of languages) and a diversity of individual voices, artistically organized (Bakhtin 1981, 262).

Kielillä Bahtin viittaa kansallisiin kieliin ja niiden murteisiin, mutta ennen kaikkea hän tarkoittaa sosiaalisia kieliä, joista hän mainitsee eri aikakausien, yhteiskuntaryhmien, ammattiryhmien ja sukupolvien kielet (Bakhtin 1981, 272) – listaa voi jatkaa. Jokainen sosiaalinen kieli on erityinen näkökulma maailmaan, sanaston, arvojen ja merkitysten elävä kokonaisuus. Kunakin historian hetkenä puhuttu kieli kerrostuu näin, ja jokaiseen puhujaan kerrostuu hänen oma sosiaalinen todellisuutensa, hänet kuuluvaksi tekevien kielten moneus ja niissä esiintyvien äänten (näkökulmien) runsaus. Bahtinille vuorovaikutus niin ihmisten välillä kuin itse kunkin monien äänten välillä on jatkuvaa *kääntämistä* kieleltä toiselle, mikä yhdessä ääripäässään tarkoittaa vieraita kieliä siten, kuin ne yleensä ymmärretään, kansallisina kielinä. Toisessa ääressä kääntämistä tarvitaan, jotta yksi sosiaalinen ryhmä (sanotaan vaikka lääkäri) ymmärtäisi toista (potilastaan), jotta lapset ymmärtäisivät vanhempiaan tai tämä päivä eilisen puhetta (Emerson 1984, xxxi). Merkitykset muuttuvat joka käännöksessä.

Bahtin kutsuu kielen käyttäjää taiteilijaksi siinä, missä Ricoeur näki luovan kertojan ja Freeman (1999) poeettisen mielikuvituksen, mahdollisuuden merkitä omaksi ja erityiseksi sanat ja kertomukset, luoda oma tyyli ja oman autenttisuuden kokemus. Yhteistä näille kolmelle kirjoittajalle on myös se suunta, josta he etsivät luovuuden lähdettä: luovuus ei virtaa yksilön sisältä päin, vaan toisilta, heidän kertomustensa ja tyyliensä erilaisuudesta, kertojan ja kuulijan välistä.

Between the word and its object, between the word and the speaking subject, there exists an elastic environment of other, alien words about the same object,

the same theme (...) It is precisely in the process of living interaction with this specific environment that the word may be individualized and given stylistic shape (Bakhtin 1981, 276).

Oman minuutensa dialoginen kertoja kohtelee monia kieliään vastaavasti kuin dialoginen kirjailija romaaninsa henkilöihahmoja: ne jäävät osittain elämään omaa elämäänsä, ennustamattomuudeksi ja sattumanvaraisuuden mahdollisuudeksi hänessä itsessään. Hänen 'ykseytensä' on siinä luovassa työssä, jolla hän saattaa puhumansa kielet ja ottamansa näkökulmat yhteen kertomuksessa, mutta hän ei lopulta ota niitä haltuunsa luodakseen oman yhteisymmärryksensä. (Bakhtin 1984.) Ennemminkin syntyy ”kuvaus minästä fragmenttien äärellisyytenä, yhteenkietoutumien kompleksina ja ambivalenttiuden järjestyksenä”, kuten Suvi Ronkainen (1999, 73) kuvaa ykseyden ja moneuden yhtäaikaisuuden paradoksia.

Moniäänisyydessä on myös vaikenemisen ja vaimentamisen mahdollisuus, minkä unohtamisesta Zali Gurevitch (2000) syyttää Bahtinia. Bahtinille dialogisuus on kuitenkin käytännössä saamiensa muotoja perustavampi kielen ja merkityksen teoria, ei idealistinen kuvaus konkreeteista kohtaamisista. Äänet yhdessä minuudessa tai eri lailla kokevien ihmisten välillä voivat kohdata myös tavalla, jossa yksi käyttää toista hyväkseen tai on näennäisen kuuro (Bakhtin 1984, 5. luku). Artikkeleissa *Setback of a Doctor's Career* ja *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja* tarkastelen lääkäriidentiteetin dialogeja moniäänisinä kuunnellen myös tapaa, jossa äänet suhtautuvat toisiinsa: väistävät, kohtaavat tai hierarkisoituvat. Moniäänisyyden kunnioitus ei siis viittaa minuuden tai kohtaamisen harmonisuuteen, mutta se ei myöskään sulje pois harmonian kokemuksen mahdollisuutta.

Paradoksaalisella tavalla dialogin virtaavuuden ajatus avaa mahdollisuuden kohdata toinen (ja oma itsekin) yhtä aikaa erityisenä ja ainutkertaisena ja toisaalta kulttuurista, sosiaalisesta, jaetuista sanoista syntyneenä (ks. Wortham 2001, 147). Sosiaalisen ja psykologisen identiteetin vaihtoehtoisuus häviää: samat dialogit jatkuvat yksilön rajojen yli ja läpi. Henkilökohtaiselle kokemukselle ja minuudelle annetut sanat ovat väistämättä 'second-hand', moneen kertaan käytettyjä, puoliksi omia, puoliksi toisten. Jokainen puhuja ottaa ne omikseen sommitellessaan ne osaksi omaa dialogiaan, omien ääntensä kokonaisuutta, omien intentioittensa ilmaisua (Bakhtin 1981, 293). Itse asiassa Bahtinille yksilön tietoisuus itsenäisenä, omat sitoumuksensa tunnistavana tulee mahdolliseksi juuri siinä, missä hän ryhtyy valitsemaan, mihin sanoihin (teorioihin, kertomuksiin jne.) tarttuu, mitkä sanat koskettavat. Sellaisten sanojen voi antaa tulla osaksi omaa sisäisyyttä, sulautua itseen ja synnyttää jotakin uutta, synnyttää oma itse joksikin uudeksi. (Bakhtin 1981, 345.)

*Dialogisuuden idea kunnioittaa minuuden ja identiteetin moniäänisyyttä ja kertomuksen avoimuutta, mahdollisuutta kertoa toisin. Dialogisuus näkee mahdollisuuden sisällyttää erilaisia minuuden puolia, erilaisia kokemuksia, erilaisia tulkintoja*

*yhteen kertomukseen ja identiteettiin vapauttavana ja pitää koherenttina kertomusta, joka onnistuu välittämään kertojan moninaisuuden kuulijallekin.*

## 6.5 Esimerkki kertomusaineiston dialogisesta tulkinnasta

*Dialoginen tutkija suhtautuu kunnioittavasti (teksti)aineistoihin. Niitä ei nähdä todellisuuden suorina kuvauksina, vaan mahdollisuuksina ymmärtää jotakin todellisuudesta. Jokainen (kertomus)teksti avaa ikään kuin uuden kokemushorisontin tutkijalle, uuden näkökulman maailmaan. Ymmärtääkseen tutkija asettuu dialogiin aineistojensa kanssa ja kutoen yhteen teoreettista ja empiiristä lankaa hän luo analyysimenetelmiä, lukemisen tapoja, jotka toteuttavat dialogisuuden periaatteita.*

Stanton Worthamin kirjasta *Narratives in Action* (Wortham 2001) voi löytää esimerkin siitä, miten teoreettinen ymmärrys kertomuksesta vuorovaikutuksena ja moniäänisenä toteutuu aineiston lukemisen metodina. Worthamin mukaan omaelämäkerrallinen kertoja samanaikaisesti kuvaa päähenkilöään, narratiivista identiteettiään, ja esittäytyy kertojana kuulijalleen. Worthamin mukaan kertomuksen voiman ja minuutta rakentavan potentiaalin voi lopulta ymmärtää vain ottamalla huomioon molemmat kerroksen tapahtumat, tarkastelemalla niitä suhteessa toisiinsa. Hänen esimerkinsä esittää naisen, Janen, joka omassa muutoskertomuksessaan episodista toiseen edetessään vähitellen muuttaa päähenkilö-Janen passiivisesta, haavoittuvasta, toisten julmuudelle alttiista Janesta aktiiviseksi ja itsestään varmaksi vastuunsa kantajaksi. Samalla Jane elää muutoksen todeksi suhteessa häntä haastatelleeseen psykologian opiskelijaan: Hän oli ensin kertojana haavoittuva, haki etäisenä pysyttelevältä haastattelijalta turhaan sympatiaa ja tukea samalla kun päähenkilö-Jane jäi vaille tukea kertomuksen tapahtumissa. Kertomuksen edetessä kertoja-Janesta kehkeytyi varma ja itsetietoinen nainen, joka elämäkokemuksensa varassa asettautuu tietävämmän asemaan suhteessa nuoreen haastattelijaansa. Tarinan muutosjuonen ja kertojan haastattelusuhteessa todeksi elämän uuden itsevarmuuden tukiessa toisiaan voi Worthamin mukaan ajatella minuuden muutosrakentumisen tapahtuvan.

Wortham (2001, 140–144) ei kiellä kertomuksen ja identiteetin koherenssin pyrkimystä, mutta hänestä uskottavampi ja mielekkäämpi tapa ymmärtää koherenssia on nähdä se vuorovaikutukseen kuuluvana (vrt. Linde 1993; de Peuter 1998). Omaelämäkerrallinen koherenssi ei tällöin synny vastaavuudesta elämän tai ihmisen sisäiseen maailmaan sijoittuvan identiteetin kanssa, vaan siinä on kyse kertomisen tavan, tyylin ja tapahtuman mahdollistamista suhteista kuulijaan; millaisena kertoja näyttäytyy kuulijalle ja miten tulee kohdatuksi, koherentisti vai ei suhteessa siihen minuuteen, joka kokee olevansa, joka tahtoo olla.

Kerrotun minuuden voi siis nähdä päähenkilön identiteetin ja kertojan minän kudelmanä, joka elämäntarinan tapahtumien kautta kiinnittyy elettyyn aikaan, kokemuk-

seen ja kertojan eläneeseen ruumiiseen. Kertomisen hetki puolestaan tarjoaa minuuden aineksiksi sanat, kertomukset, elämänkulun ja kehityksen mallit ja teoriat sekä kuulijan, jonka kanssa minuus neuvotellaan. Identiteetti on tarinan kuvaama henkilöahmo, juonen kulusta esiin kasvava päähenkilö (Ricoeur 1991b; 1992), joka kantaa piirteissään enemmän tai vähemmän epäkoherenssia ja moniäänisyyttä. Kertojan esittämä minä sen sijaan ei useinkaan ole luettavissa suorina kuvauksina, vaan hänen on se ääni, joka arvioi tapahtuneita, suhteuttaa itseään ja päähenkilöä toisiin ääniin, toisiin ihmisiin, valitsee sanat ja antaa vihjeet siitä, kuka hän on.

Esimerkiksi antaessani väitöskirjalleni nimen (eli ikään kuin omalle tarinalleni otsikon ja tiivistelmän) *Auscultatio Medici* rakennan itselleni lääkäriminää tutkijana. Nimi tarkoittaa lääkärin kuuntelemalla tutkimista, ja identiteettini on siis dialogi- ja professiotutkijan. Kertojana esittäydyn myös sanavalintoina. Valitsen sanani latinaksi, kuten lääkäri tekee nimetessään suorittamansa toimenpiteet, ja tiedän, että kulttuurimme kuvastossa latina liitetään lääkäriin, annetaan nimeksi lääkärin etäisyydelle ja lääketieteellisen tiedon vaikeaselkoisuudelle. *Auscultatio Medici* on sanaparina tavallaan tuttu, mutta samanaikaisesti se rakentaa minua kirjoittajana viileäksi ja etäiseksi – ainakin ellei lukija tunnista nimeen kätkemääni ironiaa. *Auscultatio* on kyllä lääkärin kuuntelemalla tutkimista, mutta ei minun tavallani. Auskultoiden kuunnellaan sydäntä, keuhkoja, suoliääniäkin, mutta ei sanoja, elämäntarinoita tai lääkäreitä eikä ilman aikomusta tulkita normaaliksi tai poikkeavaksi. Kahden sanan otsikkoni synnyttää oman minuuteni kahtalaisuuden – olen lääkäri ja ei-lääkäri yhtä aikaa – mutta vain, jos lukijani ymmärtää vihjeet, ja siitä en voi koskaan olla varma.

Stanton Wortham viittaa Mihail Bahtiniin sanoessaan, että lausuman voi ymmärtää vain, jos ottaa sanojen sisällön lisäksi huomioon sen, miten sanoja positioi itsensä sanoillaan, mikä on hänen kantansa sanottuun, miten hän suhtautuu sanojen vastaanottajaan (Wortham 2001, 20). Tämän position ymmärtäminen edellyttää kielellisten vihjeiden tulkitsemista, ja tulkinta puolestaan tietoa kulttuurista ja sosiaalisista kielistä: väitöskirjani otsikkoa ei voi ymmärtää, ellei tiedä latinaa lääketieteen kieleksi, ja auskultaation merkitys lienee sittenkin erilainen lääkärilukijalle kuin sellaiselle, joka ei ole oppinut auskultoimaan stetoskoopilla. Kertoja on kuulijalle esittäytyessään, minuuttaan rakentaessaan, jaettujen sanojen ja yhteisten merkitysten varassa, ja samalla hän taiteilee merkitysten muuttuvuuden kanssa – muuttaa niitä itse huomaamattaan ja tietoisesti, tarkkailee kuulijaa ja palaa selittämään, jos näyttää siltä, ettei kuulija ymmärrä.

Bahtin on kirjallisuustieteilijänä kirjoittanut romaanista aidosti dialogia hyödynnettävänä genrenä. Romaanissa merkitys syntyy sen kautta, miten eri henkilöt positioituvat eri tavoin suhteissa toisiinsa ja maailmaan. Bahtinin mukaan ihmiset kertovat jokapäiväisessä kielenkäytössään itsensä romaanikirjailijan tavoin, sosiaalisen maailman ääniä



käyttäen (Wortham 2001, 63). *Double voicing* on Bahtinin (1984) käsite viittaamaan siihen, miten sekä kertojan että tarinan henkilöahmon ääni voidaan esittää samanaikaisesti. Esimerkiksi lämmin omaelämäkerrallinen ironia, jonka tarinansa kertoja usein liittää menneen minänsä näkemyksiin, kaksiaänistää puheen (Bakhtin 1984, 194). Sanat kuuluvat yhtä aikaa menneelle minälle ja nykyhetkessä kertojalle, joka ironialla ottaa niistä etäisyyttä, arvioi ne, ja esittää itsensä elämästä opin ottaneeksi, aiempaa viisaammaksi. Matti Hyvärinen, toinen väitöskirjani ohjaajista, on usein keskustelussa viitannut siihen, miten tuskallista on lukea omaelämäkerrallista esitystä, jossa kertoja ei lainkaan etäänny aiemmista lausumistaan – omaelämäkerran kertojalta odotetaan, että hän tietää enemmän kuin mitä tiesi ennen; hän tuntee sen päätepiteen, josta tarina tällä kertaa kerrotaan.

Wortham esittää esimerkkejä kielellisistä vihjeistä, joista kertomusta analysoiva kuulija voi tunnistaa kertojan minän ja kerrotun identiteetin kaksinaisen läsnäolon (Wortham 2001, 70–75). Kyse on pitkälti samoista kielellisiin valintoihin kätkeytyistä arvioinneista, joita Matti Hyvärinen on kutsunut odotuksen ilmaisimiksi (Hyvärinen 1994, 60; Tannen 1993). Hyvärinen ajattelee, ettei minää useinkaan kerrota suoraan vaan odotusten kautta – kertomalla siitä, mitä odotettiin ja mitkä odotukset täyttyivät, mitkä pettivät. Ajatuksen voisi nyt muotoilla hieman toisin: kertoja ei esitä kertomisen tapahtumassa minuuttaan suoraan kuvauksin, vaan antamalla sanojensa kahdentua, liittämällä kuvaukseensa kielellisiin vihjeisiin piilotetun arvion tapahtuneista. Hyvärisen määritelmä kertomuksen ydinepisodista odotuksista (eli arvioinnista) tiheänä jaksoneina ja minän kerronnan tihentymänä viittaisi juuri *kertojan* läsnäolon tiheyteen sekä tekstissä että vuorovaikutuksessa. Odotustiheistä jaksoista voisi näin ollen tunnistaa nimenomaan vuorovaikutukseen ja suhteisiin kiinnittyvän, minän ja toisen rajalla sijaitsevan (de Peuter 1998) minuuden/identiteetin ulottuvuuden.

Artikkelissa *Set-back of a doctor's career* esittämäni tulkinta Lassi-lääkärin elämäkertomuksesta muistuttaa Worthamin Janea. Myös Lassi oskilloi kahden kerrotun minän välillä – aktiivisen ja passiivisen. Kertomuksessa toistuu useamman kerran kaava, jossa Lassin mennyt, passiivinen, kritiikittömästi ulkoa päin urallaan ohjautuva minä väistyy aktiivisen, vastuullisen, ratkaisunsa tietoisesti tekevän minän tieltä. Luen tätä muutosjuonta *Setback*-artikkelissa ydinepisodiksi nimeämästäni jaksosta, jossa Lassi kuvaa syventävien opintojensa tutkimusprojektia.

Kertojana Lassi arvioi tapahtunutta ja tarinansa päähenkilön edesottamuksia. Hän kertoo aloittaneensa syventävät opintonsa ”suurilla ennakko-odotuksilla” mielessään aihe, jota olisi halunnut tutkimuksella selvittää. Ohjaajan toimesta aihe ”tyrmättiin heti noin”. Lassin sanavalinta sisältää vahvan arvion ohjaajan menettelystä ja esittää samalla Lassin nyt kykenevänä tuon arvion tekemään. Kertoja-Lassi siteeraa mennyttä minäänsä: ”joo joo et ei siinä mitään, et hän varmaan tietää sen et mistä kannattaa se juttu

tehä”. Hän laittaa sanat päähenkilön suuhun valiten sanat ja esittämisen tyylin taiten ja samalla hän esittää minulle kertojan, joka suhtautuu hyväntahtoisesti tuon päähenkilö-Lassin silloiseen ymmärtämättömyyteen ja ymmärtää nyt siis enemmän. Worthamin (2001, 77) mukaan keskeinen dialogisen analyysin kysymys on sen ymmärtämisessä, miten kertoja suhteuttaa itsensä erilaisiin kerrottuihin miniin ja samalla kertomuksen kuulijaan. ”Miten hän käyttää (’ventriloquate’ on Bahtinin termi, vl) kahden kerrotun minänsä ääniä esittäytyäkseen kuulijalleen tietynlaisena persoonana?”

Lassi lainaa muitakin ääniä, muun muassa ohjaajaansa ja tutkimusta tehdessään tapaamiaan ylilääkäreitä, joista viimeinen oli lopulta ”kunnon tieteenekijä” (kertoja-Lassin arvio). Tieteenekijä otti Lassin tutkimussuunnitelman niin vakavasti, että luki sen ja totesi Lassin tehneen valtavan määrän turhaa työtä etsiessään potilastietoja vanhoista leikkaussalipäiväkirjoja – samat tiedot olisi saanut yhdellä haulalla poistoilmotusrekisteristä. Kertoja-Lassi ei siteeraa ylilääkäreitä, vaan antaa ylilääkärin äänen tulla omakseen: ”sit mä rupesin tajuumaan nii et ehkä tää ei ollu kuitenkaa kovin hyvi suunniteltu tää mun homma”. Ylilääkärin kohtaamisesta muodostuu kertomuksen ja kerrotun minän käänne, mennyt Lassi väistyy tämän arviointikykyisen nykyisen tieltä.

Kertoja-Lassi samaistuu päähenkilön nykyiseen hahmoon, siihen Lassiin, joka lopulta ymmärsi, ettei hänen tutkimusprojektinsa täyttänyt tieteenekemisen kriteereitä. Samalla hänen aiemmat odotuksensa uralta murtuvat: hän oli kirjoittanut pohtimatta lähtenyt tekemään syventäviään alalta, jonne ajatteli erikoistuakin, ja haaveili jatkamisesta väitöskirjaan. Hän oli luottanut ohjaajansa tieteelliseen ja kollegiaaliseen vastuuseen, ja tämä odotus on ehkä kipein murtuma hänen identiteetissään. Syventävät-episodin myötä Lassi-päähenkilö kasvaa kykeneväksi arvioimaan kriittisesti tieteenekemistä, ja kertojan ääni sulautuu päähenkilöön Lassin suunnatessa haastatteluhetkestä kohti uransa tulevaisuutta, joka ei enää ole itsestään selvä:

Mä päätin, että nyt mä kyllä katon ensin tätä hommaa vähä, nyt mä oon pari kertaa sekä lähteny lääkkikseen että ruvennu syventävii tekeen aika (nauradus) suht hätäsesesti (...) et mielellään, jos nyt vaan toivoo saa ja jos vaan mahdollisuuksia on nin .. jatkossa keräilisin kokemusta mahdollisimman monelta alalta. Sitä nyt on vaikee tietää mitä, äkkiä se mieli muuttuu sitte, jos löytyy joku hyvä.

Haastattelutilanteessa Lassi esittäytyy minulle kriittisenä ja ratkaisuihin vakavasti suhtautuvana lääkäri-kertojana ja perustelee samalla arvokkaaksi senhetkisen tilanteensa, jossa hän oli luopunut aiemmista itsestäänselvistä uralla ja tieteenekijänä etenemisen suunnitelmista. Hänen sijaisuutensa terveyskeskuksessa oli päättymässä, hän uskoi voivansa jatkaa sitä, mutta haikaili sairaalatyöhön. Hänen työhaussa oli kuitenkin ”tietty saamattomuutta”, ja hän oli myös kieltäytynyt ohjaajansa tarjoamasta mahdollisuudesta jatkaa tutkimuksen tekemistä syventävien jälkeen. Ilman syventävät-episodia ja siinä keskustelevien äänten dialogia, jonka Lassi kertojana taitavasti arvioi, en ehkä

ymmärtäisi, miksi Lassi haluaa jarrutella, mutta nyt ymmärrän. Hän onnistuu kertomaan minuutensa tavalla, jossa päähenkilön kuvattu muutos myötäilee hänen kertojana minulle – väitöskirjaa tekeväälle kollegalle – esittämäänsä varmuutta siitä, että hänen ratkaisunsa odottaa ja ”katsoa tätä hommaa vähän” on hyvä ja harkittu. Worthamia seuraten Lassin omaelämäkerrallinen esitys on minuuden ja (lääkäri-)identiteetin todellisen rakentamisen tapahtuma.

