



RANJA AUKEE

Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen

Suomalaisen sosiaalilääketieteen muotoutuminen
1800-luvun lopulta vuosituhannen vaihteeseen



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Linna-rakennuksen
Väinö Linna -salissa, Kalevantie 5, Tampere,
3. päivänä toukokuuta 2013 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Copyright ©2013 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 1825
ISBN 978-951-44-9116-0 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1303
ISBN 978-951-44-9117-7 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2013

Kiitokset

Kehtoni äärellä olleista henkilöistä äitini ja kaksi kummitätiä olivat kaikki sairaanhoitajia ja sosiaalihoitajia. Heiltä perin kiinnostuksen sairastamiseen liittyviin sosiaalisiin kysymyksiin. He olivat myös roolimalleja: äiti kävi töissä ja hoiti kotia ja lapsia, Tuutu ajeli kunnan terveystieteiden volkkarillaan pitkin kyllä ja Miku teki uraa johtavana sairaalan sosiaalityöntekijänä ja alan kouluttajana. Te tuitte minua henkisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti. Perintönne mahdollisti työn ja perheen yhdistämisen tutkimukseni eri vaiheissa. Teitä kiitän ensimmäiseksi.

Suurimman työn tutkimukseni eteen on tehnyt ohjaajani professori Kyösti Raunio. Eläkkeelle jäämisen jälkeen hän tarjoutui tukemaan työni päätökseen saattamisessa. En olisi voinut saada parempaa ohjaajaa. Kiitos Kyösti siitä valtavasta urakasta, jonka teit kanssani. Kiitos vastuullisuudestasi, lujasta ja lempeästä ohjaamisesta, huumorintajustasi – ilman sinun panostasi tämä työ ei olisi ikinä valmistunut.

Suuret kiitokset myös työni viimeiseen ja ratkaisevaan vaiheeseen osallistuneille esitarkastajilleni, dosentti Ossi Rahkoselle ja dosentti Timo Toikolle, joiden asiantuntevat ja rohkaisevat lausunnot raottivat valoa tunnelin päässä. Teille myös olen ikikiitollinen.

Idean väitöskirjan tekemisestä esitti minulle professori Heikki Lehtonen. Kiitos Heikki pitkistä ja antoisista keskusteluista ja johdattamisesta olennaisten kysymysten pariin. Muista alkuvaiheen tukijoista haluan erityisesti kiittää dosentti Erkki Kaukosta, professori Aulis Aarniota, dosentti Juha Kääriäistä ja emeritusprofessori Erik Allardtia. Asiantuntijalausuntonne ja niihin liittyvät keskustelut auttoivat alkuun ja kannustivat jatkoon. Haluan kiittää myös Manchesterin yliopiston sosiaalipolitiikan professori Paul Wildingia, joka kädestä pitäen tutustutti minut brittiläiseen terveystieteelliseen tutkimukseen.

Monitieteinen tutkimuskohteeni vei minut monenlaisiin yhteisöihin, joissa aiheeni saattoi olla perin tuttu tai täysin tuntematon. Monitieteisyys oli innostavaa ja mukaansa tempaavaa. Kiitän kollektiivisesti näitä ikimuistoisia porukoita: Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitoksen henkilökuntaa, naistutkimusyksikön hulvattomia ja auttavaisia naisia, yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitoksen luovaa tieteentutkijajoukkoa, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitoksen työtovereita, erityisesti tyhy-ryhmää, Tampereen yliopiston lehtoreiden kuntoutusryhmää, Sosiaalilääketieteen yhdistyksen vanhoja kamuja, Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden toimittajia, toimituskuntaa ja erityisesti päätoimittaja Päivi Topoa ja Kristiina Manderbackaa.

Kiitokset myös kyselylomakkeeni täyttäneille sosiaalilääketieteilijöille ja haastatteluun suostuneille asiantuntijoille sekä Tampereen yliopiston hallintohenkilökunnalle, jonka kanssa yhteistyö oli erittäin miellyttävää koko työurani ajan.

Jotkut ovat olleet tukena ja turvana koko prosessin ajan, kun heitä on tarvittu. Dosentti Erkki Kaukonen on keskustellut kiehtovasta tieteentutkimuksesta, lukenut ja kommentoinut tekstejäni, myös tämän tutkimuksen käsikirjoitusta sen loppuvaiheessa. Professori Juhani Lehto on eri vaiheissa antanut aikaansa ja arvokkaita kommentteja myös käsikirjoituksesta. YTT Anne Siponen kommentoi myös käsikirjoitusta. Anne on kaikissa vaiheissa elänyt

mukana, iloinnut ja surrut yhdessä kanssani, nostanut murheen laaksosta ja muistanut muistuttaa karonkan odotuksesta. ATK-asiantuntija Seija Veneskoski, hyväsydäminen ja aina auttava entinen työtoverini teki tämän työn taitonkin. FM Laura Tohka on kääntänyt kaikki tekstini, jotka ovat englanninkielisinä ilmestyneet ja ollut hyvä ystävä. Ystävät ylipäätään, FT Lea Henriksson, THT Heli Laijärvi, YTT Tuula Juvonen, professori Tuula Vaskilampi, professori Leena Eräsaari, TtM Pia Vuolanto, YTM Leena Tervonen-Gonçalves, KTT Heidi Keso ja te monet muut olette olleet tärkeitä. Ystävyys on jakamista ja tukemista, kanssakulkemista myös tutkijan tiellä. Kiitos että olette!

Apurahojen myöntäjille myös yhteisesti suuret kiitokset. Apurahoja myönsivät Suomen Kulttuurirahaston Pirkanmaan rahasto, Naisten tiedesäätiö, Emil Aaltosen säätiö, Tampereen kaupungin tiederahasto ja H. Weijolan rahasto. Erityiset kiitokset KT Leo Levaselle lähdeaineistojen keräämisestä ja YTT Noora Elloselle regressioanalyysien tekemisestä. Kiitokset ystävälleni taiteilija J. Kareliukselle taulusta, jonka kuva on viimeisellä sivulla. Siitä voi löytää monia merkityksiä sosiaalilääketieteelle. Minulle siinä on tärkeintä eniten arvostamani sosiaalilääketieteilijä, joka on ymmällään ihmiskunnan tulevaisuudesta.

Tärkeimmät kaikista, omat lapset ovat enemmänkin kokeneet äidin tiedepuuhat harmillisina, mutta kiitos ymmärtäväisyydestä minua kohtaan. Kiitos viidestä ihanasta lapsenlapsesta, joiden seurassa tutkimusmurheet lensivät taivaan tuuliin. Ja Reetalle erityisen suuret kiitokset työni konkreettisesta tukemisesta, vuosien mittaan mitä erilaisimpien tutkimusapulaisen tehtävien tekemisestä.

Omistan tämän työni Mikulle, kummitädilleni Mirja Aukeelle (s. 1920), suomalaisen terveystieteiden pioneerille.

Kangasalla Mirjan päivänä huhtikuussa 2013

Ranja Aukee

Tiivistelmä

Tutkimuksessa jäljitetään lääketieteestä 1800-luvulla erkaantuneen sosiaalilääketieteen muuntumista 1960–80-luvuilla uudeksi sosiaalilääketieteeksi sekä sitä miten sosiaalilääketieteilijät itse ymmärsivät tieteensä 1990-luvulla. Tutkimus koostuu kahdesta osasta. Kirjallisuuteen pohjautuvan katsauksen tarkoituksena on pohjustaa empiirisen tutkimuksen kysymyksenasetteluja etsimällä vastauksia kysymyksiin: Mikä on olennaista sosiaalilääketieteessä ja millaiset tekijät ovat vaikuttaneet sosiaalilääketieteen muovautumiseen ja kehitykseen? Tutkimuksen toinen osa perustuu vuonna 1999 kerättyyn kyselyaineistoon ja sen pohjalta tehtyihin neljään artikkeliin. Tutkimuksessa kysytään: 1) Millaiseksi sosiaalilääketiede muotoutui 1800-luvun lopulta 1990-luvun lopulle, millaiset tekijät vaikuttivat sosiaalilääketieteen muotoutumiseen 1960–1980-luvuilla sekä mitkä tekijät määrittivät sosiaalilääketiedettä? 2) Millainen käsitys Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenillä oli 1990-luvun lopulla sosiaalilääketieteestä, sosiaalilääketieteilijöiden identiteetistä ja merkittävistä sosiaalilääketieteilijöistä?

Sosiaalilääketieteen juuret ovat teollistumisen mukanaan tuomien väestön terveysongelmien tunnistamisessa. Runsas sosiaalilääketieteellinen tutkimustieto todisti, että sairastavuus ja kuolleisuus olivat yhteyksissä ihmisen sosiaaliseen asemaan: kuta alhaisempi sosiaalinen asema sitä enemmän sairastavuutta ja sitä lyhyempi elämä. Tästä sosiaalisesti gradientiksi kutsutusta ilmiöstä tuli sosiaalilääketieteen perusajatusmuoto, eräänlainen ydinparadigma, jonka huomioiminen yhteiskuntapolitiikassa on vaihdellut eri aikoina.