Lassi rakentaa lääkäriyttään haastattelutilanteessa hyvin hienovaraisesti ja monisyisesti. Hän kuvaa kasvua ymmärrykseen ja kriittisyyteen, mikä samalla avaa ohjaajan syyttämisen railon. Lassi on vaarassa syyllistyä epäkollegiaalisuuteen itse, jos hän arvostelee ohjaajansa välinpitämättömyyttä ja kiireisyyttä liian suoraan. Niinpä arvio on kätkeyty kielen pintaan. Lassin kerrontaa vetää tarve esittää itsensä, myös mennyt minänsä, sittenkin riittävän kelvollisena syventävien tekijänä ja samanaikaisesti mahdottomuus syyttää projektin epäonnistumisesta suoraan ohjaajaa. Hän korjaa useaan kertaan (--- merkitsee korjauksen):

1. sit mä tajusin et
2. siinä mä rupesin tajuumaan et eii jumalauta et mitä duunii mä oon tehny ku mä oon ettiny niitä tuola
3. et joka paikassa on nää samat rekisterit olemassa ainakin (yliopistosairaalassa)
4. et ne ois saanu suoraan sieltä esimers tuola
5. mut et ku ei vaan niinku voi ---
6. ja ei ---
7. ja niinku m- ---
8. et mä olin käyttäny siihen ihan tolkkuttomasti aikaa siihen niin minkä ois niinku saanu niinku niinku ois vaan pyytäny

Korjaus, jollaisen Lassi tekee rivien 5–7 jälkeen, on yksi Hyvärisen (1994, 59–60) nimeämistä odotuksen ilmaisimista, kielellisiin valintoihin sijoitetusta arviosta. Mikä kerrottuihin tapahtumiin, kerrontatilanteeseen tai yleisemmin lääkäriyteen liittyvä odotus (ks. Tannen 1993, 22) ohjaa kerrontaa, on tulkitsijan vastattavaksi jäävä kysymys. Kertomuksen katkot voisi kuulla myös Bahtinilaisittain sisäisesti poleemisena, puheena, joka suuntautuu toista ääntä kohti ilman, että tämä toinen tulee kuuluviin (Bakhtin 1984, 195; Komulainen 1998, 132). Tulkintani mukaan Lassi keskustele sen ammattikulttuurisen odotuksen kanssa, jonka mukaan kollegan ja ohjaajan kritisoiminen ei ole suotavaa, ainakaan suoraan. Lassi ratkaisee lopulta dilemman käyttämällä passiivimuotoa, joka sekin vihjaa tekijän kyseenalaisuudesta: hän ei sano, kuka olisi voinut, kenen olisi pitänyt pyytää (rivi 8).

Lassin kerrotun minuuden moniäänisyys ei ole vain päähenkilön identiteetin ja arvioivan kertojan kakseutta, vaan kummallakin näistä on edelleen monia ääniä, monia tapoja suhtautua itseensä ja maailmaan (Bakhtin 1984). Päähenkilö jakautuu analyysissä menneeseen ja nykyiseen Lassiin, ja kertoja puolestaan käyttää arvioidessaan eri

näkökulmia. Kun nämä monet äänet avautuvat sekä Lassin aiemmin käymiin keskusteluihin että haastattelun dialogiin ja edelleen omiin tutkijan dialogeihini, on Lassin moniäänisyys äärimmillään samalla, kun kyseessä on hänen minuutensa rakentumisen ja tiivistymisen hetki. Nämä eivät sulje pois toisiaan. Ne vaativat vain vähän kääntämään näkökulmaa.

## 6.6 Yksilöllisen ja sosiaalisen huokoinen raja

Kun aloin tehdä tutkimustani, oma identiteettikäsitteeni oli lähellä psykodynaamista, joskaan ei ehkä kovin tietoisesti. Uskoin siihen, että elämäntietoni (varhaislapsuutta painottaen) oli muovannut minut sellaiseksi kuin olin, ja sisäiset ristiriitaisuuteni olivat ei-toivottuja seurauksia siitä, miten jonkin tapahtumat todelliset psyykkiset merkitykset olivat ylittäneet kykyäni ymmärtää ja peittyneet näennäisten merkitysten alle. Narratiivisen teorian vaihtoehtoinen tapa ajatella on ollut minulle kokemuksena suuri helpotus. Tutkimusmatkani varrella kaikki lukemani teoria on kiertynyt lujasti minuun: kokemukseeni, kertomuksiini, ruumiini virtauksiin. En näe enää sisäistä ristiriitaisuutta virheenä itsessäni, vaan ajattelen sen enemmän olevan kokemuksen rikkautta ja sisäisten ja ulkoisten maailmojeni runsautta, vastaus ristiriitaisessa maailmassa olemiseen ja elämiseen.

Oman minuuteni dialogisuus ja narratiivisuus tarkoittaa, että kokemukseni on kulttuurin sanoilla, äänillä, tarinoilla rakennettu. Kaikki lukemani teoria – kuin myös jokainen kuulemani lääkärin tarina – on kasvanut minuun ja muuttanut minua. Vastaavasti luen (artikkelissa *Doctors as wounded storytellers*) Petran kertomuksesta hänen omaksumansa psykosomaattisen teorian jälkeä. Minun on helppo kuulla ruumiillisuuden, psyyken ja sosiaalisuuden erillisyyttä vastustava juoni tavassa, jolla Petra kertoo omasta elämästään. Hän käyttää esimerkiksi kokemuksistaan ruumiillisia metaforia (juuttuminen, prässä, kädettömyys) ja kohtaa narratiivisen vaikeuden (Chase 1995) kertoessaan omasta pitkäaikaisesta sairaudestaan eli astmasta, johon hän oli ”hilkulla” sairastua. Jos hän olisi sairastunut, se olisi (psykosomaattikan viitekehityksessä) voinut tarkoittaa vain jollakin olemassaolon ulottuvuudella ratkaisemattomaksi jäänyttä ongelmaa, juuttumista siihen. Niinpä astman oli mentävä ohi.

Kun kysytään lääkärin näkemystä ja mielipidettä koulutuksestaan, urastaan, elämästään tai vaikka terveydestään, oletetaan yleensä kaksi asiaa: ensinnäkin ajatellaan, että näkemykset ovat enemmän tai vähemmän pysyviä, lähes vastaajan yksilöllisiä ominaisuuksia tai persoonallisista ominaisuuksista syntyviä (ks. Sampson 1993, 34; Radley ja Billig 1996, 221). Myös ristiriidattomuuden vaatimus on vahva – kysely-

kaavake sisältää kyllä vaihtoehdon 'en osaa sanoa', mutta harvemmin 'sekä että' tai 'joskus niin, joskus näin' (ks. Ronkainen 1999).

Tapa, jolla olen tutkimuksessani lukenut lääkäreiden elämäntarinoita etsien niistä moniäänisyyttä, ristiriitaisuuksia tai ristiriidan mahdollisuuksia, tuntuu loukkaavan selkeyden ja yksiselitteisyyden vaatimusta ja siten myös haastattelemani lääkäreitä. Dialoginen tutkijuus ei kuitenkaan tunnusta yksiselitteisyyden normia eikä dilemman yksilölähtöisyyttä. Päinvastoin identiteetti ja minuus nähdään lähtökohtaisesti moninaisuudelle avoimina, ja se, milloin jaetun maailman moneus koetaan ristiriidaksi ja dilemmaksi, on tutkimuskysymys.

Jos etsisin tarinasta, haastattelupuheesta, vastausta siihen, mitä mieltä Lassi (ks. edellä 6.5. ja artikkeli *Setback of a doctor's career*) on syventävien opintojen tutkimusprojektistaan, vastaus olisi 'sitä ja tätä', 'välillä niin, välillä näin', 'sekä että'. Hän kertoo syvän pettymyksen projektissa, joka oli hänelle tärkeä, mutta yhtä lailla hän nyt kertoessaan arvioi pettymyksen henkilökohtaiseksi käännteeksi ja kasvun paikaksi. Syventävien myötä tarinan päähenkilö kasvaa itsenäiseksi ajattelijaksi, kriittiseksi tieteeseen ja tieteentekemisen arvioijaksi.

Lassin episodissa näyttäytyy ideologinen dilemma (Billig ym. 1988). Hän on syventäviään arvioidessaan tilanteessa, jossa (ainakin) kaksi arviota, kaksi tulkintaa, kaksi tarinaa samasta kokemuksesta ovat mahdollisia. Hän voisi kertoa omasta tieteellisestä kypsyttämättömyydestään ja epäonnistumisestaan, mutta valitsee kasvun version ja samalla lääkärin identiteetin, joka rakentuu kyvyllä ajatella kriittisesti ja itsenäisesti. Samalla mahdollisuus kriittisyydessään kunnioituksen puutteeseen syyllistyvästä lääkäristä ikään kuin kummittelee kerronnan taustalla. Kyse ei ole Lassin minuuteen ja persoonallisuuteen rakenteistuneesta ristiriidasta – ideologinen dilemma sijaitsee sosiaalisessa todellisuudessa (Billig ym. 1988). Haastattelutilanteessa sosiaalinen todellisuus konkretisoituu keskusteluksi haastattelijan ja haastateltavan välillä ja ideologisesta dilemmasta tulee dialoginen ongelma (Billig 1999, 241), sanojen asettamisen vaikeus (Chase 1995). Lassi kertoo tarinaansa minulle haastattelijana, mutta samalla hän kertoo toiselle lääkärille, ja ammattikulttuurimme hiljainen tieto (ks. Linde 2001) vihjaa, miten hän voi – ja miten hänen tulee – selittää pettymykseen johtanut tieteellisen uran alku.

Tuo hiljainen tieto, tieto, joka meillä kulttuurimme jäsenenä on käytössämme, vaikka sen kuvaaminen on vaikeaa, tarjoaa myös Lassin dilemman. Nuoren lääkärin tulisi yhtäältä kunnioittaa kokeneen kollegan tietoa, taitoa ja näkemystä, eikä kunnioituksessa ole kyse vain ammatillisen hierarkian ylläpitämisestä. Ainakin itselleni oli lääkärin työtä tehdessäni elintärkeää saada suuren epävarmuuden hetkellä kääntyä kokeneemman puoleen ja voida luottaa samaani vastaukseen, voida toimia sen mukaan. Samanaikaisesti, ja korostuneesti ongelmalähtöisen oppimisen ideologian vallitessa, nuoren lääkärin tulee kasvaa lääkäriyteen ennen kaikkea kriittisenä ja kuvia ku-

martamatta (Walton ja Matthews 1989). Hänen tulee osata etsiä tietonsa lähteistä, jotka hän ensin osaa arvioida luotettaviksi, ja tehdä käytännön ratkaisut näyttöön perustuen. Dilemma näiden välillä on mahdollisuutena olemassa lääketieteen kulttuurissa, ja se muuntuu henkilökohtaiseksi ja koetuksi ristiriidaksi jokaisessa tilanteessa, jossa lääkäri joutuu edetäkseen valitsemaan, kumpaa ääntä kuuntelee.

Konflikti ei synny sulkemisesta sisään vaan ulos, ulos omasta itsestä siksi, ettei tuolle konfliktille ole sanoja, kohtauspaikkaa kielessä. Dialoginen tiedostamaton on sitä, mitä ei haluta tai voida lausua ääneen, mitä sanat väistävät (Shotter ja Billig 1998; Billig 1999). Mark Freemanille narratiivinen tiedostamaton on niin ikään tiedostamatonta kulttuurisessa mielessä. Narratiivinen tiedostamaton tarkoittaa henkilökohtaisen historian kulttuurisia juuria, joista ei (vielä) ole tullut oman tarinan osia. Kyse on yhtäältä mahdollisista kokemuksista ja tulkinnoista, joita ei ole kerrottu. Toisaalta kyse on siitä, miten nämä mahdolliset, kulttuuriset tarinat ovat läsnä, miten sosiaalinen ja historiallinen ovat tarinoiden mahdollisuuksina läsnä meissä, vaikkemme niitä tiedostaisikaan (Freeman 2002a). Bahtin ei kiellä kokemuksen sisäisyyttä eikä sisäisen konfliktinkaan mahdollisuutta, mutta hän sosiaalistaa sen, tuo sen päivänvaloon (Emerson 1986, 32; Schwab 1991, 68). Jos riittävän moni tunnistaa saman sosiaalisen dilemman omaksi sisäiseksi konfliktikseen, on mahdollista koettaa myös sanoittaa sitä.

*Dialogisuuden näkökulmasta sanoista syntyvä minuus ja sosiaalinen todellisuus nähdään dialogina, joka jatkuu yksilön rajan yli ja molemmin puolin. Dialogiksi miellettyä yksilöä on sekä ainutkertaisen elämänhistoriansa luoma ja sanoittama että suhteidensa ja jaettujen sanojen ja kertomusten hetkestä toiseen uudesti synnyttämä. Sosiaalisen ja psykologisen identiteetin välillä ei ole juopaa, vaan kyse on rajasta, jonka ylittäessään sanat muuttuvat ääneenlausutuista ajatuksiksi, sisäiseksi dialogiksi, ja takaisin. Yksilöllisenä koettu ristiriitakin on samalla ideologinen, jaettu dilemma.*

## 7 Päätely: tulokset ja pohdintaa

Päättelen seuraavaksi empiiriset lääkäri-identiteetin moniäänisyyttä koskevat sisällölliset tulokseni. Jokainen osa-artikkelini tiivistyy yhdeksi lääkäriyttä ja lääkäri-identiteettiä neuvottelevaksi dialogiksi ja dilemman mahdollisuudeksi. Uskon näiden keskustelujen kertovan jotakin olennaista nykylääkäriydestä ja niistä kysymyksistä, joita lääkärit sekä yksilöinä että ammattikuntana kohtaavat. Dialogisuuden näkökulmani sisältää ajatuksen yksilön ja sosiaalisen rajan huokoisuudesta; jaetut, kulttuuriset, ammattikulttuuriset ja yhteiskunnalliset keskustelut konkretisoituvat yksittäisen lääkärin uran, elämän ja identiteetin neuvotteluina ja toisin päin. Jatkan tässä jokaisesta aineistoistani tulkitsemastani lääkäriyden neuvottelusta kohti neuvottelun laajempia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia yhteyksiä.

Aineistossani on sellaisiakin dialogeja tai dilemmoja, joita en ole artikkeleissa juurikaan käsitellyt; esimerkiksi työhön liittyvän kliinisen epävarmuuden ja tietämisen velvollisuuden välinen neuvottelu toistuu usein työkokemuksia muisteltaessa ja kuuluu kaipuussa erikoistua alalle, joka on riittävän suppea hallittavaksi. Toisaalta aineistoni luonnetta ei pidä unohtaa. Kuudesta artikkelistani neljässä ovat aineistonani lääkäreiden elämäntarinat. Lääkärin kertoessa elämästään identiteetit ja dilemmat painottuvat elämän ja työn yhteensovittamisen teemoihin, eivät esimerkiksi kliinisen päätöksenteon moniäänisyyteen (josta esim. Engeström 1999). Tässä esittämieni identiteettineuvottelujen yleisempi merkitys ja mielenkiinto ei perustu pelkästään niiden yleisyyteen aineistoissani, vaan tunnistan niiden merkityksen siitä, miten ne konkretisoivat jonkin ajan-kohtaiseksi tietämäni ja itselleni tutkijana mielenkiintoisen ammattikulttuurisen tai yhteiskunnallisen keskustelun.

Rakensin edellä kohdassa 5.3 kirjallisuuteen perustuen kuvan myyttisestä lääkäristä, joka on ”rationaalinen, vakaa ja kykenevä tekemään päätöksiä. Hän on henkisesti vahva ja fyysisesti haavoittumaton, ikään kuin tiedollisesti hallitsemansa sairausilmiön yläpuolella myös ruumiineen. Hän sitoutuu työhönsä ehdoitta, ja työ on hänelle elämän keskeinen sisältö. Hän etenee urallaan suunnitellusti ja katkottomasti. Hän on tarkka sekä omasta että koko ammattikuntansa arvosta ja arvostuksesta eikä toimi tavalla, joka kyseenalaistaisi profession tieteellistä ja eettistä perustaa.” Tutkimuksessani olen osoittanut, miten tämä lääkärimyytti elää ihanteena, jonka kanssa niin yksittäiset lääkärit kuin koko ammattikunta yhteisestikin neuvottelevat identiteettiään. Myytti ei toistu sellaisenaan nuoren lääkärin identiteettinä, vaan myytti on ennemminkin niitä odotuksia ja se mittapuu, joilla oma lääkäriys arvioidaan.

Lääkärimyytin tarkastelussani keskeistä on ollut se, miten myytti kohtelee lääkäriä eri tavoin sukupuolesta riippuen. Ei-rationaalisuus, henkinen häilyvyys ja fyysinen heikkous saavat kulttuurissa feminiinisen merkityksen. Nainen joutuu joskus tietoisemmin

osoittamaan omaa vahvuuttaan ja järkeään, kun taas häilyminen ja haavoittuvuus uhkaavat ehkä enemmän miestä silloin, kun miehen normina nähdään maskuliininen. Työhön sitoutumisen kaikki-tai-ei-mitään -periaate ja uran katkottomuuden odotus ovat usein perheelliselle naiselle ristiriitaisempia, koska vanhemmuuden vastuu mielletään kuuluvaksi ensisijaisesti äidille. Tutkimuksessani olen teoreettisilla ja menetelmällisillä valinnoillani tietoisesti tehnyt tilaa lääkäriyden tarkastelulle siten, ettei lääkärimyytti asetu itsestään selväksi normiksi. Olen ensinnäkin katsonut uraa elämän osana ja lääkäri-identiteettiä sellaisena, kuin se elämäntarinassa muotoutuu. Tällöin lääkäriys syntyy väistämättä neuvotteluna muiden sitoumusten kanssa ja työhön sitoutumisen ehdottomuus epämääräistyy (ks. Johnson 1983). Toisaalta olen perustellut elämäntarinan kuulemista moniäänisenä ja moniin suuntiin avoimena minuuden dialogina. Jos kertomuksen tehtäväksi nähdään ”ilmaista ja käsitellä moninaisia, osin ristiriitaisia minuuksia ja kokemuksia”, kuten Stanton Wortham (2001, 7) esittää, vakauden ja päättävyyden vaatimukset asettuvat uuteen valoon: moniääninen kertoja on myös ambivalentti ja päättämätön.

Artikkeleiden tuloksina esittämäni dilemmat koskevat maskuliinista lääkärimyyttiä: kolmessa (*Doctors drifting; Work, family and SOC* sekä *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja*) on kyse nimenomaan uraan sitoutumisen tavoista ja määrästä. ”*Töitä nuorille kollegoille!*” käsittelee ammatin arvon mittaamista ja tieteellistä ja eettistä perustaa. Viimeisessä *Doctors as wounded storytellers* –artikkelissa puolestaan pohditaan fyysistä haavoittuvuutta ja lääkärin sairauden merkitystä.

## **7.1 Tulokset ja pohdinta artikkeleittain: lääkäriyden dialogeja**

### *7.1.1 Elämän hallinta ja elämän virrassa ajautuminen*

Kirjoittamisjärjestyksessä ensimmäisessä artikkelissani *Doctors drifting: autonomy and career uncertainty in young physicians' stories* etsin ensimmäisten 19 haastattelun lääkärikertomuksista laman, työttömyyden ja työtilanteen epävarmuuden saamia merkityksiä (myös Löyttyniemi 1998). Vastaan tässä alkuperäiseen tutkimuskysymykseeni siitä, miten äkkiaurvaamatta ilmaantuneen työttömyyden aiheuttama katkos lääkärin uralla ja identiteetissä oli mahdollista kertoen silloittaa.

Haastattelut aloittaessani syksyllä 1996 työttömyys oli jo kääntynyt laskuun. Vain yksi haastattelimistani lääkäreistä oli ollut työttömänä pitemmän jakson ja hänkin ennen virallista valmistumistaan. Useilla muilla oli lyhyitä, noin kuukauden mittaisia työttömyyksiä eri työpaikkojen tai työsopimusten välillä, mutta ne saivat ansaitun



loman merkityksen. Toisaalta ne kertovat siitä, miten nuoren lääkärin työsuhteet olivat pätkittäisiä ja epävarmoja, eikä työtilanteen kehitystä osattu edelleenkään ennustaa varmasti (STM 1997). Tällaisessa tilanteessa toimiva ja uskottava kertomus ei ollut sellainen, joka vain visioi nousujohteista uraa (ks. Rosenwald ja Ochberg 1992).

Nimeän artikkelissa 'sattuman logiikaksi' tavan, jolla lääkärit käänsivät tilanteen epävarmuuden voitokseen. Heille uran epäjatkuvuudesta tuli mahdollisuus olla sitoutumatta liian aikaisin tiettyyn uraan ja mahdollisuus tarttua sellaisiin tilaisuuksiin, joita ei olisi osannut suunnitella. Jotkut ottivat käyttöönsä saman 'ajautumisen' tai 'ajelehtimisen' käsitteen, jota oli työttömyyskeskustelussa käytetty uhkakuvan luomisessa (esim. SLL 1993b), mutta antoivat sille uuden, myönteisen merkityksen. Ajattelen, että 1990-luvun alun työttömyysvaihe teki mahdolliseksi ja toimivaksi tällaisen uralogiikan, mutta kyse ei ollut vain työttömyysuhasta selviytymisestä. Monet niistäkin tutkimukseeni osallistuneista lääkäreistä, joiden ura haastattelun aikaan oli hyvinkin selvässä vaiheessa, esimerkiksi erikoistumisvirassa, käyttivät sattuman retoriikkaa suunnitelmallisen uralogiikan rinnalla. Lääkäreillä oli käytössään (ainakin nämä) kaksi erilaista tapaa puhua ja hahmottaa tulevaa uraansa, ja niistä sattuman logiikka mahdollisti suoran tai epäsuoran kritiikin jäykkää ja ehdottoman lineaarista ja suunnitelmallista uran rakennetta kohtaan (myös Allen 1988).

'Ajautumisen', itsensä toteuttamisen ja nykyhetkeen keskittymisen *carpe diem* -mallitarina ei elä vain lääkäreiden ammattikulttuurin tarinavarannossa, vaan kulttuurimme hetkessä laajemmin. Hetkittäin siinä nähdään myöhäismodernin yhteiskunnan lyhytjänteisyyttä ja egoismia, välillä taas tervetullutta kritiikkiä suorittamisen ja tehokkuuden palvonnalle. Ehkä elämän virrassa ajautumisessa voi kuulla kaiun myös joistakin itämaisistä filosofioista, joiden mukainen elämän hallintapyrkimyksistä luopuminen on samalla luopumista itsensä tiedostavasta ja haluavasta egosta (Kohn 1992). Sattuman logiikka joka tapauksessa haastaa 'uran' perinteisen merkityksen. Sosiologi Dorothy E. Smith kirjoittaa omasta siihenastisesta urastaan, joka olisi mahdollista kuvata määrätietoisena etenemisenä, mutta näkeekin "menneisyydessään ei niinkään uraa kuin sarjan odottamattomia tilanteita, sattumia, jolloin näyttää siltä, kuin minusta olisi tullut lähes sattumalta se, joka olen" (Smith 1987,65).

Liisa Rantalaiho (1996) pohtii elämäntilanteen käsitettä ja sen vihjaamia pitkäjänteisyyden ja tulevaisuusorientoituneisuuden ihanteita. Viitattuaan mahdollisuuteen kauhistella nykynuorten 'tässä-ja-nyt'-eetosta hän siteeraa leskirouva Elisabet Järnefeltiä vuosisadan takaa:

Kun eivät ollenkaan osaa ymmärtää riemun voivan syntyä juuri siitä, että uskaltaa olla tulevaisuudesta huolehtimatta! Kunhan vain nyt menettelee uskonsa mukaan oikein. Mitä enemmän uskaltaa – mitä uhkaavammilta semmoisen menettelyn seuraukset näyttävät – mitä rohkeammin syrjäyttää pelon ja on päästämättä sitä vaikuttamaan menettelyyn, sitä suurempi riemu. Mutta

tuotapa ei parhaallakaan tahdolla saa ihmisille selitetyksi. He vain luulevat, että kaikki tyynni riippuu ihmisen omasta huolehtimisesta ja että siis täytyy määrätietoisesti osata luoda omaa tulevaisuuttansa. Kun kaikki onni riippuu päinvastoin siitä, että tulevaisuuttaan ei voi ollenkaan itse luoda ja että kokonaan luopuu huolista sen asian suhteen (Järnefelt 1992, sit. Rantalaiho 1996, 240).

Haastattelemiini lääkärit eivät työttömyyden jälkitilassa olleet kokonaan luopuneet huolista uriansa tulevaisuuden suhteen, mutta tulevaisuuden ennakoinnin rinnalla heidän käytössään oli toisenlainen logiikka, joka jätti tilaa elämän ennakoimattomuudelle, uskallukselle, harrastuksille, perheelle, henkilökohtaiselle muutokselle.

### *7.1.2 Professionaalisuus (kollegiaalisuus, eettisyys, tieteellisyys) ja taloudellisuus, tehokkuus*

Artikkelissa ”*Töitä nuorille kollegoille!*” Miten lääkäri työttömyyskeskustelussa rakennettiin lääkäriyttä analysoin Nuori lääkäri -lehden Työllisyys-teemanumeron kirjoituksia vuodelta 1993. Työllisyys-teemanumeron artikkeleissa oli kyse erilaisista, eri kirjoittajien näkökulmista akuuttiin työttömyysongelmaan. Näitä ammattipoliittisia tekstejä voi lukea tarinoina, joissa kyse on toiminnan tapojen ja päämäärien perustelusta (Korhonen ja Oksanen 1997; Sulkunen ja Törrönen 1997b). Esittäessään arvokkaina tietyt päämäärät ja tietyt toimijan ominaisuudet tekstit rakentavat omat arvomaailmansa. Arvokas lääkäriys rakentui analysoimissani teksteissä ammattitaidon, eettisyyden, kollegiaalisuuden ja työhalukkuuden perustalle. Nuori, mahdollisesti työtön lääkäri esitettiin kuitenkin usein joko tämän arvokkaan perustan uhkana tai keinottomana, toisten toimia odottamassa. Narratiivisen identiteetin näkökulmasta ammattipoliittisetkin tekstit ovat mallitarinoita, joita sovittamalla jokainen lääkäri rakentaa omaa lääkäriyttään. Etsiessään ymmärrystä omaan tilanteeseensa nuori lääkäri löysi työttömyyskeskustelusta myös epäeettisen, ei-ammattillisen tarinamallin. Samalla pelätyt ammattikunnan sisäiset jaot toteutuivat työttömyysteksteissä.

Tekstit saattoivat kutsua työttömyyttä korjaavaan toimintaan koko lääkärikuntaa, poliittisia päättäjiä, työnantajalääkäreitä tai nuoria lääkäreitä, mutta tarinan vastustajan ominaisuudessa, arvokkaita päämääriä ymmärtämättöminä, esitettiin yleensä ne tahot, jotka toimivat sokeasti ja kuurosti markkinatalouden periaatteita noudattaen ja tehokkuutta ihannoiden. Toisaalta suhde rahaan oli ristiriitainen, sillä yhtä tuomittavaa oli oman työn arvon kieltäminen palkasta tinkimällä ja arvokasta puolestaan taloudellisten realiteettien ymmärtäminen. Kokoava tulkintani teksteistä esittää, että niissä keskusteltiin työttömyyden ympärillä laajemmasta lääkäri-identiteetin haasteesta: markkinaorientaation haastamista perinteisistä professionaalisista ihanteista.

Vaikka tämän artikkelini pohjana on ammattilehdistä kerätty tekstiaineisto, lääkärinkunnan julkinen keskustelu ja kollektiivinen identiteetin rakennus, ristiriita perinteiksi nimettyjen professionaalien arvojen ja terveydenhuollon lisääntyvän markkinaorientaation välillä on myös jokaisen lääkärin työssään ja omassa sisäisessä dialogissaan kohtaama dilemma (vrt. Julkunen 2001, 251). Suomessa terveydenhuollon säännöstely tapahtuu suurelta osin yksittäisten lääkäreiden käytännön työssään tekemin päätöksin (Saarni ja Vuorenkoski 2003). Saarni ja Vuorenkoski nimeävät yhdeksi perinteisen lääkärinetiikan akuuteimmista ongelmista lääkärin lojaalisuuden kohteen epäselvyyden: onko lääkärin tehtävä ratkaisunsa ensisijaisesti potilaansa, maksajan vai terveydenhuollon organisaation parhaaksi? Markkinaorientaatio muuttaa kokonaisvaltaisesti kulttuurin ihmiskuvaa kohti omaa etuaan ajavaa homo economicusta, ja oman elämänsä ja identiteettinsä ratkaisuisissa lääkäri on ihminen myös. Hän sovittelee itselleen yhteiskunnan vallitsevaa economicus-tarinaa ja samanaikaisesti myyttistä professionaalien kutsumuksen ja etiikan kertomusta.

En sano kutsumusta myyttiksi vähätelläkseni sen merkitystä auttajan identiteettinä, vaan tarkoitan myyttisellä lääkäriydellä ammattikulttuurista peruskertomusta, joka asettaa odotukset yksittäiselle lääkärille mutta toteutuu harvoin jos koskaan sellaisenaan lääkärin identiteettinä. Uudenlaisen professionaalisuuden ja eettisyyden tarve tunnustetaan kyllä. Esimerkiksi Saarni ja Vuorenkoski esittävät tavoitteena laajan kliinisen autonomian yhdistämistä yhteisesti sovittuihin säännöstelyperiaatteisiin; eettisyys taipuu sosiaalisen oikeudenmukaisuuden suuntaan. Samalla heidän tekstissään lääkärin myytti kirjoittautuu eräänlaiseksi menetetyksi yhtenäisen, arvostetun, kliinisessä päätöksenteossään autonomisen ammattikunnan ihanteeksi. Tällaisen perinteisen ”vapaa-ammattinharjoittajana toimivan lääkärin tilanne (nähdään) eettisesti selkeänä, koska hänen pitää tasapainottaa vain omat ja potilaansa edut” (Saarni ja Vuorenkoski 2003, 997–998).

Eliot Freidsonia (2001) soveltaen vapaa, autonominen professionaalisuus on kuitenkin ideaalimalli, ei kuvaus menneestäkään todellisuudesta. Ehkä uudenlaisen, yhteiskunnan, lääketieteen ja individualisaation haasteisiin mukautuvan lääkäriyden neuvottelemisen helpottuisi, jos nähtäisiin, ettei lääkäri ole koskaan ollut vapaa. Hän ja potilas ovat aina tasapainottaneet paitsi omiaan myös läheistensä ja yhteisöjensä etuja ja tehneet sen kulloistenkin lääketieteellisten, yhteiskunnallisten ja kulttuuristen ajattelutapojen ja arvojen vaa’assa. Lääkärin ammatillinen toiminta on aina ollut riippuvaista myös muiden ammattilaisten työstä (Davies 1995, 60). Luopuminen professionaalisuuden ’menetetyn paratiisin’ kertomuksesta (ks. LaCapra 1999) voisi antaa tilaa lääkärin roolille, jossa yhdistyy neuvottelija ja lääketieteellinen tietäjä.

Freidsonin ideaalimallin mukainen professionaalinen ideologia, jonka ajattelen todentuvan lääkäri-identiteetin myyttisenä ihanteena, on ristiriidassa taloudellisten arvo-

jen ja markkinaideologian kanssa. Toisaalta professionaalinen ideologia, joka korostaa työn hyvää tuottavaa tarkoitusta enemmän kuin taloudellista hyötyä, kykenee Freidsonin mukaan myös vastustamaan markkinavaltaa. Tämä edellyttää professioilta työn eettisen perustan muistamista, mutta se edellyttää myös muilta kykyä luottaa ja uskoa eettisyyden mahdollisuuteen: lääkärin etiikka ei ole vain oman edun tavoittelun peittävä retoriikkaa. Professionaalinen etiikka ei toteudu vain käytännön työn ratkaisuisissa, vaan se toteutuu ennen kaikkea laajemmissa taloudellisissa, poliittisissa ja ideologisissa ratkaisuisissa, joilla asetetaan työn tavoitteet ja puitteet (Freidson 2001, 217). Freidson näkee, että nykyisessä tilanteessa lääkärinkunnan tasapainottava tehtävä on tuoda asiantuntemuksensa terveydenhuollon päätöksentekoon perustelemaan ratkaisujen eettisyyttä taloudellisuuden ohella tai jopa sen sijaan. Kyetäkseen tähän lääkärinkunta tarvitsee tietonsa ja taitonsa perustelemaan ajattelun ja toiminnan vapauden, mutta ei abstraktin autonomian mielessä, vaan äänenä ja näkökulmana keskustelussa, jossa kaikki osapuolet ovat monin kerroin toisissaan kiinni ja riippuvaisia.

Vaikka analysoimassani 90-luvun alun työttömyyskeskustelussa oli kyse koko professionaalista ideologiaa koskevasta taloudellisten arvojen esittämästä haasteesta, ongelmaksi saatettiin nimetä nuoret, työttömyysuhan edessä epäeettisiin työllistymisen muotoihin ajatuvat lääkärit. Tätä kirjoittaessani loppuvuonna 2003 ajankohtaista keskustelua käydään siitä, miten monet nuoret lääkärit työllistävät itsensä ns. keikkalääkäreinä, jotka työskentelevät yhtiömuotoisten lääkärivuokrausfirmojen kautta vuokrattavana tilapäisenä työvoimana terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Yleisessä keskustelussa ja myös lääkäreiden keskuudessa keikkalääkäriyttä on kritisoitu ja nuoria lääkäreitä syyllistetty sitoutumattomuudesta ja ”omien taloudellisten etujen ajamisesta” (ks. Pälve 2003). Keskustelu, jossa Lääkäriliiton puheenjohtaja puolustaa keikkalääkäreitä (emt.), muistuttaa vuosikymmenen takaista lääkäri työttömyyskeskustelua: nytkin nuoret lääkärit asetetaan (retorisen) syyllisen asemaan, jotta voitaisiin perustella lääkärin oikeaa (kutsumusammattia ja täydellistä sitoutumista muistuttavaa) etiikkaa ja asennetta. Puheenjohtaja Pälve pohtii puheenjohtajan palstallaan keikkatyön mahdollisia perusteita näin:

Keikkatyötä tekevät lääkärit valitsevat työnantajansa, koska se voi tarjota heille mahdollisuuden hallita sekä työaikaan että vapaa-aikaa. Tähän ei julkinen sektori nyt kykene. Jollekin sopii työskentely viikonloppuisin ja öisin, toiselle vain päiväaikainen työskentely viikolla. Kolmas haluaa tehdä neljä päivää viikossa. Syyt voivat vaihdella, mutta jo näihin valintoihin voi kaikilla olla sama syy, kuten esim. lasten hoidon järjestäminen.

(Jos keikkatyö on epäeettistä, onko lasten hoidon järjestämisen ensisijaisuus samalla epäeettistä?) Se, nähdäänkö ongelmaksi terveydenhuollon järjestelmä, joka ei helposti mahdollista kuvatuunlaisia työn ja muun elämän palapelejä, vaiko työhön sitoutumattomat nuoret keikkalääkärit, on iso eettinen kannanotto. Kirjoittaessaan profes-

sionaalisen ideologian ja markkinaideologian ristiriitaisuudesta Eliot Freidson (2001, 218) kirjoittaa ennen kaikkea voiton maksimoinnin tavoitteen ja eettisyyden yhdistämisen mahdottomuudesta, mutta hän viittaa instituutioihin ja institutionaaliseen etiikkaan. Sekä vuosikymmenen takaisessa lääkäriyöttömyyskeskustelussa että keikkalääkärikeskustelussa on kyse ideologisesta dilemmasta, lääkärinkunnan kohtaamasta ristiriidasta oman edun tavoittelun ja eettisyyden ja kollegiaalisuuden välillä. Tapa, jolla koko ammattikuntaa ja instituutioita koskeva ideologinen dilemma näissä keskusteluissa toisinaan konkretisoidaan nuoren lääkärin elämän ja uran ratkaisujen ristiriidoiksi, ei lopulta mahdollista sen paremmin ammattietiikan tulevaisuuden kuin (nuorten) lääkärin elämänpalapeliin ongelmallisuuden pohdintaa.

### 7.1.3 Ura / työ ja perhe

Artikkelissa *Work and family as constituents of sense of coherence* ovat aineistona nuorten lääkärin urien alkuvaiheita kartoittavan kyselytutkimuksen osana saadut vastaukset avoimeen kysymykseen, jossa vastaajia pyydettiin muistelemaan työttömyysvaihetta ja pohtimaan sen merkitystä omalle uralle. Keskityn kirjoittajakomppanien kanssa analyysissä niihin vastaajiin, jotka saivat kyselyn SOC-kysymyssarjalla korkean pistemäärän. Heidän orientaationsa maailmaan tulisi SOC-teorian perusteella olla koherenssia – mielekkyyttä, ymmärrettävyyttä ja selviytymisen tunnetta – ilmentävä myös avovastausten pienissä urakertomuksissa. Antonovskyn koherenssin tunteen ja työn yhteyksiä koskevaa kirjoitusta (Antonovsky 1987b) mukaillen ajattelimme teorian kuvaaman ymmärrettävyyden ennen kaikkea ennustettavuutena ja varmuutena jatkuvuudesta. Kysyimme, millaisia uran kuvauksia ja koherenssin kokemuksia laadullisesta aineistostamme voi lukea.

Vain vähemmistö korkean SOC-pistemäärän saaneista vastaajista kuvasi uransa yksiselitteisen koherenttina ja ennustettavana. Vaikka SOC-teorian mukaan koherenssin tunteen eri komponentit kietoutuvat toisiinsa ja usko omien resurssien riittävyteen on epätodennäköinen, jos todellisuus näyttäytyy ei-ymmärrettävänä ja sattumanvaraisena (Antonovsky 1987, 20), monissa avovastauksissa uran epäselvyys yhdistyi vahvaan merkityksellisyyteen ja luottamukseen selviytymisestä. Äitiys oli näkökulma, josta käsin uralla etenemisen ja elämän ennustettavuuden vaateet saattoi kyseenalaistaa ja keskittyä mielekkäästi elämään nykyhetkeä. Äitiys myös sisältyi vastausten uriin isyyttä useammin.

Professionaalisen uran käsite on teoreettisesti ja tutkimuksellisesti ymmärretty irrallaan muista elämän sitoumuksista, autonomisen professionaalien eteen ja ylös suuntaavana liikkeenä (Johnson 1983; Davies 1995; Allen 1987). Professioteorioissa ei perinteisesti ole käsitelty sukupuolta, mutta yhteiskunnassa, jonka keskeisenä raken-

teena on perhe ja jossa nainen mielletään perheestä vastuulliseksi, tällainen riippumaton uralla etenijä vihjaa miehisestä sukupuolestaan.

Suomalainen naiseus on historiallisesti muodostunut työetiikan ja äitiyden yhdistämisestä, ja naisen sosiaalinen identiteetti on ollut keskeisesti äidin – hän ei ole kotivaimo vaan -äiti (Rantalaiho 1997). Siksi nimenomaan äitiydestä käsin on mahdollista haastaa professionaalista uraa koskevat odotukset. On kuitenkin esitetty, että työn ja perheen instituutiot, totut normitetut elämänmuodot, ovat haurastumassa sikäli, että ne ovat riippuvaisempia yksilöiden valinnoista ja jättävät toimijoille enemmän pelivaraa (Beck 1995; Julkunen 2003). On yhtä aikaa totta se, että työelämän ja perheen yhteensovittamisen palapeli on edelleen useammin naisten palapeliä (Salmi 1996) myöslääkäreillä (Töyry ym. 1997), ja toisaalta se, että Lääkäri 98 -tutkimuksessa sekä miesettä naislääkärit nimesivät tärkeimmäksi arvokseen perheen (Mattila ym. 2003). Vaikka sairastuneen lapsen kanssa jää kotiin useimmiten äiti, lääkäriäidin puoliso jää selvästi useammin kuin hoitajaäidin – toisaalta lääkäri-isä jää muita miespuolisia hoitoalan työntekijöitä harvemmin (Kivimäki 1997). Isyyden, äitiyden ja perheen merkitykset ovat liikkeessä, isyys kohti läsnäolon ja vanhemmuuden jakamisen odotusta (Huttunen 1999; Vuori 2001). Mieslääkärillekin voi tulla ja olla mieleen kirjoittaa elämästään isyyden, ei uran, kertomus (Seppänen 2000). Tutkimukseni haastatteluaineiston lääkärisätkin kuvaavat työhön sitoutumisen *paljon*-periaatteen: he eivät sulkeista uraa edes tilapäisesti, kuten jotkut avovastausaineiston äideistä, mutta kertovat sen rinnalle perheen ja lapset ja elämän painopisteen kotiin.

On esitetty, etteivät sitoumukset perheeseen tulevaisuudessa koske vain pienten lasten vanhempia, vaan enenevässä määrin myös ikääntyvistä vanhemmistaan huolehtivia keski-ikäisiä, mikä on uutena asiana otettava huomioon arvioitaessa terveydenhuollon työvoimatarvetta ja -tarjontaa (STM 2001, 56). Näistä muutoksista on vaikea ennustaa sitä, miten lääkärit tulevaisuudessa sovittavat yhteen työn ja perheen, mutta ne puhuvat sen puolesta, että perhe ja muut työn ulkopuoliset sitoumukset tulisi sisällyttää uran käsitteeseen niin miehillä kuin naisillakin.

#### *7.1.4 Luottamus ja kriittisyys: suhde tietämiseen*

Kirjoittamisjärjestyksessä kolmannessa artikkelissani *The setback of a doctor's career* keskityn yhteen haastatteluun ja siinä kerrotun elämäntarinan yhteen jaksoon, ydinepisodiin. Tällainen jakso on määritelmänsä mukaan eräänlainen minuuden kerronnan tiivistymä, jossa kertojalle keskeiset näkökulmat käyvät neuvotteluun. Tulkitsen Lassiksi kutsumani lääkärin kertovan minuuttaan itsenäistymiskertomuksen muodossa. Hän kertoo lisensiaatintutkintoonsa sisältyvästä syventävien opintojen tutkimusprojektista henkilökohtaisen muutoksen tapahtuman, jossa mennyt, auktoriteettiuskoinen ja -

luottavainen Lassi korvautuu kriittiseen ajatteluun kykenevällä. Syventävät-episodin alussa päähenkilö-Lassia määrittivät odotukset etenevästä kliinisestä ja tieteellisestä kirurgin urasta sekä luottamus syventävien ohjaajan tieteelliseen pätevyyteen ja sitoutumiseen Lassin projektiin. Lassi pettyy näissä odotuksissaan, ja kertomuksen käänteeseen myötä päähenkilö kasvaa kriittiseksi sekä ohjaajan toimintaa että omia aiempia itsensäselvyyksiään kohtaan. Tätä nyky-Lassia määrittää ennen kaikkea odotus omien ratkaisujen itsenäisestä ja tietoisesta pohdinnasta, ja tästä näkökulmasta niin uran luomisen kuin tiedeuskonkin itsestänselvyyys määrittyy vähempiarvoiseksi menneen minän ääneksi.

Pohdin Lassin itsenäistymiskertomuksen dilemmaattisuutta yllä kohdassa 6.5 ja palaan siihen myös seuraavan artikkelin ja sitoutumisen ja eettisyyden dilemman kohdalla; tässä keskityn siihen tapaan, jolla luottamus ja kriittisyys kietoutuvat yhteen Lassin kerronnassa. Luottamusta ja kriittisyyttä ei tule Lassin dilemmassakaan ymmärtää toisilleen vastakohtaisina, vaan ennemminkin kahtena erillisenä maailmassa olemisen akselina ja orientaationa, joita lääkärikin varmasti tarvitsee. Lassin kertomuksen kautta tekee kuitenkin mieleni väittää, että molemmat ovat ammattikulttuurisesti liikkeessä olevia käsitteitä ja että niillä on yleisemminkin taipumus liittyä toisiinsa.

Taustoitan lääketieteellisen ajattelun ja koulutuksen virtauksilla, näyttölääketieteellä ja ongelmalähtöisellä oppimisella, jotka molemmat korostavat itsenäistä, kriittistä, arvioivaa suhdetta tietoon. *Evidence-based medicine* eli näyttöön perustuva lääketiede on metodologia, jonka avulla voi arvioida lääketieteellisen tutkimustiedon laatua ja soveltuvuutta kulloiseenkin kliiniseen ongelmaan. Näyttölääketieteen 1980–1990-luvuilla luotua ajattelutapaa on haastattelemani lääkäreiden valmistumisen jälkeen alettu opettaa lääkärikoulutuksessa (Pitkälä ym. 2000). Näyttöön perustuen myös laaditaan Suomalaisen lääkärisseura Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä Hoito -hankkeen yhteistyönä valtakunnallisia hoitosuosituksia kliinisen päätöksenteon tueksi ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)). Näyttölääketieteen ajattelutavan leviämisen kanssa samanaikaisesti on kaikissa suomalaisissa lääketieteellisissä tiedekunnissa omaksuttu ongelmalähtöiseen oppimiseen perustuva koulutusmalli, ensimmäisenä Tampereella vuonna 1994 eli vuotta ennen haastattelemani lääkäreiden valmistumista (Veteläsuo 1998). Tutkimukseeni osallistuneet lääkärit osuivat tässäkin mielessä murroskohtaan, sillä he saivat vielä vanhamuotoisen koulutuksen. Näyttölääketieteen opetuksen ja ongelmalähtöisen oppimisen päämääränä on kriittinen ajattelija, joka kykenee itsenäisesti hankkimaan tietoa, arvioimaan sen tieteellistä pätevyyttä ja soveltamaan sitä (Walton ja Matthews 1989; Pitkälä ym. 2000; Sackett ym. 2000). Vaikka Lassi ei ollut saanut ongelmalähtöistä koulutusta, hän esittää itsensä tällaisena itsenäisenä, kriittisenä ajattelijana kertoessaan tarinaansa. Koska oma teoreettinen viitekehükseni korostaa kaikkien minuutemme äänten olevan sosiaalista, jaettua alkuperää, voisi Lassin ajatella osoittavan, ettei lää-

käriys rakennu vain virallisen opetussuunnitelman mukaiseksi, vaan lääkäriyttä rakentavat kaikki ammattikulttuurissa kulloinkin kuuluvat äänet ja ideologiat. Lassi esittää oman henkilökohtaisen muutoksensa tuotoksena kyvyn itsenäiseen, (tiede)kriittiseen ajatteluun, ja samalla hän tulee arvottaneeksi kyvyn positiivisesti.