Sosiaalilääketieteen uusi nousukausi liittyi hyvinvointivaltion rakentamiseen sotien jälkeen. Uuden terveystalouden kehittämiseen tarvittiin tietoa väestön sairastavuudesta ja lääkintäpalvelusten käytöstä. Lääketieteellisiin tiedekuntiin perustettiin kansanterveys-tutkimusta palvelevia professuureja ja lääketieteen opetukseen lisättiin yhteiskuntatieteiden opetusta. Suomen Akatemian uudistetulla tutkimuspolitiikalla tuettiin kansanterveys-tutkimusta yhtenä tutkimuksen painoalana. Vanhan sosiaalilääketiede ja hygienia -oppiaineen tilalle luotiin uusi tieteenala, joka nimettiin kansanterveystieteeksi. Uusi sosiaalilääketiede syntyi murroskautena, jolloin terveystaloutta uudistettiin kansanterveyttä edistämään pyrkivällä lainsäädännöllä ja tiedepolitiikalla. Tavoitteena oli terveyden oikeudenmukainen jakautuminen väestössä ja palvelujen tasa-arvoinen tarjonta maan eri puolilla. Uudistustyötä vauhditti sosiaalidemokraattien ja muiden vasemmistoon lukeutuvien reformiliike, johon monet sosiaalilääketieteen vaikuttajat osallistuivat. Sosiaalilääketiede palveli reformipolitiikkaa tutkimustuloksia tuottavana lähteenä ja terveyden eriarvoisuutta esille tuoden.

Uusi sosiaalilääketiede luotiin 1960–70-luvuilla yhteiskuntapoliittisin keinoin. Kirjallisuuteen perustuen keskeisiksi sosiaalilääketiedettä muokkaaviksi tekijöiksi nousivat uusi terveys- ja tiedepolitiikka, sosiologian ja muiden yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden mukaantulo terveys-tutkimukseen, sosiaalilääketieteen kriittinen ja radikaali perinne sekä Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. Uutta sosiaalilääketiedettä määrittäviksi keskeisiksi tekijöiksi osoittautuivat lääketiede, sosiaaliset tekijät, kokonaisvaltaisuus, monitieteisyys sekä radikalismi ja yhteiskuntakriittisyys. Vanhan sosiaalilääketieteen ydinparadigmaa toteutettiin tutkimus-asetelmissa, joissa sosiaalisten taustatekijöiden avulla pyrittiin selittämään sosiaaliryhmien

välisiä terveystieteitä. Tämä tutkimusperinne on säilynyt sekä terveystieteiden että yhteiskuntatieteiden tutkimusympäristöissä.

Tutkimuksen toisessa, empiiriseen aineistoon perustuvassa osassa kuvataan vuonna 1999 kerätyn kyselyaineiston (N = 429, vastausprosentti 63) avulla sosiaalilääketieteilijöiden käsityksiä tieteestään ja sen asemasta tapahtuneista muutoksista. Aineisto edustaa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistöä alueellisesti ja sukupuolen mukaan. Kyselylomakkeessa oli sekä standardoituja että avovastauksia. Kyselytutkimuksessa kysyttiin: keitä suomalaiset sosiaalilääketieteilijät olivat, oliko heillä sosiaalilääketieteilijän identiteetti, mitä mieltä he olivat tieteenalansa asemasta, siinä tapahtuneista muutoksista ja tieteenalan nimestä sekä keitä suomalaisia sosiaalilääketieteilijöitä he pitivät merkittävänä sosiaalilääketieteilijöinä ja millä perusteella? Vastauksia analysoitiin ristiintaulukoinnin, regressioanalyysin ja sisällönanalyysin menetelmillä.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä oli 70 prosenttia naisia. Jäsenet nimesivät itselleen tärkeiksi 58 tieteen ja tutkimuksen alaa. Suurimmat peruskoulutusryhmät olivat lääketieteen, sairaanhoidon ja yhteiskuntatieteen aloilta. Jäsenistö oli korkeasti koulutettua, suurin ammattiryhmä olivat tutkijat. Keskimäärin joka kolmannella oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti, joka toinen koki itsensä sosiaalilääketieteilijäksi edes ajoittain. Jäsenistössä oli sekä sosiaalilääketieteen että kansanterveystieteen kannattajia, jotka kokivat tieteenalan aseman muutoksen eri tavoin. Sosiaalilääketieteilijät kokivat tieteenalan aseman heikentyneen ennen kaikkea siksi, että biolääketiede oli lisännyt rahoitusosuuttaan lääketieteen tutkimusrahoituksessa ja kansanterveystieteilijät kokivat tieteenalan vahvistuneen siksi, että sen yhteiskunnallinen kysyntä ja arvostus olivat kasvaneet.

Vaikka yhdistyksen jäsenet eivät osanneet määritellä sosiaalilääketiedettä muutoin kuin laajasti todeten sen olevan terveyden, sairauden ja yhteiskunnan välisiä yhteyksiä tutkiva tiede, perusteltiin tieteenalan merkityksellisyttä eniten monitieteisyydellä, arvottaen siten sekä yhteiskunta- että terveystieteiden monitieteisyyttä tieteenalan olennaisena lähtökohtana. Monitieteisyyteen nojaava tiede perustui kokonaisvaltaiseen ihmis- ja terveystieteeseen, jonka perusarvoina olivat oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo terveydessä. Monitieteisyyden teoriaperustaa ja terveystieteitä pohdittiin 1970- ja 80-luvuilla, minkä jälkeen kriittinen terveyskeskustelu on laimentunut.

Sosiaalilääketieteilijät arvostivat merkkihenkilöissään tieteellistä osaamista ja sen lisäksi yhteiskunnallista osallistumista. Merkittävimmiksi sosiaalilääketieteilijöiksi valittiin seitsemän lääketieteen ja viisi yhteiskuntatieteen professoria, 11 miestä ja yksi nainen. He kaikki olivat tehneet terveystutkimuksia, joissa jonkun väestöryhmän terveysongelmia tuotiin esiin. Jäsenten enemmistö halusi säilyttää yhdistyksen ja lehden nimissä sosiaalilääketieteen. ”Sosiaalinen” ja ”lääketiede” edustavat yhdistyksen suurimpien ryhmien ajatusmaailmaa ja työympäristöä.

Sosiaalilääketieteen yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon aatteet alkoivat menettää merkitystään yhteiskuntapolitiikan johtavina aatteina 1990-luvulla. 2000-luvulla väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet. Sosiaalilääketieteen peruskysymys ei ole menettänyt merkitystään, vaan on ajankohtaisempi kuin koskaan.

Asiasanat: *sosiaalilääketiede, kansanterveystiede, terveystieteet, terveyspolitiikka, terveystieteiden sosiologia.*

Abstract

Social medicine branched out from medicine into a multidisciplinary science investigating the social in health in the 19th century. This research traces the development of the new discipline and the self-understanding of the practitioners of social medicine in 1960-1980. The study consists of two parts. The review of literature acts as a basis for the question setting in the empirical research by looking for answers to such questions as what was essential in social medicine and what contributed to the shaping and development of the new science. The second part of the research is based on a questionnaire conducted in 1999 and the four articles published about the results. The research asks 1) how social medicine changed from the end of the 19th century to the end of the 1990s, what contributed to the developments in the field in 1960-1980 and what defined social medicine? 2) What did the membership of the Society for Social Medicine in Finland think of social medicine in the 1990s, what they thought of the identity of the practitioners of social medicine and who, in their opinion, were the notable practitioners?

The roots of social medicine can be found in the recognition of the health problems brought by industrialisation. Ample research information in social medicine proved that the morbidity and mortality in the population were dependent on its social status: with lower social status came increased morbidity and shorter lives. This phenomenon, called the social gradient, became the basic idea of social medicine, a kind of a core paradigm, which has been taken into account in social policy to varying extent at different times.

The new boom of social medicine had to do with the building of the welfare state after the WWII. The development of the new health politics required information about people's morbidity and use of health services. Medical faculties got professorships for the research of national diseases and studies in social sciences were included in medical degrees. Studies on public health became one of the focal points of research in the new research policy of the Academy of Finland. The old discipline of social medicine and hygiene was replaced by the new social medicine called public health science. The new social medicine was born in a critical period when the national health was promoted with the help of legislation and science policy. The aim was the equal distribution of health in the population. People should also have similar access to health services throughout the country. This change was expedited by the reform movement among the social democrats and others on the left in which many influential practitioners of social medicine participated. Social medicine served the reform politics as a source of research findings and by bringing out health inequalities.