Lassin ajattelun itsenäistymiskertomuksella on kuitenkin käänköpuoli. Lassi kertoo syventävät-episodissaan myös pettymyksestä, jonka hänen kunnianhimoinen, innostunut ja ohjaajalta ammatillista huolenpitoa ja arvostusta odottanut mennyt minänsä koki syventäviä tehdessään. Hän nimeää episodin *uransa ensimmäiseksi takapakiksi* juuri tämän pettymyksen ja aiempien ennen kaikkea kollegiaalisuuteen kohdistamiensa odotusten pettämisen vuoksi. Syventäviä aloittanut Lassi luotti sekä ohjaajansa tieteelliseen pätevyyyteen ja arviointikykyyn että tämän sitoutumiseen ohjaustehtävänsä. Sen sijaan muutoksen jälkeinen Lassi ei voi turvautua vanhempaan kollegaan tiedon lähteenä eikä luottaa arvioissa muihin kuin – itseensä?

Ongelmalähtöisen oppimisen ideologia korostaa kriittisen ajattelun ja ongelmanratkaisukyvyyn ohella sitoutumista elinikäiseen oppimiseen ja tottumista varmuuden saavuttamattomuuteen: tieto on yhtäältä aina ei-lopullista, toisaalta neuvottelun tulos (Walton ja Matthews 1989). Opettajan ja oppilaan suhdekin on tällöin bahtinilaisessa mielessä dialogi, ei monologi tai pelkkä pedagoginen dialogi, jossa toisella on tieto ja toinen on tietämätön tai väärässä (Bakhtin 1984, 81). Uudet ajattelutavat ja ideologiat eivät kuitenkaan heti korvaa entisiä, vaan asettuvat ennemminkin rinnalle. Lassin kertomuksessa mennyt minä esittää näkökulman, jonka mukaan lääkäriksi voisi yhä kasvaa ammatilliseen ja tieteelliseen auktoriteettiin – mestariin – luottaen (ks. Lehto 1991, 49). Tästä näkökulmasta tieto on hallussa ja hallittavissa. Monet haastattelemistani lääkäreistä esittivät lääketieteellisen uran yhtenä kaukaisen tulevaisuuden tavoitteena kokemuksen oman alansa hallinnasta. Lääkäri olisi ikään kuin valmis vasta, kun hänen erikoistumisensa olisi supistanut tarvittavan tiedon määrän sopivaksi ja epävarmuuden pieneksi. Samaa hallittavuuden perustelua saatettiin käyttää omaa erikoisalavalintaa pohdittaessa tai perusteltaessa, ja yleislääketiede oli tällöin ala, joka symbolisesti vastusti kaikkea hallinnan kokemusta. Kyse ei nuoren lääkärin näkökulmasta ole hallinnan ja tietäjän statuksen itsetarkoituksellisesta ihannoinnista, vaan työn jokapäiväisen epävarmuuden sietämisestä kertomalla se uran välivaiheeksi. Lassi kasvoi omassa tarinassaan pois tutkimusprojektinsa alkuvaiheen tietämättömyydestä, mutta ei tiedon hallintaan vaan sen jatkuvaan epäilyyn, ja lopulta molemmat ovat hänen kerrotun minänsä eri näkökulmina tarinassa rinnakkain. Sama muutos on tapahtunut lääkärikoulutuksessa ja laajemmin tiedekäsityksissä (ks. Leinonen 2002).



### 7.1.5 Työhön sitoutumisen ja eettisyyden omaelämäkerrallinen määrittely

Luen artikkelissa *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja: lääkärin kerrottu minä ja sukupuoli* rinnakkain kahta haastatteluaineistoni kertomusta, jotka molemmat ovat henkilökohtaisia muutoskertomuksia: tarinoita itsenäistymisestä ja/tai aikuistumisesta. Näiden kahden haastattelun valinta tapahtui sekä aineisto- että teorialähtöisesti. Odotusanalyysi tarjoaa metodin, jolla voi etsiä haastattelusta kerronnan tihentymiä, ja se, että useampi lääkäri (*Setback*-artikkelin Lassi mukaan lukien) kertoo minäänsä itsenäisyyden, vastuullisuuden ja sitoutumisen neuvotteluna, on jo sinällään tutkimuksen tulos. Artikkelini aiheeksi valitsin tämän tematiikan ja nämä kertomukset kiinnostuksesta identiteetin sukupuoleen, joka ymmärretään suhteessa itsenäisyyden ja suhteisuuden ongelmatiikkaan esimerkiksi psykoanalyttisessa teoriaperinteessä (katso luku 4 edellä). Nyt kuuntelen kuitenkin näiden sukupuolittuvien äänten neuvottelua kussakin kertomuksessa ja kysyn kuunnellessani itseltäni, mistä tunnistan kertojan sukupuolen.

Itsenäisyys saa jokaisessa näistä kolmesta kertomuksesta erilaisen merkityksen ja ennen kaikkea erilaisen suhteen lääkärin uraan ja toisiin ihmisiin sitoutumiseen. *Hillan* kertomuksessa lääkärin ura saa itsenäisyyden ja oman itsen toteuttamisen merkityksen, mutta eettisyys toisista välittämisenä ja huolenpitona korostuu uran rinnalla ja ehkä arvokkaimpana lääkäriyden määreenä. Hillan kuvaus elämästään rakentaa itsenäisyydestä ja muihin ihmisiin sitoutumisesta vastakohtaisuuden, jonka tasapainoa Hilla etsii; toinen tuntuu aina olevan toiselta pois. Vaikka Hillan tavoitteena onkin vastakohtaisuuden ylittäminen, kertoessaan hän elää omassa identiteetissään saman dilemman, jonka voi ajatella jakavan koko länsimaisen yhteiskunnan julkiseen (mm.) työelämään ja ihmissuhteiden määrittämään perheeseen ja kotiin (Chodorow 1978; Eräsaari ym. 1995). Jos Hillan tarinaa kuuntelee eettisyyden näkökulmasta, keskeistä on se, ettei kumpikaan sitoumus – ura tai ihmissuhteet – yksinään ole eettinen valinta Hillaa itseään(kään) kohtaan.

Lassin kertomuksessa, jota analysoin *Setback*-artikkelissa, päähenkilön aiempi epäitsenäisyys liittyi tapaan edetä elämässä sattumanvaraisesti (ei-tietoisien ja ei-harmitun merkityksessä) ja ulkoa ohjautuen. Entinen Lassi eteni itsestään selvälle kirurgin uralle jo opiskeluaikanaan ja valitsi kirurgian syventävien opintojensa alaksi voidakseen jatkaa suoraan väitöskirjaan. Vasta kertomuksen käänteeseen myötä hän vapautuu “riippuvuuksista, auktoriteeteista, ulkoajohtuvuudesta, ennaltamääräytyneisyydestä” (Kommulainen 1998, 107) ja ottaa vastuun omien ratkaisujensa tietoisesta pohdinnasta. Vastuu sisältää eettisen pohdinnan ratkaisujen seurauksista sekä itselle että toisille. Uran nousujohteisen etenemisen logiikka korvautuu (tai oikeammin moniäänistyy) toisella, jonka mukaan Lassin työpaikan valintaa määräävät sekä omalta tuntuva lääkärin työ, mahdollisuus kehittää itseään että vaimon työpaikka.

Ajattelen, että Lassin kertomus vinksauttaa tapaa, jolla perinteisiin professionaaliin arvoihin kuuluviin sitoutumiseen ja eettisyyteen usein viitataan. Yhteiskunnassa korostuva individualisaatio ja otettu oikeus itsensä toteuttamiseen saatetaan esittää uhkana lääkärin eettiselle sitoutumiselle työhönsä (esim. Pasternack 2003), kun ne Lassin kertomuksessa ja kerrotussa identiteetissä vasta mahdollistavat omien ratkaisujen eettisen pohdinnan. Samoin toisessa *Ydindialogeja*-artikkelin kertomuksista Empuksi nimeämäni lääkäri rakentaa identiteettinsä aineksista, joissa yhdistyvät haluttomuus tehdä elämänmittaisia urasuunnitelmia, sitoutuminen tähänhetkiseen tutkimustyöhön, halu toteuttaa työssä itseään ja samalla lahjoittaa lääketieteelle oma kapasiteetti. Edelleen Empun kertomukseen kuuluu hyvän lääkäriyden määrittäminen potilaan tarpeiden kautta ja sitoutuminen työn ohella perheeseen (ja näiden vastakkaisuuden kieltäminen).

Näkökulma työhön sitoutumiseen muuttuu väistämättä, kun lähtökohdaksi otetaan elämän(tarinan) kokonaisuus. Individualisaation näkökulmasta Lassin ja Empun voisi kuulla kertovan myöhäisen modernin yhteiskunnan yksilön kertomusta, jossa ammattitai sukupuoliroolit eivät osoita elämälle itsestään selvää suuntaa, vaan yksilö on vastuussa oman elämäkertansa ja omien sitoumustensa muodostamisesta (Beck 1995, 29). He vihjaavat samalla Zygmunt Baumanin ehdottamalla tavalla uudenlaisen omaehtoisen eettisyyden mahdollisuudesta (Bauman 1996, 42–45) pelätyn professionaalisen ja yhteiskunnallisen merkityksettömyyden sijaan. Silloin individualisaatio näyttäytyy itsen toteuttamisen ohella elämän moninaisina muina sitoumuksina ja monille tahoille suuntautuvana eettisyytenä, ja tästä syystä onkin esitetty, että työtä ja uraa tulisi tarkastella sekä teoreettisesti että tutkimuskäytännöllisesti osana elämän koko palapeliä (Johnson 1983; Pratt ja Hansson 1991; Salmi 1996; Heiskanen ja Rantalaiho 1997).

### 7.1.6 Lääkärin sairaus tai muu ruumiillinen rajallisuus

Tartuin viimeisessä artikkelissani *Doctors as wounded storytellers: embodying the physician and gendering the body* teemaan, joka oli jäänyt vaivaamaan minua haastattelut tehtyäni. Muistan ihmetelleeni ääneenkin sitä, miten moni (kaikkiaan kolme-toista) haastattelemistani lääkäreistä kertoi oman sairautensa tai vastaavan ruumistaan pakottavan teeman – lapsettomuuden tai fyysisen vamman – osaksi elämäntarinaansa ja identiteettiään. En ollut odottanut sitä enkä ollut osannut sitä heiltä kysyä.

Artikkelini aineistona on viisi haastattelua, joissa lääkärin oman ruumiin rajallisuus on kerrotun identiteetin kannalta keskeinen teema. Jokainen näistä viidestä mainitsee sairautensa (tms.) johtaneen kiinnostumaan lääketieteestä, mutta ennen kaikkea he rakentavat kerronnan hetkellä oman elämänsä ja itsensä ymmärrystä vaivastaan ja pohtivat tavalla tai toisella oman autonomian tai vapauden merkitystä. Sairauden (tms.) omaelämäkerralliset merkitykset eivät ole pelkästään kielteisiä tai vapauden vastaisia,

vaan siitä saatetaan kertoa persoonallinen, kuvia kumartamaton lääkäri yhtä hyvin kuin oman minuuden herkkä ja sellaisena tarpeellinen puoli. Viidestä kertojasta yhden vaiva on näkyvä, ja hänen kertomuksessaan vaivasta tulee identiteetin kannalta dilemmaattinen, lääkärin uskottavuutta uhkaava seikka.

Lähden sairauskertomuksia lukiessani liikkeelle omasta hämmennyksestäni. Luen viittä haastatteluaineistoni kertomusta kuunnellen itseäni, omia automaattisia ajatuksiani ja tunteitani, joita lääkärin sairaus minussa herättää. Dialoginen viitekehyseni rikkoo kuitenkin yksityisen ja yhteisen rajan ehdottomuuden; omat ajatukseni ja itseni kanssa käymäni keskustelut ovat neuvottelua, jota jaetut keskustelut ja kulttuuriset ajattelun mallit käyvät minussa. Keskustelen siis haastatteluaineistoni kautta lääkärin sairauden (ammatti)kulttuurisista ja myös sukupuolittuvista merkityksistä. Esitän, että elämäntarinan kertomisen tehtävä antaa lääkärille tilaa kertoa omasta sairaudestaan tms. oman identiteettinsä osa, kun ammattikulttuurissa lääkärin sairauksista puhumisen perinne lähes puuttuu. Artikkelini lääkärit osoittavat, ettei oman ruumiin vajavaisuus välttämättä saa häpeän ja heikkouden merkitystä.

Mäenpää (2000) selvitti työterveyshuollon näkökulmasta lääkäreiden jaksamista ja stressiä vasten sitä lääkärin ja potilaan rooliristiriitaa, johon lääkäri sairastuessaan joutuu. Tarkastelussa jaksaminen nähtiin yhteydessä työn sisältöön, työyhteisöön ja ammattikulttuuriin odotuksiin, joiden keskellä ”ratkaisevassa asemassa oli yksilö” tilanteiden tulkintoihin ja selviytymiskeinoihin (Mäenpää 2000, 57). Yksilö ja yhteisö nähdään vuorovaikutuksen kahtena osapuolena, jotka jatkuvasti vaikuttavat toisiinsa ja muuttavat toisiaan mutta joiden välinen raja on selvä: yksilö on yhteisön ja kulttuurin ympäröimä, tukema tai stressaama mutta siitä selkeästi erottuva piirteiden, kokemusten ja selviytymisstrategioiden kokonaisuus.

Mitä dialoginen tarkastelu näkee toisin? Yksilön ja yhteisön välinen raja muuttuu laadultaan ja tulee huokoiseksi; jaetut sanat (käsitteet, asenteet, teoriat, kertomukset, selviytymisen strategiat) virtaavat rajan kummallakin puolella ja sen yli. Yhteisö ei enää *vaikuta* yksilöön, vaan yhteisö ja kulttuuri tulee yksilöksi joidenkin sanojen kiinnityessä ruumiin rajaamaan kokonaisuuteen ja toisten sanojen virratessa ohi. Ruumiissa sanoista syntyvät kokemukset ja elämänkertomukset, myös kokemus ja kertomus omasta minästä. Yksilön raja ei silti sulkeudu koskaan, vaan kulttuuri virtaa häneen ja hänestä pois yhtä kauan kuin hengitys.

Tutkijalle tämä tarkoittaa asennetta, jonka mukaan hän kuuntelee kulttuuria silloinkin, kun haastattelee yksilöitä. Yhteisö ja kulttuuri kertovat kertomuksensa yksilöiden suulla, heidän omiksi kokemuksikseen ruumiillistuneina. Yksilön kertomus ja kokemus ei kuitenkaan ole yksi vaan monta, ristiriitaistakin – onhan hänellä käytössään koko kulttuurin kertomuskirjasto oman tarinansa malliksi (Somers 1994). Dialoginen tutkija ei tyypittele yksilöitä vaan kertomuksia.

Lääkärin sairaus on ideologinen dilemma (Billig ym. 1988; Radley ja Billig 1996). Se on toisin sanoen ilmiö, jonka ymmärtämiseksi on tarjolla ristiriitaisia käsityksiä vaan ei ristiriidan lopullista ratkaisua. Yhtäältä on ihanne lääkäristä, jonka empatiakyky pohjautuu oman sairauden ja haavoittuvuuden kokemiselle ja läpikäymiselle (Kleinman 1988; Frank 1995, xi). Toisaalta lääkärin sairaus kantaa kaksinkertaisen häpeän merkitystä: sairaus tekee tyhjäksi hallinnan ja kaikkivoipaisuuden tavoitteet, jotka lääkäriin myös liitetään, ja se synnyttää vielä oman osaamattomuudenkin häpeän silloin, kun lääkäri tarvitsee itse lääkärin apua (Mäenpää 2000). Häpeä ei ole yksiselitteinen. Kerroin viimeisestä, lääkärien omia 'sairauskertomuksia' käsittelevästä artikkelistani (*Doctors as wounded storytellers*) psykiatriystävälleni, joka ei tunnistanut heikkouden häpeällisyyttä vaan kertoi päinvastoin useista uupuneista ja sairauslomalle jääneistä kollegoistaan. Toisaalta Mäenpään väitöskirjasta voi lukea ennen kaikkea lääkärin heikkouden kieltämisen ja häpeän, jonka sai aikaan pelkkä istuminen työterveyshuollon odotushuoneessa tutkimushaastattelua varten.

Mäenpään työterveyshuollon lääkäriprojekti sai aluksi aikaan leimaantumisen pelon. Jo osallistuminen haastatteluun vihjasi oman haavoittuvuuden tunnustamista. Tällaisen aran ja dilemmaattisen aiheen tarkasteleminen dialogisesti voisi onnistuessaan olla keventävää, sillä siinä valokiilaan ei oteta sairastuneita tai uupumiselle alttiita yksilöitä, ei edes tavoitteena tunnistaa heidät (ns.) terveiden joukosta. Dialoginen asenne fokusoii kulttuuriin. Mallitarinat haavoittumattomasta sankarilääkäristä, empaattisesta auttajasta, työssään uupuneesta tai oman pitkäaikaisen sairautensa kanssa uralaan etenevästä lääkäristä voidaan asettaa rinnakkain. Silloin ne ikään kuin paljastavat ristiriitansa ilman, että tuo ristiriita on yksilöiden, yksittäisten lääkäreiden välinen vaiennettu kiista siitä, kuka lopulta on kunniallinen. Kertomuksia ei tarvitse kiinnittää yksilöihin, vaan ne ovat kaikkien yhteistä perintöä: jokainen voi antaa niiden virrata itseensä ja kiinnittyä oman identiteettinsä kertomukseen, jokaisen ehkä joskus täytyy. Samoin niiden välinen dilemma koskee jokaista lääkäriä, vaikka saakin aina ainutlaatuisen vivahteensa osana itse kunkin identiteettiä ja elämäntarinaa. Tällaisen koetun, yksilöllisen dilemman ratkaisu ei – dialogisesti ajatellen – ole yksilöllinen vaan yhteisen neuvottelun tulos (Emerson 1986, 32). Samalla tavoin ongelman torjunta ei – dialogisesti ajatellen – tapahdu yksilön mielen tiedostamattomaan vaan yhteisen dialogin ulkopuolelle ja pois tarinasta (Billig 1999; Freeman 2002a).

## 7.2 Voisiko professio olla dialogi?

Vaikka olen tutkimukseni kuluessa pohtinut paljon omasta elämästä kertomisen ja yksilöllisen identiteetin teoriaa ja kertomusaineiston analysoinnin metodiikkaa, on tutki-

misen mieli koko ajan ollut myös mahdollisuudessa sanoa jotakin yleisempää muuttuvasta professionaalista maailmasta, jossa lääkärit parhaillaan identiteettijään rakentavat ja toteuttavat. Tämän sanomisen vaikeus on ollut siinä ylittämättömältä tuntuvassa vastakohtaisuudessa, jonka yhtenäisyyttä korostava professionäkökulma muodostaa suhteessa lääkärin yksilölliseen, koettuun todellisuuteen. Professio kuulostaa sanana teoreettiselta ja vieraalta käytännön työtä tekevälle lääkärille – sille ei käsitteenä syntynyt sisältöä ainakaan oman lääkärikoulutukseni aikana 1980-90-lukujen taitteessa, eivätkä sitä käytä myöskään haastattelemanuoret lääkärit. 'Professionaali' ei ole nuoren lääkärin tyypillinen identiteettisana.

Sukupuolisensitiivisestä näkökulmasta perinteinen professionalismin ideologia on pitkälti maskuliinisia arvoja toteuttavaa. Ainakin se sisältää työhön sitoutumisen ja työn itsearvoisuuden (ks. Freidson 2001, 107–108), jotka helposti kääntyvät kaikki-tai-ei-mitään-periaatteelliseksi sitoutumiseksi työhön ja uraan. Professionaalinen ura puolestaan on sekä professionalismin ideologiassa että professioteorioissa perinteisesti nähty muusta elämästä irrallisena rakenteena, ja autonomia on liitetty ihanteena sekä uralla etenijään että koko ammattikuntaan. Eliot Freidsonia (2001) mukaillen profession ideaalimalli ei toteudu sellaisenaan missään, ei ole toisin sanoen olemassa professiota, joka täysin hallitsisi työnsä järjestelyn. Silti ideaalimalli ei ole vain teoreettinen ja empiirinen tutkijan työkalu, vaan sitoutumista, eettisyyttä, tieteellistä perustaa ja autonomiaa toistava ideaalimalli elää lääkärikunnankin keskusteluissa sinä myyttisenä ihanteena, johon omaa professiota ja professionaalisuutta verrataan sekä ammattikunnassa käydyissä yhteisissä keskusteluissa että jokaisen lääkärin omassa identiteetti-prosesseissa.

Professionaali-sanana henkilökohtaisesta vieraudesta huolimatta ajattelen, että profession käsitteessä kohtaavat ja liukuvat toisikseen sanan professioteoreettiset, ammattikulttuuriset ja lääkäri-identiteetin yksilölliset merkitykset. Päätelen väitöskirjani tarkastelemalla Duodecim-lehden pääkirjoitusta huhtikuun numerossa 8/2003. Kirjoitus on vuorosana lääkärikunnan dialogissa, jossa neuvotellaan ja puolustetaan lääkäriyden ideologista perustaa. Samalla teksti kertoo mallitarinaa lääkärilukijansa identiteettikerromukseksi, ja tässä siirtymässä näen dilemman mahdollisuuden: profession yhtenäisyyttä vaaliva näkökulma ei helposti tunnista elämän moninaisuutta ja erojen merkitystä. Pääkirjoitus on otsikoitu ja ingressoitu näin:

Lääkärin työ muuttuu – miten käy profession?

Lääkäriprofessiota pitää vaalia, kehittää ja sovittaa nyky-yhteiskuntaan.

Otsikko rakentaa yhteyden profession ja lääkärin konkreetin työn välille. Kirjoitus toivoo keskustelua siitä, ”mikä on lääkäriyden olemus ja sisältö muuttuvassa maailmassa”, jossa lääkärin mahdollisuudet toteuttaa eettisyyttä hoitoratkaisuissaan näyttävät

yhä rajallisemmilta. Tämän keskustelun tärkeyttä kyseenalaistamatta luen kirjoitusta tietoisesti hiukan toisin, kysyen, millaista on se eettinen professionaalisuus, joka tarjotaan lääkäri-identiteetin perustaksi. Kirjoituksessa professio määritellään ”yhtenäiseksi ammattikunnaksi, jolla on selkeät ammattieettiset velvoitteet ja tarkoin määritetty rooli yhteiskunnassa”; ”äärimmillään (professio on) myös moraalisen arvon sisältävä elämäntapa – kutsumus”. Professio rakennetaan nytkin eettisyyden ja moraalin perustalle, ja tämän perustan säilyttäminen on kirjoituksessa kuvattu haaste, jonka eteen lääketieteen teknologian kehitys ja yhteiskunnan yleinen muuttuminen asettavat lääkäri-profession ”tuhoutumisen” uhalla. Uhat jaetaan kahtia ulkoisiin ja sisäisiin, joista ensin mainitut liittyvät terveydenhuollon kustannusten kasvuun ja lääkärin uuteen rooliin rahavirtojen ohjailijana ja säännöstelijänä: taloudelliset arvot uhkaavat syrjäyttää potilaan ja ammattietiikan. Sisältä päin professiota nakertavat yhteiskunnan arvoista ”egoismin korostuminen, oikeus itsensä toteuttamiseen ja ammatin kutsumuksellisen luonteen häviäminen”.