The new social medicine was created by means of social factors. On the basis of the literature, the main aspects shaping social medicine were the new health and science policies, the involvement of sociology and other social and cultural sciences in health research, the critical and radical tradition of social medicine and the founding of the Society for Social Medicine in Finland. The central facets defining the new social medicine were medicine, social factors, comprehensiveness, multidisciplinary and radicalism and social criticism. The core paradigm of the old social medicine was realised in research settings where social variables were used to explain the differences between social groups. This research tradition has persevered in the research environments of both health and social sciences.

In the second part of the study, which is based on the empirical material, the questionnaire data gathered in 1999 (N = 429, response percentage 63) was used to describe what the practitioners of social medicine thought of their field of science and the changes in its status. The data is representative of the membership of the Society for Social Medicine in Finland in terms of both region and gender. The questionnaire had both standardised and open-ended questions. The research asked who were the practitioners of social medicine in Finland: did they have a professional identity as practitioners of social medicine, what did they think of the status of their discipline, its changes and the name of the discipline, and which Finnish practitioners of social medicine they thought prominent and on what grounds? The responses were analysed by using cross tabulation, regression analysis and content analysis methods.

The membership of the Society for Social Medicine in Finland was 70 per cent women. The members named 58 fields of science and research as important to them. The largest groups of basic degrees the members held were in the fields of medicine, nursing and social sciences. The membership was highly educated and researchers were the biggest occupational group. On average, one in three members had the identity of a practitioner of social medicine and one in two thought that they were practitioners of social medicine at least some of the time. The membership included supporters of both social medicine and public health science and these two groups had different experiences of the change in the status of the discipline. The practitioners of social medicine thought that the status of their field of science had weakened especially since the biomedical sciences had increased their share of the research funding in medicine. The public health professionals, for their part, thought that the discipline had strengthened because of increased esteem and social demand.

Although the membership was unable to define social medicine other than in broad terms as a science that investigates the interconnections of illness, health and the society, multidisciplinary was the reason most frequently given to justify the significance of the field. Thus the membership valued the shared scientific basis of social and health sciences as an important starting point of the discipline. The science that was grounded on multidisciplinary was based on a holistic view of man and health and had justice and equality in health as its fundamental values. The theoretical basis and the perceptions of health were debated in the 1970s and 1980s after which the critical health debate quietened down.

The membership valued scientific know-how and social influence and participation in their notables. Seven professors of medicine and five professors of social sciences received a mention with eleven of them men and one a woman. All of them had conducted research highlighting the health problems of some population group. The majority of the membership wanted to preserve 'social medicine' in the name of the society and its journal. The 'social' and the 'medical' represent the thinking and work environment of the majority of the groups of members in the society.

The ideas of social fairness and equality of social medicine began to lose their significance as the leading social policy principles in the 1990s. The health differentials between population groups have increased in the 2000s. The fundamental question of social medicine has not lost its significance – it is more current than ever.

Key words: *social medicine, public health science, health policy, sociology of health*

SISÄLLYS

Kiitokset	3
Tiivistelmä.....	5
Abstract.....	7
1 JOHDANTO	13
2 SOSIAALILÄÄKETIETEEN MUOTOUTUMINEN	17
2.1 Vanhan sosiaalilääketieteen muotoutumisen vaiheet.....	17
2.1.1 Sosiaalisten tekijöiden tuleminen lääketieteeseen	17
2.1.2 Hygieniasta sosiaalilääketieteeseen.....	23
2.2 Uuden sosiaalilääketieteen muotoutumiseen vaikuttaneet tekijät	28
2.2.1 Uusi terveystieteiden politiikka	29
2.2.2 Uusi tiedepolitiikka	35
2.2.2.1 Kansanterveys tutkimuksen painoalaksi.....	35
2.2.2.2 Kansanterveyden tutkimus kritiikin kohteena	41
2.2.3 Sosiologian tulo terveystutkimukseen	44
2.2.4 Sosiaalilääketieteelle yhdistys	50
2.2.4.1 Tieteenalayhdistysten varhaisvaiheista.....	50
2.2.4.2 Oma lehti ja yhdistys	54
2.2.5 Sosiaalilääketieteen radikaali ja kriittinen perinne.....	59
2.2.5.1 Kulttuuriradikalismi ja vasemmistolaisuus.....	59
2.2.5.2 Amerikkalainen ja brittiläinen perinne	65
2.3 Uutta sosiaalilääketiedettä määrittävät tekijät.....	68
2.3.1 Lääketiede	68
2.3.2 Sosiaalinen	72
2.3.3 Kokonaisvaltaisuus.....	76
2.3.4 Monitieteisyys	82
2.3.5 Radikalismi ja yhteiskuntakriittisyys	86
2.4 Kirjallisuuskatsauksesta kyselytutkimukseen	89
3 SOSIAALILÄÄKETIETEEN YHDISTYKSEN JÄSENTEN KÄSITYKSET	
SOSIAALILÄÄKETIETEESTÄ	94
3.1 Kyselytutkimuksen toteuttaminen.....	94
3.1.1 Kyselylomakkeen laatiminen	96
3.1.2 Aineiston keruu ja analyysi	97
3.2 Kyselytutkimuksen tulokset.....	99
3.2.1 Sosiaalilääketieteilijän muotokuva.....	99
3.2.2 Sosiaalilääketieteilijän identiteetti	102
3.2.3 Sosiaalilääketieteen yhdistys ja lehti	103
3.2.4 Sosiaalilääketieteen määrittely ja nimi	105
3.2.5 Sosiaalilääketieteen aseman muuttuminen	108

3.2.6 Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten tutkimustyö	109
3.2.7 Merkittävät sosiaalilääketieteilijät.....	113
4 JOHTOPÄÄTÖKSET	119
4.1 Tulosten tarkastelu	119
4.2 Tutkimuksen arviointi	124
4.3 Lopuksi: uuden sosiaalilääketieteen määritelmä	126
LÄHTEET	129
LIITTEET	149

Kuvio ja taulukot

Kuvio 1. Sosiaalilääketieteen muotoutuminen kirjallisuuskatsaukseen ja kyselytutkimukseen perustuen.	91
TAULUKKO 1. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen naisten ja miesten peruskoulutusryhmät suuruusjärjestyksessä vuonna 1999, %.....	101
TAULUKKO 2. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen merkitys jäsenille peruskoulutusryhmittäin vuonna 1999, %.....	104
TAULUKKO 3. Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden seuraaminen peruskoulutuksen mukaan vuonna 1999, %.....	105
TAULUKKO 4. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten tutkimusten aihealueet sukupuolen mukaan vuonna 1999, %.....	111
TAULUKKO 5. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten vuonna 1999 esittämät toiveet sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen suuntautumisesta tulevaisuudessa, %.....	112
TAULUKKO 6. Merkittävimmät suomalaiset sosiaalilääketieteilijät Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten mukaan vuonna 1999, N.....	114

Alkuperäiset julkaisut

- I** Aukee R. (2004) Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhannen vaihteessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2004:41, 137–146.
- II** Aukee R. (2006) Sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2006:43, 231–241.
- III** Aukee R. (2007) Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2007:44, 176–190.
- IV** Aukee R. (2009) Sosiaalilääketieteilijä tutkii ja vaikuttaa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2009:46, 109–118.
- V** Aukee R. (2010) Lesley Doyal: lääketiede ja terveydenhuolto kapitalismissa. Teoksessa Ashorn U., Henriksson L., Lehto J., Nieminen P. (toim.) Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus, Helsinki, 187–203.

1 JOHDANTO

Tämä tutkimus on lähtenyt liikkeelle kiinnostuksestani sosiaalilääketieteeseen ja samalla huolestani tieteenalan katoamisesta akateemisena oppiaineena. Tulin mukaan sosiaalilääketieteen tutkimukseen vuonna 1971, jolloin vanha sosiaalilääketiede oli muuttumassa kansanterveystieteeksi. Vuonna 1974 minut valittiin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallitukseen Tampereen yliopiston kansanterveystieteilijöitä edustamaan. Siellä tutustuin sosiaalilääketieteeseen ja sosiaalilääketieteilijöihin, jotka saattoivat olla lääkäreitä, sosiaalipolitiikkoja, sosiologeja, ravitsemustieteilijöitä, terveyskasvattajia, hammaslääkäreitä ja muita. Hallituksen jäsenet tulivat kokouksiin yliopistoista, tutkimuslaitoksista, virastoista, monenlaisista paikoista. Oli kuitenkin selvää, että olimme kaikki sosiaalilääketieteilijöitä. Välillä oli vaikea ymmärtää jonkun jäsenen ajatuksenkulkua tai esitysten perusteluja, mutta kaikki olivat innostuneita sosiaalilääketieteen puolustajia ja kehittäjiä. Yhdistystoiminnassa oppialan nimi ei haitannut, mutta siitä keskusteltiin aika ajoin. Vähitellen kuitenkin sosiaali-termin häviäminen tieteenalan nimestä alkoi askarruttaa. Lääketiedekin oli uudesta nimestä kadonnut, mutta kansanterveystiede oli sijoitettu lääketieteen laitoksiin. Oliko nimenmuutoksessa menetetty jotakin olennaista sosiaalilääketieteessä, niin kuin minusta tuntui?

Sosiaalilääketieteen perinteiset tutkimusaiheet olivat alkaneet lisääntyvästi kiinnostaa yhteiskuntatieteen ja muiden tieteenalojen tutkijoita, joilla ainoa selkeä yhdistävä tekijä näytti olevan ymmärrys sosiaalilääketieteen tutkimuskohteesta: terveyden, sairauden ja yhteiskunnallisten tekijöiden välisten yhteyksien selvittämisestä. Kun tieteenalan määrittely oli alaltaan näin laaja ja tasoltaan yleinen, niin mikä yhdisti henkilöitä, jotka olivat liittyneet Sosiaalilääketieteen yhdistykseen ja mikä oli saanut heidät tuntemaan itsensä sosiaalilääketieteilijöiksi? Tieteen eriytyminen ja yhdentyminen tuottavat tutkijoille uusia tieteellisiä identiteettejä. Voiko sosiaalilääketieteilijöillä, jotka edustivat niinkin erilaisia tieteenaloja kuten esimerkiksi yhteiskuntatieteet ja lääketieteet, olla yhteinen identiteetti ja mihin sellainen voisi perustua? Luonnontieteiden ja yhteiskuntatieteiden yhteenliittyminen oli yksi seikka, joka sai minut jäljittämään sosiaalilääketiedettä, joka jatkoi olemassa oloaan riippumatta kulloisistakin nimistään ja institutionaalisista asemistaan yliopistoissa.

Yliopistoissa sosiaalihygienian ja sosiaalilääketiede alkoivat korvautua kansanterveystieteellä 1960-luvun lopulta lähtien. Kansanterveystieteeseen sisältyi aineksia vanhasta sosiaalilääketieteestä ja uusia oppiaineita, jotka kansanterveystyötä uudistettaessa oli koettu tarpeellisiksi. Käytän uudesta tutkimusalasta nimeä uusi sosiaalilääketiede, koska vanha

sosiaalilääketiede ikään kuin jatkui sen sisällä tai rinnalla. Eroa kansanterveystieteen ja sosiaalilääketieteen välille ei tehty, tiedepoliittisissa keskusteluissa termejä käytettiin rinnakkaisina ikään kuin kysymys olisi ollut samasta tieteenalasta. Uutta sosiaalilääketiedettä olivat synnyttämässä tieteen ulkoisina tekijöinä korkeakoulu- ja tiedepolitiikka, opetus- ja tiedehallinto sekä uusi terveyspolitiikka. Tieteensisäisinä tekijöinä tieteenalan muotoutumiseen vaikuttivat terveys- ja yhteiskuntatieteiden tieteensisäiset muutokset, joita puolestaan olivat vauhdittamassa 1960- ja 70-lukujen kriittinen terveysliike osana laajempaa yhteiskunnallista murroskautta.

Tutkimus koostuu kahdesta osasta. Tutkimuskirjallisuuteen ja dokumenttiaineistoon pohjautuvan katsauksen tarkoituksena on pohjustaa empiirisen tutkimuksen kysymyksenasetteluja etsimällä vastauksia kysymyksiin: Mikä on olennaista sosiaalilääketieteessä ja millaiset tekijät ovat vaikuttaneet sosiaalilääketieteen muovautumiseen ja kehitykseen? Tutkimuksen toinen osa perustuu vuonna 1999 kerättyyn kyselyaineistoon ja sen pohjalta tehtyihin neljään artikkeliin. Näiden osatutkimusten ideana on kuvata millainen oli Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenkunnan rakenne ja jäsenten käsitykset sosiaalilääketieteestä. Viides artikkeli kuvaa suomalaisesta terveystutkimuksesta puuttuvaa poliittisen taloustieteen näkökulmaa Lesley Doyalin tutkimusten kautta.

Kirjallisuuteen perustuvan katsauksen tarkoituksena on perehdyttää lukija yleiskatsauksellisesti sosiaalilääketieteen ajalliseen muotoutumiseen, jotta hän voisi paremmin käsittää uuden sosiaalilääketieteen syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Sosiaalilääketieteen muotoutumisen tarkastelu perustuu kattavasti aihetta käsitteleviin tutkimuksiin ja muuhun kirjallisuuteen. Kirjallisuuden lisäksi on katsauksessa hyödynnetty tutkimuksen yhteydessä tehtyjä asiantuntijahaastatteluja. Lääketieteen ja sosiaalilääketieteen kehittymisestä on runsaasti kirjallisuutta, joka sisältää myös erilaisia ja ristiriitaisiakin tulkintoja sosiaalilääketieteeksi tässä tutkimuksessa nimetyn tieteenalan kehityksestä. Yhteistä niissä kuitenkin on se, että teollisen vallankumouksen mukanaan tuomat köyhän väestön terveysongelmat ja suuri kuolleisuus pakottivat valtiot etsimään ratkaisukeinoja 1800-luvun suurimpaan sosiaaliseen ongelmaan.

Uuden sosiaalilääketieteen kuvaa lähdin kartoittamaan kahdella tavalla: Ensiksi kuvaan ja analysoin suomalaisen hyvinvointivaltion uuden terveys- ja tiedepolitiikan sekä kriittisen ja radikaalin liikehdinnän ja keskustelujen vaikutusta terveyden tutkimukseen ja sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen kehitykseen. Toiseksi kuvaan sosiaalilääketiedettä vuonna 1999 tehtyjen kyselyjen ja haastattelujen avulla. Jäljittämisen punaisena lankana,

eräänlaisena opaskarttana on ollut selvittää, onko sosiaalilääketieteen alkuperäinen ajatusmuoto, sairastavuuden ja kuolleisuuden sosiaaliryhmittäisten erojen merkittävyyden selvittäminen säilynyt sosiaalilääketieteen keskeisenä kysymyksenä 1900-luvun lopulle asti?

Täsmennetyt tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaiseksi sosiaalilääketiede muotoutui 1800-luvun lopulta 1990-luvun lopulle ja erityisesti millaiset tekijät vaikuttivat sosiaalilääketieteen muotoutumiseen 1960–1980-luvuilla Suomessa sekä mitkä tekijät määrittävät sosiaalilääketiedettä?
- 2) Minkälainen käsitys Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenillä oli 1990-luvun lopulla sosiaalilääketieteestä, sosiaalilääketieteilijöiden identiteetistä ja merkittävistä sosiaalilääketieteilijöistä?

Tutkimuksen toinen luku vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen kuvaten sosiaalilääketieteen suomalaista historiaa, keskeisiä määrittäjiä ja määreitä. Etsin kirjallisuudesta tiettyjä ajallisia tapahtumia ja muita ”jälkiä”, jotka näyttivät vaikuttaneen oleellisesti sosiaalilääketieteen muotoutumiseen, esimerkiksi tiedepoliittisia ratkaisuja, jotka vaikuttivat tieteen sisältöön. Jäljitän sitä, miten sosiaalilääketieteen alkuperäinen ajatusmuoto säilyy, katoaa tai muuntuu kun vanhasta sosiaalilääketieteestä siirrytään uuteen kansanterveystieteeseen. Tutkimusmetodologiani on kriittisen lukemisen ja perinteisen kysely- ja haastattelututkimuksen yhdistämistä. Ennen kyselytutkimuksen suorittamista haastattelin kymmentä sosiaalilääketieteen vaikuttajaa (liite 1). Haastattelujen esitutkimuksellisen tarkoituksen vuoksi haastateltavat valittiin harkinnanvaraisesti edustamaan akateemisen sosiaalilääketieteen eri alueita, terveystieteitä ja -hallintoa, käytännön sosiaalilääketiedettä ja alan lehteä. Käytännön syistä valitut henkilöt olivat Helsingistä ja Tampereelta. Nauhoitettu ja litteroitu aineisto toimi perehdytyksenä tutkimusaiheeseen ja myös dokumenttiaineiston täydentäjänä. Haastattelua varten laadin teemalistan, mutta käytin sitä valikoiden kunkin haastateltavan kohdalla. Menetelmä oli yhdistelmä teemahaastattelua ja avointa haastattelua (Eskola & Suoranta 1998, 87).