Kyseenalaistamatta yhteiskunnan murrosten vaikutusta professioihinsa kysymyksen ”lääkäriyden olemuksesta” voi kääntää pääläelleen, ja se on ehkä myös tehtävä, jos haluaa ylittää profession ja lääkäriyksilön välisen käsitteellisen ja kokemuksellisen kuilun. Jos ihanteellinen professio ymmärretään pääkirjoituksen tavoin yhtenäisenä ammattikuntana ja lääkäriys kutsumuksellisenä elämäntapana, ”omien ja muiden etujen toissijaistamisena” potilaan parhaaksi sekä itsen toteuttamisen tarpeesta luopumisena, millaista lääkäriä silloin rakennetaan? Omilla ja muiden eduilla viitataan tässä ymmärtääkseni ennen kaikkea taloudellisten etujen mahdolliseen ristiriitaan, mutta kuten pohdin esimerkiksi kohdassa 7.1.2 edellä, omista taloudellisista eduistakin huolehtiminen näyttäytyy eri näkökulmasta lääkärin elämäntapaisuudesta käsin. Millaista *lääkäriä* kohdellaan eettisesti hyväksyttävällä tavalla, jos ihannoidaan ammatin kutsumusluonnetta? Ei ainakaan sellaista, jolla on kotona pienet lapset tai muita huolehdittavia kilpailemassa potilaiden kanssa etujen ensisijaisuudesta, eikä ehkä ylipäättään ihmistä, jonka rajallisuus pyytää ennemmin tai myöhemmin kuulemaan myös oman ruumiin ja mielen etuja ja tarpeita. Vastaavasti lääkäriyöttömyysvaiheessa profession yhtenäisyyden säilyttäminen tarkoitti työttömän lääkärin mieltämistä ulos ammattikunnan ytimestä siihen epäilyttävään marginaaliin, jossa epäeettinen, ei-tieteellinen ja omia etuja ajava toiminta tuli mahdolliseksi. Professio suhtautui hetkittäin epäeettisesti omiin nuoriin, työttömyyden uhkaamiin jäseniinsä.

Kuka suhtautuu silloin, kun professio suhtautuu, ja ketä uhataan, kun uhattuna on professio? Ei-olemuksellisenä tarkastellen professio on ammatillinen puhetapa, joka kantaa mukanaan klassisen professiotutkimuksen luomaa ihanteellista kuvaa ammatista (Henriksson 2000, 88). Profession voi ajatella (samoin kuin olen väitöskirjani eri vaiheissa ajatellut niin identiteetin kuin sukupuolenkin) ilmiönä, jolle jatkuvasti anne-

taan uusia ja uudelleen vanhoja merkityksiä siitä puhuttaessa ja siihen viitattaessa. Sekä profession sisäpuolisiksi määritellyt että sen ulkopuoliset toimijat muodostavat professiota koko ajan käyttäessään sitä käsitteenä, joka selittää heidän omaa toimintaansa tai toisten sanoja ja tekoja. Professio on kuin dialogi tai vuorovaikutus, joka on olemassa niin kauan kuin se jatkuu, todellisena ja konkreettina, mutta mahdottomana kuvata tyhjentävästi.

Tästä näkökulmasta viittaamani Duodecimin pääkirjoitus ei ole niinkään kuvaus siitä, mitä lääkäriprofessionille on tapahtumassa nyky-yhteiskunnassa, vaan se on arvoitetun profession sisäpuolisen kirjoittajan rakentama jäsenyys tilanteesta, jossa suuri osa profession perinteisesti liitetyistä arvoista on vaarassa muuttua käyttökelvottomiksi lääkärin työn perusteluina. Hän tunnistaa tarpeen ”sovittaa (profession) nyky-yhteiskuntaan”, mutta samalla hänen huolensa etiikan ja moraalin puolesta saa hänet kärjistämään argumentaationsa vastakkainasetteluksi uuden (taloudellisten arvojen, yksilöllisyyden korostumisen) ja perinteisen (kutsumusetiikan) välille, eikä tekstiin jää kunnolla tilaa uudenlaisten eettisyyden muotojen neuvottelulle.

Ajattelen, että profession mieltäminen jatkuvana rakennus- ja muutostyönä, johon jokainen lääkäri on osallinen, arkistaa profession käsitettä hyvällä tavalla. Näin ymmärrettynä professionaalisuus voisi tulla osaksi myös sitä sisäistä dialogia, jota lääkäri käy itsessään tehdessään ratkaisuja työssään, urallaan ja elämässään. Jokaisen lääkärin nähtäisiin etsivän omaan tyyliinsä ja elämäkertansa sopivia eettisyyden ja ammatillisuuden merkityksiä sen sijaan, että professionaalisuus tarjoutuu myyttisenä ja kyseenalaistamattomana ihanteena, joka ei salli muita tapoja sitoutua ja toimia eettisesti kuin ”antautua lääketieteelle”, kuten eräs haastattelemistani lääkäreistä kertoi opiskelijana saaneensa ohjeeksi lääkäriopettajalta.

Olen tutkimuksessani perustellut sekä teoriasta että aineistostani käsin identiteetin ymmärtämistä dialogina, jossa identiteetin ainekset (tarinat, ’äänet’, teoriat) ja sanat omille kokemuksille löytyvät yhteisestä kulttuurista ja jossa yksilön ja sosiaalisen, ’sisäisen’ ja ’ulkoisen’ todellisuuden raja on kuin huokoinen kalvo, jonka molemmilla puolilla dialogi jatkuu. Keskustelu, jota lääkärikunta kävi työttömyysuhan vaiheessa ammattilehdissään ja muilla julkisilla foorumeilla, kuvasi äärimmillään nuoren, työttömän lääkärin pelinappulana tai hanttihommiin ajautuvana ammattikunnan eettisen selkärangan murtajana, oli tarkoitettu perustelemaan toimenpiteitä työttömyyden vähentämiseksi, mutta se asettui myös osaksi nuoren lääkärin omaa identiteettiprosessia ja pakotti suhteuttamaan omaa ammatillista itseä karuun uhkakuvaan.

Tätä kirjoittaessani lääkäri-työttömyys on kääntynyt jälleen lääkäripulaksi, mutta työttömyydestä toipumisvaiheessa vuosina 1996–98 haastatteleman lääkärit suhteuttivat itseään siihen usein tavalla, josta voi aueta uudenlaisen professionaalisuuden mahdollisuus suhteessa yhteen professiota määrittäväksi ajateltuun seikkaan, nimittäin auto-

nomiseen, suoraviivaiseen uraan. Lääkärit ottivat ammattikunnan työttömyyskeskustelussa käytetyn 'ajautumisen' käsitteen omakseen, joskus aivan kirjaimellisesti, mutta muuttivat sen merkityksen ja arvolatauksen. Heille työttömyys tuli merkitsemään paitsi uhkaa myös mahdollisuutta antaa elämän virran viedä sinne, minne ei olisi osannut edes suunnistaa ilman sattuman ohjausta. Kun uran luominen perinteisessä suoraviivaisessa merkityksessä näytti vielä haastatteluiden aikaan vaikealta tai jopa mahdottomalta, lääkärit saattoivat kertoessaan antaa tilaa äänelle, joka kannusti etsimään omalta tuntuvaa tietä. Työhön sitoutumisen myyttisen kaikki-tai-ei-mitään-periaatteen moniäänistäminen haastaa perinteisen maskuliinisen professionaalien ihanteen, mutta se ei ole vain naisten esittämä haaste. Isobel Allenin (1988) kattava tutkimus brittiläikääreistä käynnistyi naislääkärin uran tutkimuksena, mutta päätyi painottamaan kaikkein lääkärin uria ja tarvetta muuttaa perinteistä urarakennetta siten, että se sallii henkilökohtaisen elämän sitoumukset ja uran ei-suoraviivaisuuden.

Luen sekä väitöskirjani osa-artikkeleissa että tässä yhteenvedossa aineistostani esiin dialogia, jota nuoret lääkärit käyvät työhön sitoutumisen ja muiden sitoumusten – olivatpa ne omiin tarpeisiin tai perheeseen – välillä. Näissä identiteettineuvotteluissa korostuvat ne kysymykset, jotka Duodecimin pääkirjoituksessa mainitaan profession sisältä tulevana uhkina: egoismin korostuminen, oikeus itsensä toteuttamiseen ja ammatin kutsumuksellisen luonteen häviäminen. Nuoren lääkärin elämäntarinan kontekstissa ne vain saavat erilaisen merkityksen kuin ammattilehden pääkirjoituksessa, ja esimerkiksi 'egoismin' tulkitsemisen tyypillisimmin kääntyvän elämäntarinaa päättäväisyydeksi antaa tilaa ja aikaa lapsille ja perheelle. Itsen toteuttamisen teema on toinen, jota lääkärinkertajat keskusteluttavat työhön sitoutumisen asteen kanssa, mutta se ei koskaan saa ammattieettisyyttä kyseenalaistavaa merkitystä. Pikemminkin päinvastoin. Itsen toteuttaminen on mahdollista ja tavoitteena paitsi työn ulkopuolisessa elämässä myös työssä, ja tällaisen omista tarpeista lähtevän sitoutumisen voi paikoin kuulla rakentavan vahvan pohjan eettiselle, ulkoapäin asetettuja vaatimuksia kriittisesti tarkastelevalle lääkäriydelle.

Tarkastelemassani Duodecimin pääkirjoituksessa professionaalien eettisyyden ulkoiseksi uhaksi määritelty lääketieteen kehityksen, hoidon tarpeen lisääntymisen ja resurssien rajallisuuden epäsuhta ei ole keskeinen identiteettidialogi tai -dilemman paikka haastattelu- tai avovastausaineistoissani, mutta on sitä lääkäriyöttömyyskirjoituksista lukemassani ammattikunnan yhteisessä identiteettityössä, jossa oli kyse nimenomaan taloudellisten arvojen uhkaamasta lääkäriydestä. Kyse ei kuitenkaan ole siitä, että taloudellisuuspyrkimysten tuomat arvovieritukset olisivat lääkärin yksilöllisen identiteetin ulkopuolisia dilemmoja siinä, missä suhde egoismiin ja itsen toteuttamiseen kuuluisivat yksilön sisään. Dialogisessa viitekehyksessä nämä kaikki keskustelut virtaavat sekä yhteisessä että yksilöllisessä merkityksimaailmassa ja asettuvat osaksi sekä profes-



sion että yksittäisen lääkärin identiteettineuvottelua. Ennemminkin kyse on siitä, että elämäntarinan kertomisen traditio ja tilanne kutsuvat esiin tiettyjä, yksilöön keskittyviä tarinamalleja. Uskon, että jos aineistonani olisi ollut lääkäreiden työnsä lomassa työstään kertomat tarinat, niistä olisi voinut lukea taloudellisuuden ristiriidan merkitseviä lääkäri-identiteettejä. Tämä olisi yksi jatkotutkimuksen paikka, ja uskon dialogisuuden antavan menetelmällisiä eväitä tutkia lääkärin työminän dialogisuutta, moniäänisyyttä ja ristiriitaisuutta omaelämäkerrallisen minuuden ohella (ks. Engeström 1999).

Siitä, että sekä yksilön sisäiseksi että ulkoiseksi mielletyt arvodilemmat kuuluvat sisään ja ulos, seuraa kaksi asiaa. Ensimmäkin siitä seuraa eettinen vaatimus muistaa sanojen merkitys lääkärin minuuksien rakentajina silloinkin, kun ammatillisissa ja poliittisissa yhteyksissä keskustellaan profession kohtalosta. Jos professiota rakennetaan perinteisistä eettisistä arvoista, jotka eivät toteudu lääkärin elämässä nyky-yhteiskunnassa, luodaan professionaalisuutta, joka on etäistä ja vierasta lääkärin käsitykselle ja kokemukselle omasta ammatillisuudestaan. Lääkäri 98-tutkimuksessa vastaajien tärkein arvo elämässä on perhe, ja elämäkertojen yksilöllisyyttä ja omien sitoumusten tekemisen välttämättömyyttä korostava yhteiskunta on se, jossa Ulrich Beckin (1995) mukaan elämme. Professio tarvitsee ennen kaikkea dialogia, jossa etsitään uutta sisältöä eettisyyden, autonomian ja sitoutumisen ihanteille.

Toiseksi yksilön ja yhteisön rajan huokoisuudesta seuraa se, että yksilöllisiksi mielletyt identiteettidilemmat ovat myös yhteisiä pulmia. Lääkärin sairauden tai ruumiillisen tai henkisen vajavuuden häpeällisyys tai arkielämän palapelit työn, perheen ja muiden sitoumusten yhdistämiseksi eivät ole pelkästään yksilöllisen työstämisen tehtäviä tai jokaisen omia ratkaisuja, sillä niitä tehdessään lääkäri samalla pyrkii kertomaan arvokasta lääkärin tarinaa, jonka esittämällä hän tulee tunnistetuksi ja tunnustetuksi osaksi ammatillista yhteisöään ja profession sisäpuolta. Professionaalista keskustelua siitä, millaiset urat ja palapelit ovat hyväksyttäviä ja miten ne ovat yhdistettävissä lääkäriyteen, professionaalisuuteen, ammattietikkaan ja säilyvään ammattitaitoon käydään hyvin vähän, vaikka se voi olla edellytys professionille, joka suhtautuu eettisesti ja kollegiaalisesti kolleegaan kaikenlaisissa elämänvaiheissa.

# Kiitokset

Lämpimät kiitokseni kuuluvat väitöskirjatyössä kanssani kulkeneille. Heitä on paljon – enemmän kuin tässä tulen maininneeksi – ja monet heistä ovat läsnä jokaisessa sanassa, jonka kirjoitan. Konkreettisimmin kirjassani ovat läsnä ne 30 kollegaa, joita sain haastatella tutkimustani varten. Ihmettelen yhä vielä sitä luottamusta, jolla ryhdyitte elämäntarinan kertomisen vakavaan ja vaativaan tehtävään. Kohtasin teidät ja kiehtovat tarinanne tutkijana, mutta olette vaikuttaneet minuun muutenkin paljon. Jokainen kertomus on luonut minulle uusia horisontteja, uusia tapoja ymmärtää lääkärinä olemista ja elämistä. Toivottavasti kirjani onnistuu tekemään vastapalveluksen, avaamaan teille ja kauttanne toisille lääkäreille joitakin uusia näköaloja lääkäriyteen. Suurkiitos! Kiitos 'uratarinoista' myös avovastausaineiston kirjoittajille.

Ilman eräänä vappuna uudelleen löytämäni lapsuuden tarhakaveriani Jari Hassista ja pikkumiehiämme Samua ja Eppua tätä kirjaa tuskin olisi, eikä sitä ehkä vieläkään olisi ilman kultaisia (ja joustavia) lastenhoitajiamme Eija Ojalaa ja Pernilla Druggea. Sydämellinen kiitos, ett varmt och hjärtligt tack! Myös äitini Marjatta Löytyniemi on ollut vankkumaton taustatuki, Marko-veljeni puolestaan keskustelukumppani, joka ymmärtää sanojen puolikkaista. Jarin vanhemmat ovat auttaneet aina ja kaikessa, miten voisin kyllin kiittää. Rakkaita ystäviäni kiitän siitä, että olen saanut kertoa ja pyörittää omaa olemistani, joka viime aikoina on sisältänyt lähinnä väitöskirjan tahdissa koostumista ja hajontaa; toivottavasti olen osannut myös kuunnella. Elämä on täynnä mukavia sattumia – ja te, ystävät, olette niistä parhaat! (Eikä tuo lause ollut omani, vaan lainaus Tarja Aaltoselta saamastani Ystävyiden sanat -kirjasta.) Tarja on ollut yhtä aikaa ystävä, tutkijakollega ja allergiaperheen arkea elävä vertainen. Tarja luki ja kommentoi perusteellisesti väitöskirjani käsikirjoituksenkin. Kiitos ja halaus, Tarja!

Tutkijanurani voisi ajatella alkaneen lääkiksen ilmoitustaululla noin vuonna 1992 roikkuneesta lappusesta, jolla etsittiin syventävien opintojen tekijöitä erääseen projektiin. Syventävillä oli oltava ohjaaja omasta tiedekunnasta, ja niinpä otin yhteyttä silloisen Kansanterveystieteen laitoksen professoriin Liisa Rantalaihoon. Hän innostui heti ja ohjasi minut tekemään tiedettä tavalla, jota kunnioitan koko tutkijuudellani. Liisa on antanut tutkijantaimelle tilaa kasvaa ja hengittää. Olen saanut tehdä omat teoreettiset ja menetelmälliset valintani, mutta olen joutunut myös perustelemaan ne. Sain tehdä omannäköiseni syventävät ja sittemmin väitöskirjan, mutta sain myös dialogia ja kriittisetkin kommentit, kun niitä tarvitsin. Lämmin kiitos, Liisa! Toisen ohjaajani, dosentti Matti Hyvärisen, löysin vetämästä Diskurssipaja-nimistä tutkijoiden työpajaa. Matti on antanut tieteellisen sivistyksensä, narratiivien tuntemuksensa ja elämänviisautensa käyttöni aikaa mittaamatta ja vaivaa säästämättä. Hän luki väitöskirjakäsikirjoitukseni

uudet ja uudemmat versiot kärsivällisesti osoittaen, missä vedin esimerkiksi Ricoeurin hienosyisen ajattelun mutkat suoriksi. Matille olen aina voinut ja uskaltanut heittää sähköpostiviestin, kun jokin suuri oivallus on ollut kehitteillä, ja hän on auttanut kehittelemään. Kiitos tuhannesti, Matti!

Esitarkastajani saavat erityiskiitokset rakentavista kommentteista: professori Elianne Riska osoitti hienotunteisesti käsikirjoituksessa olevat vakavat puutteet ja kannusti kirjoittamaan myös kirjaversio. Professori Suvi Ronkainen luki tekstin huolellisesti tarttuen sekä sisällön että sävyjen ongelmiin. Väitöskirjani parani paljon esitarkastuskierroksellaan.

Työhuoneeni on Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksella, ja siellä olen istunut usein iltaisin, öisinkin ja joskus jopa päivisin. Kollektiivinen kiitos kuuluu koko laitoksen väelle hyvästä ja turvallisesta ilmapiiristä tehdä työtä. Kustokseni Juhani Lehto on viisaiden kommenttien ohella jaksanut uskoa tutkimukseeni, ja tuo luottamus on kantanut työtäni. Kiitos, Juhani! Samoin kiitos kaikille FF-ryhmäläisille hienoista keskusteluista! Terveystieteen laitoksen ja FF-ryhmän kollegoista haluan erityisesti kiittää tutkijatoveruudesta Ulla Ashornia, Rita Jähiä, Kirsi Lumme-Sandtia ja Eija Tolvasta. Tapio Kirsille kiitos miehen näkökulmasta, Outi Jolangille kommentteista ja Marja Jylhälle artikkelikäsikirjoitukseeni perehtymisestä. Ja edelleen haluan tuhannesti kiittää sekä työtoveruudesta, tieteellisestä johdatuksesta että lukemattomista lämpimistä sanoista Lea Henrikssonin, joka on jaksanut rohkaista – ja nauraa kanssani – vielä tässä väittelyn korkealla kynnykselläkin.

Sain tehdä työtäni useamman vuoden Sukupuolijärjestelmä-tutkijakoulun tohtori-koulutettavana. Olen totisesti hyödyntänyt mahdollisuutta luettaa tekstejäni tutkijakoulun tapaamisissa. Sydämellinen kiitos kaikille lukeneille, ja etenkin kiitos tutkijakoulua luotsanneelle Aili Nenolalle, joka on aina järjestänyt aikaa tapaamisille. Kerrasta toiseen ihmettelin Ailin taitoa kiittäen kriittisesti kommentoida. Oma tutkijakoulusukupolveni ei, näin sanottiin, kasvanut yhtä kiinteäksi kuin edeltäjänsä, mutta oli meilläkin hetkemme. Kiitos etenkin Sanna Ojajärvelle, Susanna Paasoselle ja Tuija Virkille. Erityisen lämpimästi muistan Tuijan kanssa junissa ja kahviloissa käytyjä lukuisia keskusteluja. Niissä todella yhdistyivät elämä ja tiede, äitiys ja työ, imetys ja ihmetys. Kiitos, Tuija! Jaana Vuori on lukenut käsikirjoituksiani monesti sekä tutkijakoulun tapaamisiin että muuten, ollut sekä ystävä että terävä kriitikko, jonka syväiset parannusehdotukset tyypillisesti asettuvat tekstiin vasta vähitellen, kypsyttyäen; kiitos Jaana! Katri Komulaiselle ja Harriet Siliukselle niin ikään kiitokset perehtymisestä artikkelikäsikirjoitukseen, samoin kiitokset kommentteista Tuula Gordonille, Kaija Heikkiselle, Tuija Pulkkiselle, Antu Soraiselle ja Ulla Vuorelalle.

Laadullisen terveystutkimuksen verkoston LATEn narratiivipiiri oli vuosien ajan paras paikka tuulettaa tutkijaa, tutkijana tuulettaa. Siellä opin, miten tärkeää on

kunnioituksen ja hyväksynnän ilmapiiri ja miten sellaisessa ilmapiirissä tieteellinen ja henkilökohtainen – henkilökohtaiset – sfääri(t) kohtaavat ja luovat aivan uusia kertomuksia. Kiitos kaikille, jotka piirissä kohtasin! Diskurssipaja, Tampereen yliopiston Naistutkimuksen laitoksen tutkijaseminaari ja Matin vetämä Narratiiviseminaari ovat olleet tärkeitä myös. Vaan tärkeintä kaikista on ollut oikeus olla susi – kiitos (Tarjan ohella) Laura Huttuselle, Vilma Hänniselle, Päivi Kososelle ja Lea Polsolle! Vilman narratiivien tuntemus ja tietämys on ollut arvokasta työlleni sen useissa vaiheissa, kiitos kaikista sanoista ja ajatuksista Narratiivipiirissä ja muualla!

Irma Virjo ja Pekka Virtanen ovat olleet Liisan ohella väitöskirjani seurantar ryhmä. Irman tuki tutkimukseni alkuvaiheissa oli korvaamatonta. Pekan kanssa yhteistyö tiivistyi loppua kohden, ja sain nauttia yhdessä kirjoittamisesta usein niin yksinäisen puurtamisen sijaan. Kiitos molemmille! Katja Ryytänselle kuuluu myös kiitos mahdollisuudesta yhdessä kirjoittaa – se oli antoisaa ja opettavaista!

Vielä kiitos Marja Kaskisaarelle ja Maria Socadalle työni eri vaiheissa saamistani kommentteista ja kannustuksesta sekä Oili-Helena Yljoelle, jonka vetämä sosiaalipsykologian tutkimusharjoituskurssi innosti niin, että kirjoitin harjoitustyöstäni artikkelin (*”Töitä nuorille kollegoille!”*). Lämpimät kiitokset Paula Niemiselle väitöskirjan kielen huoltamisesta, Marita Hallilalle teknisestä avusta ja David Kiviselle monista kielentarkistuksista ja kärsivällisyydestä, jolla hioimme outoja ilmaisujani ja puhekielen käännöksiä. Juhani Sarsilaa sain konsultoida väitöskirjan nimeä miettiessäni, kiitos avusta!

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusrahasto, Tampereen yliopiston tukisäätiö, Naisten tiedesäätiö, Emil Aaltosen Säätiö sekä Tampereen kaupungin tiederahasto ovat tukeneet tutkimustani apurahoin. Kiitos osoittamastanne luottamuksesta.

Omistan kirjan sydämeni iloilta Samulle ja Epulle.

Keväisenä päivänä Tampereella,

Varpu Löyttyniemi

# Summary

Varpu Löyttyniemi: *Auscultatio Medici: Narrating Identity, Negotiating Gender*

Doctoral Dissertation

Faculty of Medicine, School of Public Health, University of Tampere, Finland

This doctoral research dates back to the unemployment spell that actualised among the Finnish medical profession during the economic depression in the early 1990s. The unemployment rates among physicians never rose very high, but the benign outcome was not known when estimations were made about thousands of doctors out of work by the end of the century. There was a lively discussion about the topic where unemployment was given the meanings of threat and forced change. In this research, the meanings that physicians gave to unemployment are scrutinised. However, the focus is on the physician's identity more generally, and the period of actual unemployment in the early 1990s is considered to be a historical moment when physicians and the medical profession faced questions that were crucial to their identity: What is the meaning of work to a physician? What is the meaning of uniformity to the profession? By answering these questions doctors negotiated the grounds of the profession and professional – and a professional's personal – identity. In this study, these negotiations are auscultated.

The research question as a broad problem-field thus concerns physician's identity as a multivoiced dialogue between individuals and the (professional) culture. The approach is narrative. Besides unemployment, the question of multiplicity is concretised through two other research themes: physician's sex or gender, and narrative methodology. What features of doctoring emerge in light of the premise that sex makes a difference to a physician's identity, career, and life story? How does a doctor's story sound when it is listened to as polyphonic, voiced by different physician figures? At the same time, analytical methods are developed that enable the researcher to focus on the multiple and gendered aspects of autobiographical and other kinds of narrative data.

The research material includes 1) young physicians' oral life stories, 2) texts about unemployment that were published in the Finnish Medical Journal and *The Junior Physician (Nuori lääkäri)* between 1991–1995, and 3) young physicians' short career descriptions that were collected with an open question that was included in the last questionnaire of a follow-up survey in 1998. Of these, the life stories are the material in four (out of six) articles included in this doctoral thesis. 30 doctors who had graduated in 1995 from two Finnish medical faculties were asked to tell their life stories in the context of a research interview. Unemployment was not suggested to the narrators as their point of view but instead, the question is what are the meanings of uncertainty to

the doctors who were faced with it during their medical education and the early years of their professional careers.

In the six articles, the empirical and methodological considerations are intertwined. The empirical results concerning professional identity can be summarized as six dialogues and potential identity dilemmas that are 1) the negotiation between life or career control on the one hand and letting go with the flow of life on the other, 2) the relation of economic efficiency demands to professionalism, 3) the reconciliation of work/career and family, 4) the autobiographical definitions of ethics and commitment, 5) the dialogue between a critical attitude and trust, and 6) the fragility of the physician's own material body.

In this summary section, an image of *the mythical doctor* is created based on previous literature. The mythical doctor is rational, stable, and firm. He(sic!) is mentally strong and physically invulnerable, as if he was in control of the whole phenomenon of illness both materially and intellectually. He commits to his work, which is the central theme of his life (story). His career progress is steady and continuous. To him, the professional status and personal esteem are a main concern, and he would not do things that challenge the scientific and ethical basis of the profession. Individual doctors seldom adopt this myth as their models as such. Yet the myth provides them with the norm or expectation concerning their doctors' lives and stories. The myth claims to be acknowledged and questioned at the same time; it multivoices the physician. The empirical results of this research, the dialogues and dilemmas of being a doctor, can be heard as reactions to the all-demanding myth.

As to gender, it is essential that the myth is displayed noting how its implications are different to a woman and a man. The physician traditionally presented by professional theory and ideology is taken to be sexless. Yet he is by implication male when professional career is conceptualised as an autonomous structure that is not penetrated or disturbed by other life spheres and commitments. The expectation of commitment to work has different meanings to a physician who has children depending on if (s)he is the mother or father as the family is still considered to be a female responsibility. However, the autobiographical narratives in this research do hint at the fact that fathers, too, are challenging the myth, partly empowered by the ideologies of gender equality and new fatherhood. In this doctoral study, the autobiographical approach is chosen in order to question the mythical priority of the career and to make visible the different ways in which doctors commit themselves to career, family, and other people and affairs of consequence.

The developments of narrative analytical methodology include the concept of *key dialogue* and the method of *wondering*. When interpreting the key dialogue of a personal story and the narrated self, a key episode is first located. In key episodes, the

linguistic evaluation is thickened and the substantial voices of the self meet. Key episodes are the moments of integration of the self in the narrative, yet the emphasis put on multivoicedness reminds that the purpose of personal stories is not only to create the coherence of the self but, also, to express and manage multiple, partly contradictory selves and experiences. Key dialogues of narrated selves take place between integration and disintegration, between unity and difference, and they consist of the substance of the many voices and the rhythm of their involvement.

The method of wondering stretches the field of narrative studies into the direction of phenomenology. The notion of wonder draws on Luce Irigaray's writings. In wondering, the researcher attempts to suspend her or his customary conceptions and natural ways of feeling and observing in order to create space for the narrator to appear different from those conceptions, which include the cultural expectations about the different sexes as well as conventional conceptions of professional identity and career. In Irigaray's ethics of sexual difference it is essential that the difference between woman and man, feminine and masculine, is not seen as dichotomous or hierarchic. In the research at hand, the same non-hierarchic difference is suggested between different kinds of medical careers and different ways of being a physician. Both notions of key dialogue and wondering put into scientific practice the emphasis on dialogue, which refers both to the multivoicedness of narratives and identities and to the negotiations of identity and gender between the one who narrates and the one who listens.

# Lähdekirjallisuus:

- Aaltonen, Tarja (2002): Sanatonko tarinaton? Afaatikon intersubjektiiivinen maailma ja kertoen rakentuva identiteetti. Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja A:5. MSS, Helsinki
- Abbott Andrew (1988): The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. The University of Chicago Press, Chicago
- Achté, Kalle (1993): Kun lääkäri sairastuu. WSOY, Juva
- Achté, Kalle; Alanen, Yrjö & Tienari, Pekka (1989): Psykiatria 1. WSOY, Juva, 7.p.
- Ailus, Kirsi (1993): PWG:n kevätkokous: Lääkärit työaikalainsäädännön piiriin! Nuori Lääkäri 30(6–7): 16–17
- AL (2002): Kirurgi Teittinen taisteli kolmessa sairaalassa. Sydämen valinnat. Aamulehti 20.10.2002, s. 1, 17–18
- Allen, David G. (1987): Professionalism, Occupational Segregation by Gender and Control of Nursing. Kirjassa The Politics of Professionalism, Opportunity, Employment, and Gender, s. 1–24. Sarah Slavin (toim.). The Haworth Press, New York
- Allen, Isobel (1988): Doctors and Their Careers. Policy Studies Institute, London
- Anderson, Pamela (1998): Tracing Sexual Difference: Beyond the *Aporia* of the Other. Konferenssiesitys 20<sup>th</sup> World Congress of Philosophy, Boston, Massachusetts 10.–15.8.1998. Verkossa (15.04.2004) osoitteessa <http://www.bu.edu/wcp/Papers/Gend/GendAnde.htm>
- Andersson, Claes (2002): Luova mieli. Kirjoittamisen vimma ja vastus. Kirjapaja, Helsinki
- Antonovsky, Aaron (1987a): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass, San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1987b): Health Promoting Factors at Work: The Sense of Coherence. Kirjassa Psychosocial Factors at Work and Their Relation to Health, s. 153–167. R. Kalimo, M.A. El-Batawi & C.L. Cooper (toim.). World Health Organization, Geneva
- Antonovsky, Aaron (1993a): The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science & Medicine 36: 725–733
- Antonovsky, Aaron (1993b): Complexity, Conflict, Chaos, Coherence, Coercion and Civility. Social Science & Medicine 37: 969–981
- Antonovsky, Aaron (1996): The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective. Israel Journal of Medical Sciences 32: 170–178
- Anttonen, Anneli (1994): Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot. Kirjassa Naisten hyvinvointivaltio, s. 203–226. Anneli Anttonen, Lea Henriksson ja Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Anttonen, Anneli; Lempiäinen, Kirsti ja Liljeström, Marianne (toim.) (2000): Feministijä – aikamme ajattelijoita. Vastapaino, Tampere
- Arajärvi, Terttu ja Varilo, Esko (toim.) (1991): Lastenpsykiatria tänään. 3. uudistettu painos. Weilin+Göös, Tampere, 3. uud.p.
- Bakhtin, Mikhail (1981): Discourse in the Novel. Kirjassa The Dialogic Imagination. Four Essays by M. M. Bakhtin, s. 259–422. Michael Holquist (toim.). University of Texas Press, Austin
- Bakhtin, Mikhail (1984): Problems of Dostoevsky's Poetics. Theory and History of Literature Vol. 8. Caryl Emerson (toim.). University of Minnesota Press, Minneapolis
- Bakhtin, Mikhail (1986): Speech Genres and Other Late Essays. Caryl Emerson ja Michael Holquist (toim.). University of Texas Press, Austin
- Balint, Michael (1957): The Doctor, His Patient and the Illness. Pitman, London
- Barthes, Roland (1994): Mytologioita. Gaudeamus, Tampere.
- Bauman, Zygmunt (1996): Postmodernin lumo. Vastapaino, Tampere
- Beck, Ulrich (1995): Poliitiikan uudelleen keksiminen: kohti refleksiivisen modernisaation teoriaa. Kirjassa Beck, Ulrich; Giddens, Anthony ja Lash, Scott: Nykyajan jäljillä: refleksiivinen modernisaatio, s. 11–82. Vastapaino, Tampere
- Benjamin, Jessica (1990): The Bonds of Love. Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination. Virago Press, London
- Benjamin, Jessica (1998): Shadow of the Other. Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis. Routledge, New York
- Billig, Michael (1999): Freudian Repression. Conversation Creating the Unconscious. Cambridge University Press, Cambridge.
- Billig, Michael; Condor, Susan; Edwards, Derek; Gane, Mike; Middleton, David ja Radley, Alan (1988): Ideological Dilemmas. A Social Psychology of Everyday Thinking. Sage, London
- Bochner, Arthur (2001): Narrative's Virtues. Qualitative Inquiry 7: 131–157



- Bordo, Susan (1993): *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*. University of California Press, Berkeley
- Braidotti, Rosi (1994): *Nomadic Subjects. Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*. Columbia University Press, New York
- Braidotti, Rosi (2002): *Kvinna-i-tillblivelse. Könsskillnaden på nytt*. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 23(4): 5–26
- Bruner, Jerome (1990): *The Acts of Meaning*. Harvard University Press, Cambridge.
- Cassell, Joan (1998): *The Woman in the Surgeon's Body*. Harvard University Press, Cambridge
- Chamberlayne, Prue; Bornat, Joanna ja Wengraf, Tom (toim.)(2000): *The Turn to Biographical Methods in Social Science: Comparative Issues and Examples*. Routledge, London
- Chambers, Ruth ja Campbell, Ian (1996): *Gender Differences in General Practitioners at Work*. *British Journal of General Practice* 46: 291–293
- Chase, Susan (1995): *Taking Narrative Seriously. Consequences for Method and Theory in Interview Studies*. *Kirjassa Interpreting Experience. The Narrative Study of Lives Vol. 3*, s. 1–26. Ruthellen Josselson ja Amia Lieblich (toim.). Sage, Thousand Oaks, CA
- Chidambaram, S. Muthu (1993): *Sex Stereotypes in Women Doctors' Contribution to Medicine: India*. *Kirjassa Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, s. 13–26. Elianne Riska ja Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Chodorow, Nancy (1978): *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. University of California Press, Berkeley
- Code, Lorraine (1993): *Taking Subjectivity into Account*. *Kirjassa Feminist Epistemologies*, s. 15–48. Linda Alcoff ja Elizabeth Potter (toim.). Routledge, New York
- Conley, Frances K. (1998): *Walking Out on the Boys*. Farrar, Straus and Giroux, New York
- Crossley, Nick (1996): *Intersubjectivity: the Fabric of Social Becoming*. Sage, London
- Davies, Celia (1995): *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Open University Press, Buckingham
- Davies, Celia (1996): *The Sociology of Professions and the Profession of Gender*. *Sociology* 30: 661–678
- De Lauretis, Teresa (1987): *Techonologies of Gender. Essays on Theory, Film, and Fiction*. Indiana University Press, Bloomington
- Denzin, Norman K (1989): *Interpretive Biography. Qualitative Research Methods Vol 17*. Sage, London
- de Peuter, Jennifer (1998): *The Dialogics of Narrative Identity*. *Kirjassa Bakhtin and the Human Sciences: No Last Words*, s. 30–48. Michael Mayerfeld Bell ja Michael Gardiner (toim.). Sage, London
- Edelstein, E.L. & Beider, L. (1982): *Role Reversal: When Doctors Become Patients*. *Psychiatra Clinica* 15: 177–183
- Elston, Mary Ann (1993): *Women Doctors in a Changing Profession: The Case of Britain*. *Kirjassa Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, s. 27–61. Elianne Riska ja Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Emerson, Caryl (1984): *Editor's Preface*. *Kirjassa Bakhtin, Mikhail: Problems of Dostoevsky's Poetics*, s. xxix–xlili. *Theory and History of Literature Vol. 8*. Caryl Emerson (toim.). University of Minnesota Press, Minneapolis
- Emerson, Caryl (1986): *The Outer Word and Inner Speech: Bakhtin, Vygotsky, and the Internalization of Language*. *Kirjassa Bakhtin. Essays and Dialogues on His Work*, s. 21–39. Gary Saul Morson (toim.). University of Chicago Press, Chicago
- Engeström, Ritva (1999): *Toiminnan moniäänisyys: Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista*. Helsinki University Press, Helsinki
- Eriksson, Kristina (2003): *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor. Kön- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik*. Förlags Ab Gondolin, Stehag
- Eriksson, Kristina ja Eriksson, Maria (2002): *"Kön har ingen betydelse men könsblandning är bra": "könsgrände" i två professionella sammanhang*. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 23(1): 53–72
- Eräsaari, Leena; Julkunen, Raija ja Silius, Harriet (toim.) (1995): *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*. Vastapaino, Tampere
- Eskola Jari ja Suoranta Juha (1998): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere
- Forsius, Arno (2003): *Lääkärin ammatillisen autonomian kehitysvaiheita*. *Suomen Lääkärelehti* 58: 2887–2891
- Frank, Arthur W. (1993): *The Rhetoric of Self-change: Illness Experience as Narrative*. *The Sociological Quarterly* 34: 39–52
- Frank, Arthur W (1995): *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press, Chicago
- Freeman, Mark (1993): *Rewriting the Self. History, Memory, Narrative*. Routledge, New York

- Freeman, Mark (1998): Experience, Narrative, and the Relationship Between Them. *Narrative Inquiry* 8: 455–466
- Freeman, Mark (1999): Culture, Narrative, and the Poetic Construction of Selfhood. *Journal of Constructivist Psychology* 12: 99–116
- Freeman, Mark (2002a): Charting the Narrative Unconscious: Cultural Memory and the Challenge of Autobiography. *Narrative Inquiry* 12: 193–211
- Freeman, Mark (2002b): The Burden of Truth: Psychoanalytic *Poiesis* and Narrative Understanding. *Kirjassa Strategic Narrative: New Perspectives on the Power of Personal and Cultural Stories*, s. 9–27. Wendy Patterson (toim.). Lexington Books, Lanham
- Freeman, Mark (2003a): Myth, Memory, and the Moral Space of Autobiographical Narrative. Plenary speech presented in 2nd Tampere Conference on Narrative: Narrative, Ideology and Myth. Tampere 28.06.2003
- Freeman, Mark (2003b): Identity and Difference in Narrative Inquiry: A Commentary on the Articles by Erica Burman, Michele Crossley, Ian Parker, and Shelley Sclater. *Narrative Inquiry* 13: 331–346
- Freidson, Eliot (2001): Professionalism. The Third Logic. The University of Chicago Press, Chicago
- Frosh, Stephen (1994): Sexual Difference. Masculinity & Psychoanalysis. Routledge, London
- Gersie, Alida (1997): Reflections on Therapeutic Storymaking. *The Use of Stories in Groups*. Jessica Kingsley Publishers, London
- Gherardi, Silvia (1994): The Gender We Think, The Gender We Do in Our Everyday Organizational Lives. *Human Relations* 47: 591–610
- Gherardi, Silvia (1995): Gender, Symbolism and Organizational Cultures. Sage, London
- Gilligan, Carol (1982): In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Harvard University Press, Cambridge
- Gjerberg, Elisabeth ja Kjølørød, Lise (2001): The Doctor-Nurse Relationship: How Easy Is It to Be a Female Doctor Co-operating with a Female Nurse? *Social Science & Medicine* 52: 189–202
- Greenhalgh, Trisha ja Hurwitz, Brian (1998): Narrative Based Medicine. *Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books, London
- Greimas, Algirdas Julien (1980): Strukturaalista semantiikkaa. Gaudeamus, Helsinki
- Greimas, Algirdas Julien (1987a): A Problem of Narrative Semiotics: Objects of Value. *Kirjassa On Meaning. Selected Writings in Semiotic Theory*. University of Minnesota Press, Minneapolis
- Greimas, Algirdas Julien (1987b): Actants, Actors and Figures. *Kirjassa On Meaning. Selected Writings in Semiotic Theory*. University of Minnesota Press, Minneapolis
- Grosz, Elizabeth (1990): Jacques Lacan. A Feminist Introduction. Routledge, London
- Grosz, Elizabeth (1993): Bodies and Knowledges: Feminism and the Crisis of Reason. *Kirjassa Feminist epistemologies*, s. 187–215. Linda Alcoff ja Elizabeth Potter (toim.). Routledge, New York
- Gurevitch, Zali (2000): Plurality in Dialogue: A Comment on Bakhtin. *Sociology* 34: 243–263
- Hahn, Robert A. (1985): Between Two Worlds: Physicians as Patients. *Medical Anthropology Quarterly* 16: 87–98
- Halila, Hannu (1998): Finland. *Kirjassa Medicine and Medical Education in Europe: The Eurodoctor*, s. 148–169. Gunther Eysenbach (toim.). Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Hamburger, Jean (1977): Ihmisen mahti ja hauraus. Tutkielma lääketieteen ja ihmisen muodonmuutoksista. WSOY, Porvoo
- Haraway, Donna (1991): Situated Knowledges: Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Kirjassa Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*, s. 183–201. Free Association Books, London
- Heino, Juha; Virtanen, Pekka; Halila, Hannu ja Luhtala, Riitta (1995): Yli puolet valmistuvista lääkäreistä vailla työkokemusta. *Suomen Lääkärilehti* 50: 3345–3348
- Heinämaa, Sara (1996): Ele, tyyli ja sukupuoli. Merleau-Pontyn ja Beauvoirin ruumiinfenomenologia ja sen merkitys sukupuolikysymykselle. Gaudeamus, Tampere
- Heinämaa, Sara (1997): Ero ja etäisyys. Luce Irigaray ja filosofisen itsekkyyden perinne. *Kirjassa Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, s. 37–55. Sara Heinämaa, Martina Reuter ja Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Heinämaa, Sara (2000): Ihmetys ja rakkaus. Esseitä ruumiin ja sukupuolen fenomenologiasta. Nemo, Helsinki
- Heinämäki, Elisa (1997): Toistosta tanssiin. Naisen esittäminen Luce Irigarayn mukaan. *Kirjassa Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, s. 82–101. Sara Heinämaa, Martina Reuter ja Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Heiskanen, Tuula ja Rantalaiho, Liisa (1997): Persistence and Change of Gendered Practices. *Kirjassa Gendered Practices in Working Life*, s. 191–196. Liisa Rantalaiho ja Tuula Heiskanen (toim.). Macmillan Press, Hampshire

- Henriksson, Lea (1994): Ammatillisen sisaruuden uudet jaot – sota terveystyön taitekohtana. Kirjassa Naisten hyvinvointivaltio, s. 97–127. Anneli Anttonen, Lea Henriksson ja Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Henriksson, Lea (1998): Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. *Stakes, tutkimuksia* 88, Helsinki
- Henriksson, Lea (2000): Profiisit ja sukupuolten välinen työnjako terveystyössä. Kirjassa Terveystieteiden suuntauksia, s. 85–103. Ilka Kangas, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.). Gaudeamus, Helsinki
- Henriksson, Lea (2001): Gendering the Theories on Professions – Five Narratives. Kirjassa Gender Perspectives on Vocational Education. Historical, Cultural and Policy Aspects, s. 305–329. Philipp Gonon, Kurt Haefeli, Anja Heikkinen ja Iris Ludwig (toim.). Peter Lang, Bern
- Herndl, Diane Price (1991): The Dilemmas of a Feminine Dialogic. Kirjassa Feminism, Bakhtin, and the Dialogic, s. 7–24. Dale M. Bauer ja S. Jaret McKinstry (toim.). State University of New York Press, Albany
- Honkasalo, Marja-Liisa (1993): Kipeät ruumiit. Kirjassa Tieteen huolet, arjen ihmeet, s. 92–105. Päivi Korvajärvi, Ritva Nätkin ja Antti Saloniemi (toim.). Vastapaino, Tampere
- Honkasalo, Marja-Liisa (1994): Miten naiset kirjoittavat vaikeistaan – omaelämäkertamenetelmän mahdollisuuksista terveystutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 41–48
- HS (1986): Lääketieteen opiskelijat vastustavat mieskiintiöitä. *Helsingin Sanomat* 9.2.1986, s. 8
- Hunter, Kathryn (1991): *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton University Press, Princeton, NJ
- Huttunen, Jouko (1999): Muuttunut ja muuttuva isyys. Kirjassa Mies ja muutos. Kriittisen miestutkimuksen teemoja, s. 169–193. Arto Jokinen (toim.). Tampere University Press, Tampere
- Huttunen, Laura (2002): Kotona, maanpaossa, matkalla: kodin merkitykset maahanmuuttajien omaelämäkertoissa. *Suomalaisen Kirjallisuuden Seura*, Helsinki
- Hydén, Lars-Christer (1995): The rhetoric of recovery and change. *Culture, Medicine and Psychiatry* 19:73–90
- Hyppölä, Harri (toim.)(2000): Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987–1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aiemmin. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusjulkaisuja* 2000:10, Helsinki
- Hyvärinen, Matti (1994): Viimeiset taistot. Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti (1997): Rhetoric and Conversion in Student Politics: Looking Backward. Kirjassa Interpreting the Political: New Methodologies, s. 18–38. Terrell Carver ja Matti Hyvärinen (toim.). Routledge, London
- Hyvärinen, Matti (1998a): Thick and Thin Narratives: Thickness of Description, Expectation, and Causality. Kirjassa Cultural Studies: A Research Volume Vol 3, s. 149–174. Norman Denzin (toim.). JAI Press, Stamford
- Hyvärinen, Matti (1998b): Lukemisen neljä käännettä. Kirjassa Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa, s. 311–336. Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen ja Anni Vilkkö (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti (1998c): Jörn Donnerin matka ja paluu. Kirjassa Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa, s. 125–152. Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen ja Anni Vilkkö (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti; Peltonen, Eeva ja Vilkkö, Anni (1998): Johdanto. Kirjassa Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa, s. 7–25. Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen ja Anni Vilkkö (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti; Kurunmäki, Jussi; Palonen, Kari; Pulkkinen, Tuija ja Stenius, Henrik (2003): Johdanto. Kirjassa Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria, s. 9–17. Matti Hyvärinen, Jussi Kurunmäki, Kari Palonen, Tuija Pulkkinen ja Henrik Stenius (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hänninen, Vilma (1996): Coping with Unemployment as Narrative Reorientation. *Nordiske Udkast* 24: 19–32
- Hänninen, Vilma (1999): Sisäinen tarina, elämä ja muutos. *Acta Universitatis Tamperensis* 696, Tampereen yliopisto, Tampere
- Hänninen, Vilma ja Valkonen, Jukka (toim.) (1998): Kunnon tarinoita: Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 59/98, Helsinki
- Irigaray, Luce (1985a): *Speculum of the Other Woman*. Cornell University Press, Ithaca, New York.
- Irigaray, Luce (1985b): *This Sex Which Is Not One*. Cornell University Press, Ithaca, New York
- Irigaray, Luce (1991): *The Irigaray Reader*. Whitford, Margaret (toim.). Blackwell, Oxford
- Irigaray, Luce (1996a): *Sukupuolieron etiikka*. Gaudeamus, Tampere