Tutkimuksen kolmannessa luvussa pyritään vastaamaan toiseen tutkimuskysymykseen. Jäljitän sosiaalilääketieteen olemusta alan edustajien itseymmärryksen kautta: miten Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet käsittivät sosiaalilääketieteen tieteenä 1900-luvun lopulla. Empiiriset artikkelit on julkaistu Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä. Ensimmäisessä artikkelissa (2004) kysyn, keitä suomalaiset sosiaalilääketieteilijät olivat? Toisessa artikkelissa (2006) selvitän, kokivatko Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet olevansa sosiaalilääketieteilijöitä, eli oliko heillä sosiaalilääketieteilijän identiteetti.

Kolmannessa artikkelissa (2007) kysyn, mitä mieltä yhdistyksen jäsenet olivat tieteenalansa asemasta ja siinä tapahtuneista muutoksista sekä tieteenalan nimestä. Neljännessä artikkelissa (2009) kysyn, keitä suomalaisia sosiaalilääketieteilijöitä yhdistyksen jäsenet pitivät merkittävänä sosiaalilääketieteilijöinä ja millä perusteella?

Lisäksi esittelen viidennessä artikkelissa (2010) Suomessa vähemmän tunnettua marxilaisesta näkökulmasta tehtyä terveydenhuoltotutkimusta. Teoreettinen artikkeli on julkaistu kokoomateoksessa (Ashorn ym. 2010). Viidennen artikkelin liittäminen tutkimuskokonaisuuteen perustuu omaan teoreettiseen esiyymmärrykseeni sosiaalilääketieteen punaisesta langasta. Sosiaalilääketieteessä on tutkittu enemmän terveystyön ammattilaisia ja heidän työnsä kohteita kuin terveyteen vaikuttavia yhteiskunnallisia rakenteita, organisaatioita, instituutioita ja politiikkaa. Sosiaalilääketieteen tavoitteena on terveyden tasa-arvon lisääminen – siis poliittinen, joka voidaan ratkaista poliittisin keinoin. Artikkelissa käsitelty Lesley Doyalin teos *The Political Economy of Health* (1979) tekee näkyväksi sekä terveyden poliittisuuden että kaupallistumisen kapitalismissa – molemmat aiheita, joita suomalaisessa tutkimuksessa ei ole käsitelty juuri lainkaan.

Luvussa 4 vedän yhteen tutkimuksen tuloksia ja arvioin tulosten merkitystä ja tehtyä tutkimusta. Tekstin liitteinä on luettelo haastatelluista henkilöistä ja haastattelun teemarunko (liite 1), kyselytutkimuksen kyselylomake (liite 2) ja alkuperäiset artikkelit I–V (liite 3).

2 SOSIAALILÄÄKETIETEEN MUOTOUTUMINEN

Tässä luvussa kuvataan olennaiseen keskittyen, miten sosiaalinen tuli merkittäväksi osaksi lääketiedettä, erkaantui lääketieteen osa-alueeksi ja muuntui etupäässä kansanterveystieteen määrittämäksi uudeksi sosiaalilääketieteeksi. Katsaus perustuu aiheen keskeisiin tutkimuksiin ja muuhun kirjallisuuteen. Aineiston valinta on ollut valikoivaa pyrkien kuitenkin kuvaamaan yleisimpiä linjoja ja käännekohtia sosiaalilääketieteen kehittymisessä. Uuden sosiaalilääketieteen kehitystä kuvatessani olen tehnyt valintoja ja tulkintoja alan laajasta tietoaineksestä pitäen silmällä omaa tulkintaani sosiaalilääketieteestä terveyden yhteiskunnallisuutta ja siinä ilmenevää eriarvoisuutta tutkivana tieteenä.

Sosiaalilääketiede syntyi 1800-luvun puolivälissä ja kehittyi Suomessa arvostetuksi lääketieteen haaraksi vuosisadan loppupuolella. Itsenäisen Suomen alkuaikoina sosiaalilääketiede eli hiljaiseloa, mutta nousi uuteen kukoistukseen sotien jälkeen hyvinvointivaltiota rakennettaessa (Karisto 1981a). Tämän uuden sosiaalilääketieteen muotoutumiseen vaikuttivat monet yhteiskunnalliset tekijät ja alan tutkimukseen tuli mukaan useita muita tieteitä niin terveys- kuin yhteiskuntatieteidenkin suunnalta. 1970-luvun alun perusterveydenhuollon uudistuksen myötä uusittiin myös kansanterveyden tutkimuksen ja opetuksen rakenteita ja sisältöjä ja entisen sosiaalilääketiede ja hygienia -oppiaine yhdistelmän tilalle tai jatkeeksi luotiin kansanterveystiede. Seuraavissa luvuissa lähdetään jäljittämään sosiaalilääketieteen muotoutumiseen vaikuttaneita tekijöitä.

2.1 Vanhan sosiaalilääketieteen muotoutumisen vaiheet

2.1.1 Sosiaalisten tekijöiden tuleminen lääketieteeseen

Tarkasteluni rajautuu tieteelliseen lääketieteeseen ja joihinkin sitä edeltäneisiin keskeisiin oppeihin ja käsitteisiin. Keskeisenä lähteenä käytän Hannu Vuoren teosta *Lääketieteen historia* (1979), koska siinä lääketieteen kehitystä tarkastellaan sosiaalihistoriallisesta näkökulmasta. Vuori on käyttänyt monipuolista lähdeaineistoa, mutta teos on tietysti hänen synteesinsä aineistoista ja hänen tulkintansa tulos.

Sanan varsinaisessa merkityksessä tieteelliseksi voidaan Vuoren mukaan nykyisen lääketieteen edustajia kutsua vasta noin 1500-luvulta alkaen (Vuori 1979, 16–17). Sairaus on kuitenkin kaikkina aikoina ollut yksi ihmisen turvallisuuden suurimpia uhkia ja sen hoitoon

kehitetty menetelmät ja uskomukset ovat siirtyneet sukupolvelta toiselle. Antropologit ovat osoittaneet, ettei ole olemassa niin alkukantaista yhteisöä, että sillä ei olisi jotain sosiaalista järjestelmää sairauksien ehkäisyä ja hoitoa varten. Joidenkin vaikuttajien jälki on jäänyt pitkäaikaiseksi. Vuoren mukaan Hippokrates (synt. 460 eKr) vapautti lääketieteen uskonnon vallasta kieltäytymällä uskomasta ylikuonnollisiin syihin ja maagisiin hoitoihin. Hän systematisoi aikansa epämääräisen havainto- ja teoriakokoelman johdonmukaiseksi tieteelliseksi rakennelmaksi ja kehitti Empedokleen alkuaineteoriaan perustuvaa humoraalipatologiaa. Ihminen, mikrokosmos, heijastaa Hippokrateen mukaan maailmankaikkeuden, makrokosmoksen rakennetta; ihmisessä on kaikki samat alkuaineet kuin muussakin luonnossa, mutta niiden sekoitus, krasis, on yksilöllinen. Sekoitukseen vaikuttavat muun muassa ympäristötekijät. Roomalaisen lääketieteen merkittävin edustaja Galenos (n. 130–200 jKr) piti sairauksien syntymekanismia hippokratelaisen humoraalipatologian mukaisesti elämännesteiden epätasapainona. Epätasapainoa puolestaan saattoi aiheuttaa huono ilma, miasma. Ilma selittää epidemioiden nopean leviämisen ja mittasuhteet, koska kaikki joutuivat hengittämään sitä. Galenos hyväksyi Aristoteleen käsityksen ruumiin ja sielun erosta. Galenoksen opit hallitsivat lääketiedettä noin 1300 vuotta. (Vuori 1979, 56–58.) Keskiajalla uskottiin sairauksien olevan seurausta ihmisen synneistä. Sairauksien synnyn selitykset perustuivat uskontoon, kuten myös hoidon järjestelyt. Ensimmäisiä keskiajan perinteen ravistelijoina oli Paracelsus (1493–1541), joka korosti, että kaiken lääketieteen tuli perustua havaintoihin, ei auktoriteettiin (emt., 93).

Terveyden olemusta pohtineet ovat antiikista lähtien etsineet tasapainomallia. Terveys on heijastanut kohtuullisuutta ja hyvää oloa elämisen eri puolissa. Pitkään elänyt teoria, humoraalipatologia, kuvasi terveyttä syntymäajalleen mahdollisin termein ja käsittein elämännesteiden tasapainotilana. Globaalia terveyspolitiikkaa harjoittava Maailman Terveysjärjestö (WHO) on omassa terveyden määritelmässään korostanut terveyden olevan sairauksien puuttumisen ohella myös fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila (WHO 1946).