- Irigaray, Luce (1996b): *I Love to You. Sketch of a Possible Felicity in History*. Routledge, London
- Irigaray, Luce (2002): *Between East and West. From Singularity to Community*. Columbia University Press, New York.
- Johnson, Malcolm (1983): *Professional Careers and Biographies*. Kirjassa *The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others*, s. 242–262. Robert Dingwall ja Philip Lewis (toim.). Macmillan Press, London
- Josselson, Ruthellen (1995a): *Imagining the Real: Empathy, Narrative, and the Dialogic Self*. Kirjassa *Interpreting Experience. The Narrative Study of Lives Vol 3*, s. 27–44. Ruthellen Josselson & Amia Lieblich (toim.). Sage, Thousand Oaks
- Josselson, Ruthellen (1995b): *Narrative and Psychological Understanding*. *Psychiatry* 58: 330–343
- Julkunen, Raija (1994): *Suomalainen sukupuolimalli – 1960-luku käänteenä*. Kirjassa *Naisten hyvinvointivaltio*, s. 179–201. Anneli Anttonen, Lea Henriksson ja Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Julkunen, Raija (2001): *Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Vastapaino, Tampere
- Julkunen, Raija (2003): *Uusinstitutionalismien jäljillä*. Kirjassa *Instituutiot ja sosiaalipoliittikka*. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen, s. 19–40. Juho Saari (toim.). Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki
- Järnefelt, Arvid (1992): *Vanhempieni romaani*. WSOY, Juva, 6.p.
- Karjalainen, Kerkko ja Kotkavirta, Jussi (2001): *Narratiivinen lääketiede: mitä se on ja miksi se on tärkeää?* *Suomen Lääkärilehti* 56: 5138–5141
- Kaskisaari, Marja (2000): *Kyseenalaiset subjektit. Tutkimuksia omaelämäkerroista, heterojärjestyksestä ja performatiivisuudesta*. SoPhi, Jyväskylä
- Kataja, Vesa (toim.)(1989): *Nuori lääkäri 88. Kyselytutkimus vv. 1977–1986 Suomessa laillistetuille lääkäreille*. Julkaisuja 4:1989. Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto, Helsinki
- Katila, Saija ja Meriläinen, Susan (1999): *A Serious Researcher or Just Another Nice Girl? Doing Gender in a Male-Dominated Scientific Community*. *Gender, Work and Organization* 6:163–173
- Keller, Evelyn Fox ja Flax, Jane (1988): *Missing Relations in Psychoanalysis: A Feminist Critique of Traditional and Contemporary Accounts of Analytic Theory and Practice*. Kirjassa *Hermeneutics and Psychological Theory: Interpretive Perspectives on Personality, Psychotherapy, and Psychopathology*, s. 334–366. Stanley B. Messer, Louis A. Sass ja Robert L. Woolfolk (toim.). Rutgers University Press, New Brunswick
- Keller, Helen (1957): *Elämäni tarina*. WSOY, Porvoo, 2.p.
- Kerby, Anthony Paul (1997): *The Language of the Self*. Kirjassa *Memory, Identity, Community. The Idea of Narrative in the Human Sciences*, s. 125–142. Lewis P. Hinchman ja Sandra K. Hinchman (toim.). State University of New York Press, Albany
- Kinnunen, Merja ja Korvajärvi, Päivi (1996): *Johdanto: Naiset ja miehet työelämässä*. Kirjassa *Työelämän sukupuolistavat käytännöt*, s. 9–19. Merja Kinnunen ja Päivi Korvajärvi (toim.) Vastapaino, Tampere
- Kivimäki, Riikka (1997): *Work and Parenthood*. Kirjassa *Gendered Practices in Working Life*, s. 89–100. Liisa Rantalaiho ja Tuula Heiskanen (toim.). Macmillan Press, Hampshire
- Kleinman, Arthur (1988): *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, New York
- Klemola, Timo (2003): *Filosofian harjoitus – harjoituksen filosofia*. *Niin&näin* 2/2002, 13–20
- Kohn, Livia (1992): *Selfhood and Spontaneity in Ancient Chinese Thought*. Kirjassa *Selves, People, and Persons: What Does it Mean to Be a Self?*, s. 123–138. Leroy S. Rouner (toim.). University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana
- Komulainen, Katri (1994): *Retki vastuurationaalisuuden käsitteeseen*. *Naistutkimus* 1: 30–39
- Komulainen, Katri (1998): *Kotihiiiriä ja ihmisiä. Retorinen minä naisten koulutusta koskevissa elämäkertomuksissa*. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja N:o 35, Joensuu
- Korhonen, Inkeri ja Oksanen, Katja (1997): *Kertomuksen semiotiikkaa*. Kirjassa *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, s. 54–71. Sulkunen, Pekka ja Törrönen, Jukka (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Korsisaari, Eva Maria (1997): *Meditaatioita naiskielen ja naiskirjallisuuden mahdollisuuksista*. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, s. 56–81. Sara Heinämaa, Martina Reuter & Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Kortteinen, Matti ja Tuomikoski, Hannu (1998): *Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä*. Hanki ja jää, Helsinki
- Korvajärvi, Päivi (1998): *Gendering Dynamics in White-Collar Work Organizations*. *Acta Universitatis Tamperensis* 600, Tampereen yliopisto, Tampere

- Korvajärvi, Päivi ja Kinnunen, Merja (1996): Lopuksi: Työelämän sukupuolistaminen. Kirjassa Työelämän sukupuolistavat käytännöt, s. 233–240. Merja Kinnunen & Päivi Korvajärvi (toim.) Vastapaino, Tampere
- Korte, Irma (1988): Nainen ja myyttinen nainen. Yliopistopaino, Helsinki
- Kosonen, Päivi (2000): Elämät sanoissa. Eletty ja kerrottu epäjatkuvuus Sarrauten, Durasin, Robbe-Grillet'n ja Perecin omaelämäkerrallisissa teksteissä. Tutkijaliitto, Helsinki
- Labov, William (1972): The Transformation of Experience in Narrative Syntax. Kirjassa Language in the Inner City. Studies in the Black English Vernacular, s. 354–396. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
- LaCapra, Dominick (1999): Trauma, Absence, Loss. *Critical Inquiry* 25: 696–727
- Lehtinen, Virpi (2000): Luce Irigarayn filosofinen hanke: Etiikka, rakkaus ja naisellinen. Kirjassa Feministejä – Aikamme ajattelijoita, s. 213–238. Anneli Anttonen, Kirsti Lempiäinen & Marianne Liljeström (toim.). Vastapaino, Tampere
- Lehto, Juhani (1991): Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkärin, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotusten vaikutuksesta. Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuksia 1/1991, Helsinki
- Lehto, Juhani (2003): Terveystieteiden tutkimuksen muutos ja muuttumattomuus. Kirjassa Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen, s. 126–140. Juho Saari (toim.). Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki
- Lehtonen, Mikko (1995): Pikku jättiläisiä. Maskuliinisuuden kulttuurinen rakentuminen. Vastapaino, Tampere
- Leinonen, Esa; Nevala, Katja; Lehto, Outi; Nieminen, Pentti ja Isohanni, Matti (1995): Lääketieteen opiskelijoiden stressin aiheuttajat ja oireet. *Suomen Lääkärilehti* 50: 2459–2463
- Leinonen, Pekka (2002): Kohti postmodernia – ja sen yli. *Suomen Lääkärilehti* 57: 1553–1555
- Levinas, Emmanuel (1989): The Levinas Reader. Seán Hand (toim.). Basil Blackwell, Cambridge
- Linde, Charlotte (1993): Life Stories. The Creation of Coherence. Oxford University Press, New York
- Linde, Charlotte (2001): Narrative and Social Tacit Knowledge. *Journal of Knowledge Management* 5: 160–170
- Lindgren, Gerd (1999): Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår. Liber, Malmö
- Lorber, Judith (1993): Why Women Physicians Will Never Be True Equals in the American Medical Profession. Kirjassa Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour, s. 62–76. Elianne Riska ja Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Lorber, Judith (2000): Using Gender to Undo Gender. A Feminist Degendering Movement. *Feminist Theory* 1: 79–95
- Löyttyniemi, Varpu (1994): Mitä työnohjaus merkitsee lääkärille? Julkaisematon syventävien opintojen oppinnäytetyö, Kansanterveystieteen laitos, Tampereen yliopisto
- Löyttyniemi, Varpu (1998): Murrosvaiheen nuoret lääkärit: syntyykö ajopuusukupolvi? *Suomen Lääkärilehti* 53: 585–591
- MacIntyre, Alasdair (1985): After Virtue. A Study in Moral Theory. Duckworth, Guildford, 2.p.
- Marshall, Barbara L. (1991): Re-producing the Gendered Subject. *Current Perspectives in Social Theory* 11: 169–195
- Mattila, Kari ja Lääkäri 98 –tutkimusryhmä (2003): Suomalaisten lääkärin arvovalinnat. *Suomen Lääkärilehti* 58: 1199–1201
- May, Vanessa (2001): Lone Motherhood in Finnish Women's Life Stories: Creating Meaning in a Narrative Context. Åbo Akademi förlag, Åbo
- Mazzarella, Merete (1997): Oman elämän kirjoittamisesta – ja muiden. Kirjassa Aina uusi muisto. Kirjoituksia menneen elämisestä meissä, s. 25–36. Katarina Eskola ja Eeva Peltonen (toim.). Nykyläytöksen tutkimuskeskityksen julkaisuja 54, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä
- Mazzarella, Merete (2002): Linjer mellan stjärnor. Essäer om identitet. Söderströms, Pieksämäki
- McAdams, Dan P. (1993): The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self. Morrow, New York
- McAdams, Dan P., Josselson, Ruthellen ja Lieblich, Amia (toim.) (2001): Turns in the Road. Narrative Studies of Lives in Transition. American Psychological Association, Washington, DC
- Miller, Nancy K. (1988): Subject to Change. Reading Feminist Writing. Columbia University Press, New York
- Miller, Nancy K. (1994): Representing Others: Gender and the Subjects of Autobiography. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 6: 1–27
- Mills, Sara (1995): Feminist Stylistics. Routledge, London

- Mishler, Elliot G. (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Ablex Publishing Corporation, Norwood, NJ
- Mishler, Elliot G. (1986): *Research Interviewing. Context and Narrative*. Harvard University Press, Cambridge
- Morson, Gary Saul (1998): Contingency and Poetics. *Philosophy and Literature* 22: 286–308
- Murphy, Raymond (1990): Proletarianization or Bureaucratization: The Fall of the Professional? Kirjassa *The formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, s. 71–96. Rolf Torstendahl ja Michael Burrage (toim.). Sage, London
- Murray, Kevin (1989): The Construction of Identity in the Narratives of Romance and Comedy. Kirjassa *Texts of Identity*, s. 176–205. John Shotter ja Kenneth J. Gergen (toim.). Sage, London
- Mäenpää, Eliisa (2000) Sairaalalääkärin jaksaminen työterveyshuollon näkökulmasta. *Acta Universitatis Tamperensis* 729, Tampereen yliopisto, Tampere
- Neittaanmäki, Liisa; Luhtala, Riitta; Virjo, Irma; Kumpusalo, Esko; Mattila, Kari; Jääskeläinen, Manu; Kujala, Santero ja Isokoski, Mauri (1993): More Women Enter Medicine: Young Doctors' Family Origin and Career Choice. *Medical Education* 27: 440–445
- Neittaanmäki, Liisa; Luhtala, Riitta; Virjo, Irma; Kumpusalo, Esko; Mattila, Kari; Jääskeläinen, Manu; Kujala, Santero ja Isokoski, Mauri (1994): Lääkärikunta naisistuu: nuorten lääkärin kotitaustasta ja ammattiin hakeutumisesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 244–250
- Niemi, Juhani; Pasternack, Amos; Puustinen, Raimo; Sannikka, Anne ja Mattila, Eeva (toim.) (2003): *Jo löyty tuhat ja yksi tautia*. Duodecim, Helsinki
- Nienstedt, Walter (2002): Lääketieteen termit. *Duodecim*, Helsinki, 4. uud.p.
- Niskanen, Jouni (1997): Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa. *Acta Wasaensia* No 56, Vaasan Yliopisto, Vaasa
- Nore, Anne Kathrine (1993): Fra nevenyttig jente til entusiastisk kirurg: En kvalitativ studie av kvinnelige kirurger i Norge. *Specialoppgave til helseadministrasjonsstudiet, Universitetet i Oslo*, Oslo
- Oliver, Kelly (1997): *Family Values. Subjects Between Nature and Culture*. Routledge, London
- Paasonen, Susanna (2002): *Figures of Fantasy: Women, Cyberspace and the Popular Internet*. Turun yliopiston julkaisuja B 251, Turku
- Palo, Jorma (1995): *Mies joka ei ollut mistään kotoisin*. WSOY, Porvoo
- Palomäki, Ari (1993): Harkiten luotu lääkäriyöttömyys. *Nuori lääkäri* 30, Työllisyys –93 –teemanumero, 14–16
- Parker, Ian (2003): *Psychoanalytic Narratives: Writing the Self into Contemporary Cultural Phenomena*. *Narrative Inquiry* 13: 301–315
- Pasternack, Amos (2003): Lääkärin työ muuttuu – miten käy profession? Pääkirjoitus. *Duodecim* 119: 689–690
- Pateman, Carole (1988): *The Sexual Contract*. Polity Press, Cambridge
- Peltonen, Eeva (1997): Muistojen sodat – muistien sodat. Kirjassa *Aina uusi muisto. Kirjoituksia menneen elämisestä meissä*, s. 88–142. Katarina Eskola ja Eeva Peltonen (toim.). *Nykykulttuurin tutkimusyksikön julkaisuja* 54, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä
- Pitkälä, K.; Mäntyranta, T.; Strandberg, T.E.; Mäkelä, M.; Vanhanen, H. ja Varonen, H. (2000): Evidence-Based Medicine – How to Teach Critical Scientific Thinking to Medical Undergraduates. *Medical Teacher* 22: 22–26
- Poppius, Esko (2004): *Psykososiaaliset tekijät ja terveys*. Julkaisematon väitöskirjakäsikirjoitus. Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere
- Pratt, Geraldine ja Hanson, Susan (1991): On the Links Between Home and Work: Family-Household Strategies in a Buoyant Labour Market. *International Journal of Urban and Regional Research* 15: 55–74
- Pälve, Heikki (2003): Keikkalääkärit – kaikkien hampaissa. *Suomen Lääkärilehti* 57: 4277
- Rabin, Stanley; Maoz, Benjamin ja Elata-Alster, Gerda (1999): Doctors' Narratives in Balint Groups. *British Journal of Medical Psychology* 72: 121–125
- Radley, Alan (1988): Health and Illness. Kirjassa Billig, Michael; Condor, Susan; Edwards, Derek; Gane, Mike; Middleton, David ja Radley, Alan: *Ideological Dilemmas. A Social Psychology of Everyday Thinking*, s. 84–99. Sage, London
- Radley, Alan ja Billig, Michael (1996): Accounts of Health and Illness: Dilemmas and Representations. *Sociology of Health & Illness* 18: 220–240.
- Rantalaiho, Liisa (1994): Sukupuolisopimus ja Suomen malli. Kirjassa *Naisten hyvinvointivaltio*, s. 9–30. Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Rantalaiho, Liisa (1996): Elämän riskit, valinnat ja sidokset. Kirjassa *Elämän riskit ja valinnat: hyvinvointia lama-Suomessa?*, s. 234–242. Kirsti Ahlqvist ja Anja Ahola (toim.). Edita, Tilastokeskus, Helsinki

- Rantalaiho, Liisa (1997): Contextualising Gender. Kirjassa *Gendered Practices in Working Life*, s. 16–30. Liisa Rantalaiho ja Tuula Heiskanen (toim.). Macmillan Press, Hampshire
- Richardson, Laurel (1997): *Fields of Play. Constructing an Academic Life*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ
- Ricoeur, Paul (1981): Narrative Time. Kirjassa *On Narrative*, s. 165–186. W.J.T. Mitchell (toim.). University of Chicago Press, Chicago
- Ricoeur, Paul (1984): *Time and Narrative, Vol I*. University of Chicago Press, Chicago
- Ricoeur, Paul (1991a): Life in Quest of Narrative. Kirjassa *On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation*, s. 20–33. David Wood (toim.). Routledge, London
- Ricoeur, Paul (1991b): Narrative Identity. Kirjassa *On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation*, s. 188–199. David Wood (toim.). Routledge, London
- Ricoeur, Paul (1992): *Oneself as Another*. University of Chicago Press, Chicago.
- Rimmon-Kenan, Shlomith (2002): The Story of “I”: Illness and Narrative Identity. *Narrative 10*: 9–27
- Riska, Elianne (1993): Introduction. Kirjassa *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, s. 1–12. Elianne Riska ja Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Riska, Elianne (1995): They Don’t Care: Unemployed Physicians in the Nordic Countries. *International Journal of Health Services 25*: 259–269
- Riska, Elianne (1996): Unemployed Doctors: A Challenge to the Medical Profession? *Journal of the Royal Society of Medicine 89*: 382–384
- Riska, Elianne (2001): *Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian, and Russian Women Physicians*. Aldine de Gruyter, New York
- Riska, Elianne ja Wegar, Katarina (1993): Women Physicians: A New Force in Medicine? Kirjassa *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, s. 77–93. Elianne Riska ja Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Rojola, Lea (1996): Me kumpikin olemme minä. Leena Krohnin vastavuoroisuuden etiikasta. Kirjassa *Naissubjekti ja postmoderni*, s. 23–43. Päivi Kosonen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Ronkainen, Suvi (1998): Kaikuva empiirisuus – surveyn epistemologiset mahdollisuudet. Kirjassa *Faktajuttu. Tilastollisen sosiaalitutkimuksen käytännöt*, s. 233–255. Seppo Paananen, Anneli Juntto ja Hannele Sauli (toim.). Vastapaino, Tampere
- Ronkainen, Suvi (1999): *Ajan ja paikan merkitsemät. Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus*. Gaudeamus, Helsinki
- Rosenwald, George C. ja Ochberg, Richard L. (1992): Introduction: Life Stories, Cultural Politics, and Self-Understanding. Kirjassa *Storied Lives. The Cultural Politics of Self-Understanding*, s. 1–18. George C. Rosenwald & Richard L. Ochberg, (toim.). Yale University Press, New Haven
- Roudinesco, Elisabeth (2000): Miksi psykoanalyysia yhä tarvitaan? Gaudeamus, Helsinki
- Rubin, Gayle (1975): The Traffic in Women: Notes on the “Political Economy” of Sex. Kirjassa *Toward an Anthropology of Women*, s. 157–210. Rayna R. Reiter (toim.). Monthly Review Press, London
- Ruusuvuori, Johanna (2000): Control in Medical Consultation: Practices of Giving and Receiving the Reason for the Visit in Primary Health Care. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis 16*, Tampereen yliopisto, Tampere. Verkossa <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4755-7.pdf>
- Ryynänen, Katja (2001): Constructing Physician’s Professional Identity – Explorations of Students’ Critical Experiences in Medical Education. *Acta Universitatis Ouluensis D 650*, Oulu
- Saarikangas, Kirsi (1997): Äitiyden esittäminen ja *Post-Partum Document*. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, s. 102–126. Sara Heinämaa, Martina Reuter ja Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Saarni, Samuli ja Vuorenkoski, Lauri (2003): Terveystuhoon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim 119*: 993–1000
- Sackett, David L.; Straus, Sharon E.; Richardson, W. Scott; Rosenberg, William ja Haynes, R. Brian (2000): *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2.p.
- Sacks, Oliver (1985): *Mies, joka luuli vaimoaan hatuksi*. Tammi, Helsinki
- Salmi, Minna (1996): Työelämän ja perhe-elämän yhdistämisen palapelit. Kirjassa *Työelämän sukupuolistavat käytännöt*, s. 211–231. Merja Kinnunen & Päivi Korvajärvi (toim.). Vastapaino, Tampere
- Salonen, Marko (2000): Sukupuolisuustutkimuksen moneus. *Psykologia 02/2000*, 151–162
- Sampson, Edward E. (1993): *Celebrating the Other. A Dialogic Account of Human Nature*. Harvester Wheatsheaf, New York
- Sannisto, Tuire (2002): Pula-ajasta ylituotantoon – lääkärikoulussa 80-luvulta 90-luvulle. Kirjassa *XXX Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura ry 1972–2002*, s. 102–110. Susanna Rask, Minna Ihan-tola, Laura Peräkääly, Petri Ojala, Anni Toivanen, Katariina Aalto, Pauliina Taipale, Olli Haltia, Kimmo Tiainen ja Teija Santala (toim.). TLK ry, Tampere

- Schafer, Roy (1981): Narration in the Psychoanalytic Dialogue. Kirjassa *On Narrative*, s. 25–49. W.J.T. Mitchell (toim.). University of Chicago Press, Chicago
- Schafer, Roy (1983): Action and Narration in Psychoanalysis. Kirjassa *The Analytic Attitude*, s. 240–256. The Hogarth Press, London
- Schwab, Gail M. (1991): Irigarayan Dialogism: Play and Powerplay. Kirjassa *Feminism, Bakhtin, and the Dialogic*, s. 57–72. Dale M. Bauer ja S. Jaret McKinstry (toim.). State University of New York Press, Albany
- Seppänen, Juhani (2000): *Ensimmäinen sana on isä*. Otava, Helsinki
- Shotter, John ja Billig, Michael (1998): A Bakhtinian Psychology: From Out of the Heads of Individuals and into the Dialogues between Them. Kirjassa *Bakhtin and the Human Sciences: No Last Words*, s. 13–29. Michael Mayerfeld Bell ja Michael Gardiner (toim.). Sage, London
- Silius, Harriet (1992): Den kringgårdade kvinnligheten. Att vara kvinnlig jurist i Finland. Åbo Akademis Förlag, Åbo
- Silius, Harriet (1995): Sukupuolitettun ammatillisuuden julkisuus ja yksityisyys. Kirjassa *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*, s. 49–64. Leena Eräsaari, Raija Julkunen ja Harriet Silius (toim.). Vastapaino, Tampere
- Sjögren, Anna-Liisa (1991): *Sydänlääkäri muistelee*. Tammi, Helsinki
- SLL (1993a): Laskentatyöryhmä III: Sisäänotto lääkäriskoulutukseen supistettava 350:een. Suomen Lääkärilehti 48: 1255
- SLL (1993b): Lääkärien ay-toiminnan uudet haasteet. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 48: 2755
- SLL (1993c): Lääkäriliitto vaatinut pitkään koulutusmäärien alentamista. Suomen Lääkärilehti 48: 78
- SLL (2003): Lääkärin palkkaopas. Verkossa 15.04.2004 osoitteessa <http://www.laakariliitto.fi/files/palkkaopas.pdf>
- Smith, Dorothy E. (1987): *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Northeastern University Press, Boston
- Somers, Margaret (1994): The Narrative Constitution of Identity: A Relational and Network Approach. *Theory and Society* 23: 605–649
- Songe-Møller, Vigdis (1997): Luce Irigaray rakkaudesta ja ihmetyksestä. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, s. 23–36. Sara Heinämaa, Martina Reuter ja Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Sorjonen, Marja-Leena; Peräkylä, Anssi ja Eskola, Kari (toim.) (2001): *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Vastapaino, Tampere
- Spencer, Anne ja Podmore, David (1987): Introduction. Kirjassa *In a Man's World. Essays on Women in Male-dominated Professions*, s. 1–11. Anne Spencer ja David Podmore (toim.). Tavistock Publications, London
- Spiro, Howard M. (1987) When Doctors Get Sick. *Perspectives in Biology and Medicine* 31: 117–132
- Stanley, Liz (1990): Moments of Writing: Is There a Feminist Auto|Biography? *Gender & History* 2: 58–67
- Stanley, Liz (1992): *The Auto/Biographical I: Theory and Practice of Feminist Auto/Biography*. Manchester University Press, Manchester
- Stewart, Susan (1986): Shouts on the Street: Bakhtin's Anti-Linguistics. Kirjassa *Bakhtin. Essays and Dialogues on His Work*, s. 41–57. Gary Saul Morson (toim.). University of Chicago Press, Chicago
- STM (1993): Lääkärikoulutuksen aloituspaikkatarve vuoteen 2010 saakka. Lääkärityövoiman laskentatyöryhmä III (I osamietintö). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1993:4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- STM (1997): Lääkärikoulutuksen aloituspaikkatarve sekä erikoislääkärien määräännusteet ja koulutus-tarve vuoteen 2010 saakka. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:13, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- STM (2001): Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:7, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- STM (2002): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen 15.1.2002. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- Sulkunen, Pekka ja Törrönen, Jukka (toim.) (1997a): *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*. Gaudeamus, Tampere
- Sulkunen, Pekka ja Törrönen, Jukka (1997b): *Arvot ja modaalisuus sosiaalisen todellisuuden rakentamisessa*. Kirjassa *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, s. 72–95. Pekka Sulkunen ja Jukka Törrönen (toim.). Gaudeamus, Tampere



- Säävälä, Hannu (1999): Mieheyden psykologiaa. Kirjassa *Mies ja muutos. Kriittisen miestutkimuksen teemoja*, s. 52–73. Arto Jokinen (toim.). Tampere University Press, Tampere
- Tamperelainen (2002): Tampereen 2000:s lääkäri valmistui. Aloituspaiikkojen määrä kasvoi ennätys-suureksi. Tamperelainen 19.10.2002, s. 1, 3
- Tannen, Deborah (1993): What's in a Frame? Surface Evidence for Underlying Expectations. Kirjassa *Framing in Discourse*, s. 14–56. Deborah Tannen (toim.). Oxford University Press, New York
- Töyry, Saara; Räsänen, Kimmo; Hirvonen, Maria; Husman, Kaj; Juntunen, Juhani; Kalimo, Raija; Kujala, Santero; Luhtala, Riitta; Myllymäki, Kati; Seuri, Markku ja Äärimala, Markku (1997): Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus. Taulukkoraportti. Verkossa 15.04.2004 osoitteessa <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/kuormittuneisuus.html>
- Töyry, Saara; Räsänen, Kimmo; Kujala, Santero; Husman, Kaj; Juntunen, Juhani; Kalimo, Raija; Luhtala, Riitta; Myllymäki, Kati; Seuri, Markku ja Äärimala, Markku (1999): Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus – tutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 54: 2423–2430
- Uusitalo, Hannu; Konttinen, Mauno ja Staff, Mikko (toim.) (1995): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 173, Stakes, Helsinki*
- Walton, H.J. & Matthews, M.B. (1989): Essentials of Problem-Based Learning. *Medical Education* 23: 542–558
- Vartiovaara, Ilkka (1995): Delfiin laulu. Uutta tietoa lääketieteestä. Otava, Keuruu
- Ve, Hildur (1982): Makt, intresse och socialisation. *Kvinnovetenskaplig tidsskrift* 2: 23–32
- Weckroth, Klaus (1992): Mustavalkoista sosiaalipsykologiaa. Vastapaino, Tampere
- Wegar, Katarina (1993): Conclusions. Kirjassa *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, s. 173–188. Elianne Riska ja Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Vehviläinen, Arto; Takala, Jorma; Haggren, Outi; Roitto, Hanna-Maria ja Kumpusalo, Esko (2003): Miksi lääkärit lähtevät terveystieteiden keskuksista? *Terveystieteiden tutkimus 2002 – tutkimus III. Suomen Lääkärilehti* 58: 188–193
- West, Linden (2000): *Doctors on the Edge. Gender and the Cultural Psychology of Healing and Lifelong Learning. An Auto/Biographical Study. A paper presented in the Biographical Methods and Professional Practice Conference, The Tavistock Clinic, London 19.–21.10.2000*
- West, Linden (2001): *Doctors on the Edge. General Practitioners, Health and Learning in the Inner-City. Free Association Books, London*
- Veteläsuu, Maija-Liisa (1998): Uudesta lääkärikoulutuksesta hyvät kokemukset Ongelmalähtöinen opiskelu valmentaa ihmisläheiseen potilastyöhön. *Suomen Lääkärilehti* 53: 3709–3711
- Whitebrook, Maureen (2001): *Identity, Narrative and Politics. Routledge, London*
- Whitford, Margaret (toim.) (1991): *The Irigaray Reader. Blackwell, Oxford*
- Widdershoven, Guy A.M. (1993): *The Story of Life. Hermeneutic Perspectives on the Relationship Between Narrative and Life History. Kirjassa The Narrative Study of Lives vol I, s. 1–20. Ruthellen Josselson & Amia Lieblich (toim.). Sage, Thousand Oaks*
- Vilkko, Anni (1997): Omaelämäkerta kohtaamispaikkana. Naisen elämän kerronta ja luenta. *Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Tampere*
- Virjo, Irma (toim.) (1995): *Lääkäri 93. Raportti Suomessa vuosina 1982–1991 laillistetuista lääkäreistä ja vertailu tilanteeseen viisi vuotta aikaisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1995:4, Helsinki*
- Virtanen, Pekka ja Koivisto, Anna-Maija (2001): Wellbeing of Professionals at Entry into the Labour Market – a Follow-up Survey of Medicine and Architecture Students. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55: 831–835
- Virtanen, Pekka; Rantalaiho, Liisa ja Halila, Hannu (2000): Opiskelupaikka ja sukupuoli työuran suuntaajina – tutkimus 1990-luvun puolivälissä valmistuneista lääkäreistä. *Suomen Lääkärilehti* 55: 69–74
- Virtanen, Pekka; Rantalaiho, Liisa ja Koivisto, Anna-Maija (2003): Employment Status Passages and Psycho-social Well-being. *Journal of Occupational Health Psychology* 8: 123–130
- Visakorpi, Jarmo (2003): “Yksi tiedekunta olisi lakkautettava”. Kirjassa *30-vuotinen sota: Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen*, s. 185–207. Visakorpi, Jarmo; Seppälä, Raimo; Pasternack, Amos ja Ylitalo, Pauli (toim.). Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, Tampere
- Visakorpi, Jarmo; Seppälä, Raimo; Pasternack, Amos ja Ylitalo, Pauli (toim.) (2003): *30-vuotinen sota: Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, Tampere*
- Witz, Anne (1990): Patriarchy and Professions: The Gendered Politics of Occupational Closure. *Sociology* 24: 675–690
- Witz, Anne (1992): *Professions and Patriarchy. Routledge, London*

- Wortham, Stanton (2001): *Narratives in Action. A Strategy for Research and Analysis*. Teachers College Press, New York
- Vuori, Jaana (2001): *Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa*. Tampere University Press, Tampere
- Vuorinen, Risto (1992): *Persoonallisuus ja minuus*. WSOY, Juva  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)  
[www.laakariliitto.fi/tilastot/](http://www.laakariliitto.fi/tilastot/)
- Vygotski, Lev Semjonovits (1982): *Ajattelu ja kieli*. Weilin+Göös, Espoo
- Vähätalo, Kari (1998): *Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta*. Gaudeamus, Helsinki
- Vänskä, Jukka (2003): *Selvitys lääketieteen opiskelijoiden kesätyötilanteesta*. Suomen Lääkärilehti 58: 1218–1219
- Yliopistoutiset (2003): *Lakkautusuhasta lääkäripulaan*. Tampereen yliopisto, Yliopistoutiset kesäkuu 2003. Verkossa (09.03.2004) osoitteessa  
<http://www.uta.fi/ajankohtaista/yliopistoutiset/0603/0206.html>

# Liitteet

## Liite 1: Yhteydenottokirje (20. haastattelusta eteenpäin; pieniä sanamuotomuutoksia alkuperäiseen)

Lääkäri  
(Nimi ja osoite)

Tampereella 24. päivänä syyskuuta 1997

Hyvä Kollega,

teen Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksella väitöskirjatutkimusta (lääkäri-  
iältään) nuorista lääkäreistä, heidän elämäntarinoistaan. Tutkimusta varten haastattelen  
henkilökohtaisesti kaikkiaan noin 30 vuoden 1995 aikana valmistunutta lääkäriä ja  
toivon Sinun olevan yksi heistä.

Käytännössä tämä tarkoittaa, että pyydän Sinua, kaikkien kiireitteisi keskellä, käyttä-  
mään haastatteluun ne noin kaksi tuntia, jotka se keskimäärin vie. Haastattelun ajan-  
kohta ja paikka valitaan siten kuin Sinulle parhaiten sopii. Etukäteisvalmistautumista  
tutkimus ei vaadi. Nauhoitan haastattelut ja puran ne analysointia varten kirjoitetuksi  
tekstiksi. Kaikki nämä aineistot jäävät ainoastaan omaan käyttöni, ja lopullisen  
tutkimusraportin kirjoitan siten, ettei haastateltuja ole mahdollista tunnistaa.

Maailma ympärillämme muuttuu, vaan millainen onkaan nuori lääkäri vuonna 1997?  
Siihen vastausta etsivä tutkimukseni on osa Terveystieteen laitoksen ammatit ja ammattilaiset  
–projektia, ohjaajani on professori Liisa Rantalaiho Terveystieteen laitokselta. Sain  
nimilistan vuonna –95 valmistuneista Suomen Lääkäriliitosta ja tästä listasta arvoan ne,  
joille lähetän kirjeeni. Osoitteet ja puhelinnumerot olen tarkistanut valtakunnallisista  
osoite- ja numerotiedotuksista.

Otan Sinuun yhteyttä puhelimitse lähiaikoina, voit silloin kysyä lisätietoja, ja voimme  
sopia haastatteluajan, mikäli päätät osallistua. Tai voit soittaa minulle (kotinumerooni  
03-222 8882) tai Terveystieteen laitokselle 03-215 7103), tätä toivon etenkin, jos tiedät  
olevasi vaikeasti tavoitettavissa tai yhteystietosi ovat vasta muuttuneet.

Syksyisin terveisin,

Varpu Löyttyniemi, LL

## Liite 2: Haastattelurungon viimeinen versio

### Elämäntarina

Haluaisin kuulla elämäntarinasi sellaisena kuin sen haluat kertoa. Eli vaikka lääkärinä sinua haastattelen, olen kiinnostunut muustakin kuin vain työstä tai lääkäriydestä – niistäkin useimmiten toki puhutaan, joskus enemmän, joskus vähemmän. Oikeita ja vääriä asioita minun kannaltani ei ole – mitä haluan kysyä tai tarkentaa, kysyn.

Tiedän, että tehtävä on vaikea – kertoa ilmasta tarinaansa. Joillakin on ollut sellainen tilanne, että on ollut omasta itsestä lähtevä tarve kertoa, pohtia omaa elämäänsä, mutta ellei ole, joutuu kertomaan 'ilmasta'.

Voit ajatella elämääsi ikään kuin se olisi kirja. Se on kesken, mutta siinä todennäköisesti erottuu joitakin lukuja: jos saat ne paperille, laita. Sisällysluettelo toisin sanoen. Voit sitten kertoa siitä tarkemmin.

-Oletko aikaisemmin miettinyt tarinaasi jossakin yhteydessä?

-Jos jää aukkoja, tarkenna: Mitä tapahtui? Kerro esimerkki. Kerro lisää. Kerro tarkemmin. (Narratiivisia kysymyksiä; kysyn mitä en ymmärtänyt, asioista ja ihmisistä, jotka mainitaan mutta ei selitetä.)

### Lääkäriin tarina

Jos ei selkeästi jo edellä: Lääkäriluvut alaotsikoin. Miten sinusta on tullut tämä lääkäri?

Ks. edellä: aukkopaiikkojen täyttäminen

### Tarkentavat kysymykset siitä, mitä on tullut esiin

Miksi, miten minkä vuoksi, miltä tuntui... Lääkäriin tarinasta opiskeluaika, klinikat, amanuenssuurit, työkokemukset. Miksi menit/halusit sinne, päätit niin? Millaista se oli? Mitä muistat/jäi mieleen sieltä (esimerkkejä, konkr. tapahtumia: potilas joka jäi mieleen, jonka hoidit hyvin? Minkälaiset potilaat yleensä jäävät mieleen, vai jäävätkö?) **Vaihtoehdot ratkaisuille; vaietut tarinat.** Jos sukupuoli, hierarkiat tms. ovat tulleet esiin tarinassa, kysy edelleen niistä: narratiivisia kysymyksiä – mitä, miten miksi ...?

-Miksi/miten lähdit lääkäriksi? Oliko vaihtoehtoja?

-Onko työ sitä, mitä odotit?

-Viimeinen työpäiväsi/viikkosi?

-Miten koit/muistat työllisyystilanteen muuttumisen? Oletko ollut työtön? Millaisia ratkaisuja teit tuolloin? Mitä luulet, että tekisit, jos tilanne olisi niin huono kuin ennustettiin? Entä jos nyt jäisit ilman töitä?

-Perhe/sukupuoli ja työ: mitä sinulle merkitsee olla naislääkäri? (Ovatko mies ja nainen erilaisia?) Millaisissa tilanteissa olet tietoinen sukupuolestasi työssä? Miten yhteensovitat perheen ja työn?

-Tulevaisuus: suunnitelmat ja haaveet; miksi?

-Elämän ja uran käänne-, huippu- ja pohjahetki

-Kilpaileminen?

### **Yleisiä kysymyksiä:**

Miksi lääkärit tekevät, ajattelevat niin?

Millainen on hyvä lääkäri?  
Omat hyvät/huonot puolesi?

Työaikalaki?

Onko merkitystä sillä, että haastattelija on lääkäri?

### **Faktat**

Syntymäaika, yo-vuosi, opiskelun aloittamis- ja lopettamisvuodet, amanuenssuurit, työpaikat, perheen perustaminen, lapset, vanhempien ammatit, sisarukset

— — — —

Toista narratiivinen kutsu!!

## Liite 3: Haastattelut

Lääkärille antamani nimi	haastattelun ajankohta	onko lapsi(a)	ruumiin rajallisuuden teema	työtilanne haastattelun aikaan	puretun haastatt. sanamääri (1)
1 Erkki	lokakuu 96	ei	ei	Erikoistumisvirka sairaalassa, lisäksi yksityisvastaanotto.	14 019
2 Martti	lokakuu 96	ei	ei	Ollut 1,5 vuotta samassa tk:ssa ensin lyhyt-, sitten pidempiaikaisena sijaisena. Hakemassa töitä sairaalasta.	21 623
3 Susanna	lokakuu 96	ei	kyllä	Puolen vuoden sijaisuus tk:ssa päättymässä, ilmeisesti sijaisuutta jatketaan.	18 331
4 Aleksi	lokakuu 96	kyllä	ei	Armeijassa, väitöskirja valmistumassa.	21 784
5 Emppu	lokakuu 96	kyllä	ei	Tutkijana, välillä tekee sijaisuuksia kaupungin-sairaalassa.	17 671
6 Maija	lokakuu 96	ei	kyllä	Sijaisuus tk-sairaalassa, määräyskirja vuoden loppuun, luvattu jatkuvan.	20 167
7 Veera	lokakuu 96	ei	kyllä	Puolipäiväisenä tk:ssa, puoli vuotta kestänyttä sijaisuutta juuri jatkettu yli seuraavan kesän.	14 821
8 Lassi	marraskuu 96	ei	kyllä	N. puolen vuoden sijaisuus tk:ssa päättymässä, harkitsee hakeutumista sairaalatyöhön. Päivystelee alue-sairaalassa.	18 052
9 Timo	marraskuu 96	ei	kyllä	Tutkijana, päivystelee terveyskeskuksessa.	10 600
10 Eija	marraskuu 96	ei	kyllä	Pitkäaikainen sijaisuus tk:ssa.	13 553
11 Leena	marraskuu 96	ei	kyllä	Ollut vajaan vuoden sijaisena ja oval:nä sairaalassa, jossa kevääksi ilmeisesti jälleen tiedossa sijaisuus.	16 397
12 Ville	joulukuu 96	ei	ei	Juuri lopettanut ed. työpaikassa, nyt tutkijana ja aikeissa etsiä uutta työpaikkaa sairaalasta. Myös yksityisvastaanotto.	11 277
13 Carita	joulukuu 96	kyllä	ei	Pitkäaikainen sijaisuus sairaalassa, josta lähdössä välillä puoleksi vuodeksi vaihtoon tk:een.	14 848
14 Riku	joulukuu 96	kyllä	kyllä	Erikoistumisvirka sairaalassa, lisäksi yksityisvastaanotto.	18 244
15 Anne	tammikuu 97	ei	ei	Puolen vuoden sijaisuus sairaalassa. Lisäksi päivystelee tk:ssa.	14 178
16 Kalevi	tammikuu 97	kyllä	ei	Tutkijana, lisäksi päivystelee sairaalassa 2-3 kertaa kuussa.	8 173
17 Jaakko	huhtikuu 97	ei	ei	Erikoistumisvirassa diagnostiselle alalle, työ osin tutkimustyötä.	11 408
18 Laura	huhtikuu 97	ei	kyllä	Tutkijana, ohessa päivystelee työterveyslääkärinä.	15 798
19 Petra	toukokuu 97	ei	kyllä	Neljän kk:n sijaisuus kaupungin-sairaalassa. Kesäksi tiedossa sijaisuus tk:ssa, sen jälkeen tulevaisuus avoin.	14 895
20 Mirja	lokakuu 97	ei	kyllä	Hoitaa avointa virkaa tk:ssa.	16 488
21 Aaro	lokakuu 97	kyllä	ei	Erikoistumisvirka sairaalassa.	12 154
22 Hilla	lokakuu 97	ei	ei	Vuoden kestänyt sairaalalääkärin työ päättymässä vuodenvaihteessa, sen jälkeen siirtymässä joksikin aikaa diagnostiselle alalle töihin ja jatkamaan jo aloitettua tutkimusta.	18 456
23 Asko	marraskuu 97	ei	ei	Päivätyössä apulaislääkärinä sairaalassa. Työn ohessa viimeistelee väitöskirjaa. Lisäksi päivystää säännöllisesti tk:ssa ja satunnaisesti aluesairaalassa.	16 597
24 Aura	marraskuu 97	kyllä	ei	Äitiyslomalla.	13 160
25 Yrjö	marraskuu 97	kyllä	ei	Tekemässä puolen vuoden eurolääkäripalvelua tk:ssa, sen jälkeen tiedossa työpaikka sairaalassa.	16 744
26 Minna	joulukuu 97	kyllä	ei	Tutkijana, välillä tekee sairaalalääkärin sijaisuuksia.	21 224

27 Inari	tammikuu 98	kyllä	kyllä	Juuri aloittanut uudessa työpaikassa sairaalassa, määräyskirja kesäkuun loppuun.	11 407
28 Mauri	tammikuu 98	kyllä	kyllä	Erikoistumisvirka sairaalassa, ohessa aloittelee tutkimusta.	10 488
29 Terho	helmikuu 98	kyllä	ei	Tutkijana, päivystelee tk:ssa ja aluesairaalassa.	11 818
30 Sampo	helmikuu 98	ei	ei	Työskentelee sairaalassa, jatkaa tässä työpaikassa ainakin kesään asti.	15 048

(1) Luku on puretun haastattelutekstin sanamäärä siitä eteen päin, kun olen esitellyt itseni ja tutkimukseni, vastannut mahdollisiin kysymyksiin, ja haastateltava alkaa kertoa. Sanamäärä ei kerro haastattelun muodosta – osassa haastateltava puhuu lähes pelkästään, osa on enemmän vuoropuhelua. Sanamäärä ei myöskään ole suoraan verrannollinen haastattelun kestoon – yhden puheen rytmi on nopeampi kuin toisen – ja sanoiksi on laskettu myös erilaiset täytesanat ja sanan tapailut, joita puheessa on paljon. Luku mahdollistaa kuitenkin karkean vertailun elämäntarinoiden pituuden välillä ja kertoo aineistoni koosta.

Tk = terveyskeskus, oval = orientoivan vaiheen apulaislääkäri. Kaksivuotinen perusterveydenhuollon lisäkoulutus eli eurolääkäripalvelu korvasi entisen orientoivan vaiheen vuoden 1995 alusta, mutta ilmeisesti orientoivan vaiheen virka oli vielä käytössä ainakin epävirallisena nimikkeenä, koska Leena kertoi työskentelevänsä oval:n määräyskirjalla. Perusterveydenhuollon lisäkoulutus vaaditaan, jotta lääkäri saa täydet ammatinharjoittamisoikeudet yleislääkärinä, ja se edellyttää vähintään puolen vuoden palvelua sekä tk:ssa että sairaalassa. (Halila 1998.) Siksi monet lääkärit hakeutuivat sairaalasta seuraavaksi tk:een tai päinvastoin.