Toinen pitkään elänyt antiikin terveysteoria, miasmateoria kuvasti sitä, että ihmiset uskoivat pilaantuneen ilman olevan syynä tautien leviämiseen. Heillä oli empiirisiä havaintoja esimerkiksi tarttuvien tautien leviämisestä tiheästi asuvien ihmisten keskuudessa. Nykyaikainen epidemiologia on nimensä mukaisesti syntynyt niistä havainnoista, mitä on osattu tehdä tautien synnystä ja levinneisyydestä ja näihin vaikuttavista tekijöistä. Antiikin ajoista asti ihmiset ovat myös huolehtineet hygieniasta, tiedostaen sen puutteellisen hoidon

olevan yhteydessä tautien ja sairauksien leviämiseen. Taistelussa tarttuvia tauteja, esimerkiksi koleraa vastaan nojattiin miasmateoriaan aluksi karanteenien avulla, mutta tiedon lisääntyessä tautien tarttuvuudesta kehittyi kilpailevaksi teoriaksi ympäristöhygieninen toimintamalli, jossa keskityttiin ympäristön ja yksittäisten tautitapausten tarkempaan tutkimiseen ja suojaamiseen (Jauho 2007, 89–95).

Suuri osa valistusfilosoifeista uskoi luonnonmukaisen elämän terveellisyyteen ja kuvitteli, että puhdas ilma, puhdas vesi, puhdas ruoka ja miellyttävä ympäristö ylläpitäisivät ja edistäisivät terveyttä. Johann Peter Frankin (1745–1821) mukaan sairaus ei aiheutunut pelkästään fysikaalisista tekijöistä, vaan pikemminkin erilaisista sosiaalisen ympäristön vahingollisista vaikutteista. Hän uskoi, että monet niistä voitaisiin torjua viranomaisten järjestelmällisellä toiminnalla. Hän halusi luoda tieteen, *System der medizinischen Polizei*, joka loisi pohjan tällaisille toimenpiteille. (Vuori 1979, 83–84, 135.) Suomalaiset kansanterveystieteen oppikirjan kirjoittajat nimesivät Peter Frankin ensimmäiseksi merkittäväksi kansanterveystieteilijäksi (Kauhanen ym. 1998, 52).

Teollinen vallankumous alkoi suunnilleen 1700-luvun puolivälissä. Se synnytti uusia hygieenisia ongelmia ja muutti radikaalisti vanhojen mittasuhteita. Työväen asunnot yritettiin sijoittaa mahdollisimman lähelle teollisuuslaitoksia. Talot rakennettiin kiinni toisiinsa; avoimia tiloja ei ollut; kadut olivat kapeita; asunnot olivat pieniä. Koska asuntojen tuotannolla oli kiire, rakennustaso oli kehno. Jätehuoltoon ei kiinnitetty juuri mitään huomiota. Tehdastyöläinen työskenteli loputtoman pitkiä työpäiviä tehtaassa, maanviljelijä ulkona sään armoilla. Puhtaus, yksityisyys, asianmukainen sanitaatio ja kunnollinen vesi olivat mahdottomuuksia. Hyvinvoiva väestönosa eli niin erillään näistä oloista, että sillä ei ollut käsitystä teollisuustyöväestön olojen todellisesta surkeudesta. Vähitellen niihin kuitenkin alettiin kiinnittää huomiota. Tehtaitten ympärille muodostuneet slummit koettiin yhteiskunnalliseksi vaaraksi. Niistä saattoi levitä mitä hyvänsä: rikollisuutta, prostituutiota ja tauteja. Vasta 1800-luvun puolella opittiin todella huomaamaan teollistumisen haittavaikutukset. (Vuori 1979, 135–137.)

George Rosen (1910–1977) tarkasteli sosiaalilääketieteen klassikkoteoksessaan *A history of public health* (1958) kansanterveystyön (public health) kehittymistä antiikin Kreikassa, Rooman imperiumissa, Englannissa, Ranskassa, Espanjassa, Italiassa, Saksassa, Yhdysvalloissa ja muissa maissa aina 1950-luvulle asti. Rosenille public health ei ollut vain kokoelma erilaisia aloja, tietoja ja tekniikoita, vaan ennen kaikkea yhteinen, kaikkien jaettavissa oleva visio. Elizabeth Feen (1993) mukaan Rosen oli kirjoittanut vuonna 1947

esseen sosiaalilääketieteen historiasta, mutta hän ei jatkanut sitä kirjaksi ehkä siksi, että ”social medicine” kuulosti hyvin samanlaiselta kuin ”socialized medicine” (ks. Sigerist 1937). Rosen oli juutalaiskodista ja itsekin diskriminoinnin uhri. Hän tunsi myötätuntoa köyhiä kohtaan ja etsi yhteiskunnallisia reformeja. Hän otti marxismin vakavasti ja kuten oppi-isänsä Henry Sigerist hän korosti potilaan sosiaalista roolia, lääkäreiden yhteiskunnallisen kriittisyyden tarpeellisuutta ja hän yritti saada sosiaalilääketieteen käsitettä laajenemaan (Morman 1993, johdanto 1xix-1xxxviii).

Rosen paikantaa sosiaalilääketieteen alkamisen muutaman vuosikymmenen aiemmaksi kuin Vuori. Rosenin mukaan jo 1800-luvun alkuvuosikymmeninä kehiteltiin sosiaalilääketieteellisiä ideoita, joissa tutkittiin väestön terveysoloja ja niiden yhteyttä elinoloihin sekä kehiteltiin niihin parannuskeinoja. Ohjelmissa painotettiin, että tärkein vaikuttamiskeino oli valtion puuttuminen epäkohtiin sosiaalisin ja taloudellisin keinoin (Rosen 1972). Jeddi Hasan viittaa Rosenin kirjoittamaan artikkeliin *The evolution of social medicine* teoksessa *Handbook of medical sociology* (Freeman ym. 1972) ja toteaa tämän kirjoituksen vaikuttaneen voimakkaasti hänen käsitykseensä sosiaalilääketieteestä (Hasan 1993). Rosenin historia-teos (Rosen 1958 ja 1993) esittää kansanterveystyön kehittymistä historioitsijan tarkkuudella ja tinkimättömyydellä. Hän ei ainoastaan esittele hyviä tarkoittavien reformistien aikaansaannoksia, vaan osoittaa niihin sisältyviä vaikuttimia, joista paljastuu myös yhteiskuntapolitiikan raaka todellisuus, teollisuus- ja maataloustyöväestön hyväksikäyttö. Rosen korosti erityisesti sosiaaliluokan merkitystä terveydessä. Hän myös osoitti, että epävarmuuden oloissa teorioita sairauksien syistä käytettiin tai vastustettiin poliittisista tai taloudellisista pyrkimyksistä käsin.

Vuoren mukaan 1800-luvun puolivälissä Euroopassa ja Yhdysvalloissa virisi kansanterveysliike, joka pyrki terveydellisten olojen parantamiseen ympäristöhygieenisin toimenpitein. Liikkeen syntyyn vaikutti hänen mukaansa oleellisesti koleran uhka. Teollisuustyöväestön keskuudessa esiintyneet levottomuudet nopeuttivat slummien saneerausta. Englannin hallitus asetti erityisen työryhmän tutkimaan voimassa olevan köyhäinhuoltolain vaikutuksia. Työryhmän sihteerinä toiminut Edwin Chadwick (1800–1890) käynnisti laajan tiedonkeruun työväestön sosiaalisista ja terveydellisistä oloista. Hän laadittiin sairauksien esiintymistä kuvaavia karttoja, jotka osoittivat sairauksien esiintyvyyden ja kuolleisuuden olevan suurinta ylikansoitetuilla alueilla. Hän vertasi keskimääräistä kuolinikää eri sosiaaliryhmissä: aatelisto kuoli keskimäärin 43, ammattimiehet 30 ja työväestö 22 vuoden iässä. Chadwick päätteli, että liian aiheuttama ilman saastuminen, ylikansoitus, puutteellinen

viemärointi ja riittämätön vesihuolto olivat työväestön suuren sairastavuuden syytä. Lisäksi tulivat huonot elämäntavat ja alkoholismi. Chadwikin ehdottamien toimenpiteiden edellyttämät lait hyväksyttiin vuonna 1848. Nämä lait ovat nykyaikaisen ympäristöhygieenisen lainsäädännön alku maailmassa. Lainsäädäntöä kehitettiin edelleen 1875, jolloin säädettiin nk. *Great Public Health Act*. Chadwikin ehdotukset perustuivat virheelliseen miasmateoriaan, mutta ne olivat tehokkaita. (Emt., 139–140.)

Rosenin tulkinta Chadwickistä ja uudesta köyhäinhuoltolaista oli hieman erilainen. Rosen kertoo, että Chadwick kirjoitti uuden lain yhdessä taloustieteilijäystävänsä Nassaun kanssa. Lain tarkoitus oli vähentää köyhien määrää, mutta sen perimmäinen tarkoitus oli vapauttaa työmarkkinat etukäteen investointiohjelmille. Markkinatalous vahvisti itseään ja ihmistyövoimasta tehtiin tavara, hyödyke. Ei ollut hänen mukaansa liioiteltua sanoa, että 1800-luvun sosiaalishistoriaan vaikutti eniten köyhäinhuoltolain uudistukseen vuonna 1834 sisältynyt markkinalogiikan tukeminen. Sama logiikka vaikutti tautien ehkäisyyn ja terveyden suojeluun. Huomio kiinnitettiin ensimmäiseksi ensimmäiseen teollisuuskaupunkiin, Manchesteriin. Edwin Chadwicken luoma *The New Public Health Act* 1834 loi Rosenin mukaan kansalliset työmarkkinat, siirtäen maatalousköyhälistön ylijäämän tehtaisiin. (Rosen 1993, 175–177.)

Englanti oli Vuoren (1979) mukaan kansanterveysliikkeen edelläkävijä. La Bergen (1992) mukaan sosiaalilääketiede sai alkunsa Ranskasta ja levisi sieltä Saksaan ja Englantiin. Myös Rosen korostaa ranskalaisten merkitystä sosiaalilääketieteen teorioiden kehittämisessä. Euroopasta liike levisi erityisesti Yhdysvaltoihin (Sigerist 1934; Duffy 1990). Teollisen vallankumouksen kielteisiin seurauksiin kiinnitettiin huomiota muun muassa Ranskassa ja Saksassa. Vuoren mukaan se ei johtanut käytännön tuloksiin, koska ympäristöhygieenisten uudistusten esittäjät olivat epäkäytännöllisiä ja asiansa epätasaisesti esittäviä luonnonfilosofeja sekä heidän vaikutustensa alaisia lääkäreitä. Kansanterveysliikkeen tavoitteet olivat Englannissa käytännöllisiä, Ranskassa ja Saksassa poliittisia. Liberaalit ajatukset kytivät pinnan alla ja johtivat vallankumousvuoteen 1848 - das tolle Jahr - jonka yhteydessä esimerkiksi Rudolf Virchow esitti terveystaloudellisia uudistuksia. (Vuori 1979, 141.)

Rudolf Virchow (1821–1902) havahtui Saksan lääkärinkunnan näkemään millaisia kärsimyksiä ja kuolemia kulkutautiepidemiat olivat aiheuttaneet Saksan Ylä-Sleesiassa ja miten kyvytön terveydenhuolto oli niihin vastaamaan. Hän perusti liikkeen nimeltä *Medizinalreform*, jonka jäsenet julkaisivat omaa sanomalehteä *Die Medizinische Reform*. Liike muodostui vuoden 1848 eurooppalaisen vallankumouksen ruokkimana

vastavoimaksi Saksan terveydenhuollossa 1700-luvulta lähtien vallinneille patriarkaalisille näkemyksille. Medizinalreformin nimissä lääkärit vaativat uudenlaista terveydenhuoltoa, joka raivaisi pois sairauksien yhteiskunnalliset syyt sekä turvaisi yksilöille oikeuden terveyteen ja määräysvallan omaan ruumiiseensa. Taistelun sairauksia vastaan oli kohdistuttava ihmisen sosiaalisiin perusoikeuksiin. Virchow antoi lääketieteelle jälleen poliittisen ulottuvuuden. Medizinalreform seurasi osittain vuoden 1789 Ranskan vallankumouksen pyrkimyksiä (Forsius 2001). ”Lääketiede on yhteiskuntatiedettä ja politiikka ei ole muuta kuin lääketiedettä suuressa mittakaavassa”, on Virchowin eniten siteerattu lause (mm. Puska 1971; Hasan 1993). Edellä mainitun lauseen jatko kuuluu näin: ”Lääketieteen velvollisuus sosiaalitieteenä, ihmistieteenä, on tuoda ongelmia esiin ja koettaa kehittää niihin teoreettisia ratkaisuja: poliitikon, käytännön antropologin, täytyy keksiä keinot niiden ratkaisemiseksi käytännössä” (Virchow 1848).

Hullua vuotta seurasi uusi taantumus, joka vastusti kaikkea sitä, mikä näytti liittyneen liberaaliin vallankumousliikkeeseen. Ympäristöhygienia kuului näihin. Taantumus valmisti maaperää spesifisen etiologian teorialle, sen pahimmat kilpailijat eli kansanterveysliike ja sosiaalilääketiede ajettiin ”poliittiseen maanpakoon”. (Vuori 1979, 141.) Varsinkin yhteiskuntatieteilijät ovat kritisoineet terveydenhuollossa vallitsevaa lääketieteen mallia (mallista mm. Vuori 1979, 213–216 ja 266–277; Kokko 1990; 14–20). Kyseisen mallin perustana on niin kutsuttu spesifin etiologian teoria, eli käsitys siitä, että jokaisella sairaudella on oma ja vain sille erityinen syynsä. Tälle jo 1400-luvulla alkaneelle ajattelutavalle antoi vahvimman tieteellisen näytön Louis Pasteur (1822–1895) osoittaessaan, että mikro-organismit pystyvät aiheuttamaan biokemiallisia muutoksia. Latour (1987) painottaa, että ennen Pasteurin tutkimustulosten läpimurtoa hygienialiike kokosi kasautuvaa, mutta epävarmaa tietoa. Sairaus oli hygieenikkojen mukaan melkein minkä tahansa aiheuttamaa. Kuten Latour toteaa, kyse ei ollut niinkään Pasteuriä edeltäneiden hygieenikkojen tietämättömyydestä vaan ennemminkin yltiömäisen runsaasta tiedosta; mikään yksittäinen tieto ei ollut heille täysin varma, mutta mitään mahdollisuuksia ei voitu täysin sulkea pois. Ongelmana oli, että kun tautien mahdollisia syitä nähtiin kaikkialla, niitä oli mahdoton nähdä erityisesti missään. Hygienia ennen Pasteurin keksintöjä oli yhtäaikaisesti kaikkivoipa ja voimaton. Mikrobiologiset keksinnöt nimenomaan auttoivat kohdentamaan toimenpiteitä. (Lehtonen 1995, alaviite 207, 5.)

1800-luvulla sosiaalilääketiede oli lääketieteellinen tutkimussuuntaus. Lääketiede ei ollut vielä redusoitunut luonnontieteeksi, biolääketieteeksi. Spesifin etiologian teoria palveli

sosiaalilääketieteellistä toimintaa: sairauksille löytyi syitä, joihin voitiin vaikuttaa koko väestöön kohdistuvien toimenpitein. Nämä tekijät yhdessä johtivat lääketieteen menestykseen, josta puolestaan alkoivat erkaantua sosiaalilääketieteellisempi ja biolääketieteellisempi suuntaus. Sosiaalilääketieteen juuret ovat teollistumisen mukanaan tuomien väestön terveysongelmien tunnistamisessa. Tautien tarttumisen pelko vaikutti sekä niiden leviämistä ehkäisevien toimenpiteiden että niiden syntymiseen vaikuttavien syiden tutkimuksen kehittämiseen. Tutkimustulokset osoittivat sairastavuuden ja kuolleisuuden olevan suurinta yhteiskunnan alimpiin sosiaaliryhmiin kuuluvien joukossa, teollisuustyöväestössä ja maalaisköyhälistössä. Vaikka sosiaalilääketieteellisellä näkemyksellä oli monenlaisia vaikuttumia, toivat sosiaalilääketieteelliset toimenpiteet helpotusta kaikkein kurjimmassa asemassa olevien elämään. Ei ole myöskään helppo erottaa sosiaalipoliittisia ja sosiaalilääketieteellisiä (terveyspoliittisia) toimenpiteitä toisistaan: kysymys on nimeäjän paikasta, siis akateemisesta tai hallinnollisesta rajanvedosta, niin silloin kuin nytkin. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalilääketieteen toiminnan kohteena olivat yhteiskunnan vähäosaiset, köyhät ja sairaat. Vaikka sosiaalipolitiikka niin Englannissa, Saksassa kuin Suomessakin pyrki työväen suojeluun, olivat humanitaaristen tavoitteiden ohella yhteiskuntarauhan ja kansakunnan eheyden säilyttäminen ensiarvoisia valtiollisessa sosiaali- ja terveyspolitiikassa talouden ohella (Karisto 1981a, 9).

Sosiaalisten tekijöiden merkitykset sairastumiseen ja sairastamiseen alettiin laajamittaisemmin tiedostaa 1700-luvulta lähtien. Kuitenkin vasta 1800-luvulla voidaan sanoa tehdyn sosiaalilääketieteellistä tutkimusta ja se oli silloin lääketieteellistä tutkimusta. Sosiaalilääketiede alkoi institutionalisoitua akateemisten virkojen, professuurien muodossa. Niiden nimi ei kuitenkaan ollut sosiaalilääketieteen professuuri, vaan hygienian, terveydenhoito-opin, valtiolääketieteen tai muun vastaavan alan oppituoli (Rauhala 1980). Professuurit ovat institutionalisoitumisen mielessä välttämätön edellytys tieteenalan olemassaololle. Monet "peruslääketieteen" viroissa toimivista tutkijoista tekivät muun työnsä ohella merkittävää sosiaalilääketieteellistä tutkimusta.

2.1.2 Hygieniasta sosiaalilääketieteeseen

1800-luvun lopulla hygienia alkoi Suomessa kehittyä yliopistollisena oppiaineena ja sai oman professuurin (ensin ylimääräisenä) vuonna 1890. Uusi tieteenala kasvoi voimakkaasti. Se nousi lääketieteellisen keskustelun tärkeimpiin ja arvostetuimpiin kuuluvaksi alueeksi. Terveyttä ajateltiin voitavan hoitaa puuttamalla sairauksille altistaviin yksilöllisiin ja

yhteiskunnallisiin käytäntöihin. Keskeisenä keinona koko kansakunnan terveydentilan kohottamiseen nähtiin valistus. Hygieniavalistuksen suomalaisen muodon keskeisenä innoittajana lienee ollut Kansanvalistusseura, jonka toiminta kehittyi valistuksen kautta kohottamaan kansan sivistystasoa ja saman tien ehkäisemään teollistumisen tuottaman yhteiskunnan murroksen aiheuttamaa tapojen rappion uhkaa. Hyvää, ajanmukaista ja kattavaa terveydenhoito-oppia koskevaa kirjallisuutta – varsinkaan suomenkielistä – ei maassamme aiemmin ollut julkaistu. Juuri tätä aukkoa täyttämään syntyivät saksalaisten ja pohjoismaisten esikuvien mukaiset valistukselliset terveydenhoitolehdet. (Lehtonen 1995, 209.)

Tähän aikaan bakteriologiset näkemykset olivat jo voimakkaasti alkaneet muovata käsityksiä kansanterveyden kannalta keskeisistä tekijöistä. Samoihin aikoihin ”yksilön ja yhteiskunnan välisissä suhteissa havaittujen terveydellisten epäsuhteiden korjaaminen” eli sosiaalihygienia tuli osaksi myös akateemista hygieniaa. O. E. A. Hjeltin kokoamassa suomalaisen lääketieteen bibliografiassa 1640–1900 on luetteloitu noin 300 kirjaa tai artikkelia hygienia-hakusanan alla ja näistä neljä viidesosaa on kirjoitettu 1800-luvun kahden viimeisen vuosikymmenen aikana, kolmasosa 1890-luvulla. (Ignatius 2000, 517.) Sosiaalilääketieteellinen julkaisutoiminta oli kansainvälisestikin merkittävää, ja esimerkiksi Albert Palmberg (1831–1916) julkaisi vuonna 1889 hygienian käsikirjan, joka käännettiin useille kielille ja oli monissa maissa käytössä oppikirjana. 1800-luvun lopun merkittäviin suomalaisiin tieteellisiin julkaisuihin kuuluvat korkeatasoiset historiallis-epidemiologiset selvitykset monista kulkutaudeista (Ignatius 2000; Karisto 1981a). Suomalaiset lääkärit olivat hyvin valveutuneita uusimpien tieteellisten saavutusten ja ulkomaisten tutkimusten suhteen. Marjatta Hietala painottaa, että suomalaislääkäreiden keskeisenä tavoitteena oli saavuttaa myös Suomessa yleislänsimäinen taso. Hänen mukaansa hygienian ajankohtaistumista Suomessa 1880-luvulta lähtien ei selitä yksin kulkutautien pelko ja kaupunkien kasvu kotimaassa, vaan se saa luonnollisen selityksensä siitä, että hygieniaa pidettiin tärkeänä kysymyksenä kansainvälisesti. (Hietala 1992, 78.)

Suomessa teollistuminen ja väestön muutto kaupunkiin nosti esiin työsuojelulliset ja sosiaalipoliittiset kysymykset. Heikki Waris (1934) on väitöskirjassaan *Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle* selvittellyt tarkkaan hygieenisia oloja, asumisahtautta, sairastavuutta ja alkoholin käyttöä kaupungin eri alueilla. Itse asiassa hänen tutkimusalueensa oli lähellä Konrad Relanderin (myöh. Reijo Waara) (1892) väitöskirjan aiheita. Suomalaisen sosiaalilääketieteen yhteiskunnallista kasvupohjaa tutkineen Antti Kariston (1986) mukaan vuosisadan vaihteen Suomessa tutkimukset suuntautuivat pikemmin

elinoloihin kuin elämäntapaan tai elintapoihin. Tautiprofiilissa painottuivat sellaiset taudit, joiden yhteydet aineelliseen köyhyyteen olivat mitä ilmeisimmät. Sairastavuuden ja kuolleisuuden eroja tarkasteltiin ammatin ja ennen kaikkea asuinolojen mukaan. Asiaa koskevat tilastolliset tutkimushavainnot, esimerkiksi tuberkuloosista, oli helppo liittää siihen tietoon, joka vuosisadan vaihteen tienoilla jo oli tämän taudin synty- ja tartuntamekanismeista. Näistä tutkimushavainnoista lähtien voitiin myös perustella "asuntokysymystä" koskevia käytännön reformihankkeita – yleensäkin tutkimuksen ja käytännön reformipolitiikan välillä vallitsi melko kiinteä yhteys. (Karisto 1986, 123–124.)

Mikko Jauho (2007) on väitöskirjassaan osoittanut, että uuden tiedon käytäntöön soveltaminen tuberkuloosin kohdalla kohtasi monenlaisia esteitä. Bakteriologisen tuberkuloosiopin vastaanottoon vaikuttivat aikaisemmat käsitykset taudin luonteesta, lääkärintyön sisällöistä, tartuntatautien torjuntamenetelmistä sekä henkilökohtaisesta terveydenhoidosta. ”Valtiolääketiede” ja yksilön hoitoon orientoitunut kliininen lääketiede jakautuivat suhtautumisessaan eri leireihin, jotka nekin olivat sisäisesti hajanaisia. Tuberkuloosia ei määrittänyt kansanterveysongelmaksi yksinomaan taudinaiheuttajan eristäminen, vaan siihen liittyivät myös aikakauden hygieeninen tietomuoto ja sosiaalitilastollisen tutkimus sekä tuberkuloosityön keskeiset instituutiot, parantolat ja huoltolat. (Jauho 2007, 147–150.)

Myös Turo-Kimmo Lehtonen on kuvannut vanhan sosiaalilääketieteen tutkimustapaa, joka oli yleensä tautispesifinen ja perusmenetelmä oli tilastollinen kuvaus. Onnistuminen tautien torjunnassa oli suorassa suhteessa inhimillisen kärsimyksen vähentämiseen. Terveydenhoidollisten ja hygieenisten toimenpiteiden vakuuttavuus perustui niiden kykyyn olla helposti sovellettavissa jo ennalta määritettyihin ongelmiin; hygieeninen liike ikään kuin ”käänsi” nämä keksinnöt käytännön sovellutuksiksi. Terveydenhoito-opin alalle koitti aikalaiskäsityksen mukaan kiistaton edistyskausi. (Lehtonen 1995, 207–208.) Nykyisessä arkipuheessamme hygienia viittaa ennen muuta puhtauden ja likaisuuden rajanvetoon ja erityisesti henkilökohtaisiin käytäntöihin. Hygienia-termillä tarkoitettiin samaa kuin terveydenhoito-oppi. Sata vuotta sitten sillä nimettiin oppia ihmisen terveellisestä elämästä ja terveellisen elämän ehdoista yleensä. Toisin sanoen hygienia-termin kattavuus oli huomattavasti nykykäytäntöä laajempi. Sen ajateltiin olevan sosiaalihygieniaa, osa koko yhteiskunnan terveysopillista järjestämistä. (Emt., 213.)

Lääkäriammattikunta laajeni Suomessa voimakkaasti 1800-luvun jälkimmäisellä puoliskolla. Lääkäreiden verkosto alkoi yhä tiheämpänä kattaa maakuntia, ja samalla

lääkäreitä ammattikuntana alettiin hiljalleen arvostaa yhä enemmän (ks. Konttinen 1991). Samalla syntyi myös hygienian ammattilaisten joukko osan lääkäreistä ja eläinlääkäreistä erikoistuessa alaan. Tähän liittyi uudenlainen ihmisten elintapojen ja -ympäristön tarkastelutapa. Yksittäisten kansalaisten terveys ja heidän elinympäristönsä järjestys tuli kiinnostuksen kohteeksi. Ennen vuosisadan viimeisiä vuosia terveydenhoito oli lähes ainoastaan lääkärien ja hallinnon huoli. Vuosisadan lopulta lähtien se alkoi kiinnostaa yhä enemmän maallikoitakin. Lääketieteellisten keksintöjen rinnalla erittäin olennaisia hygieenisen liikkeen kannalta olivat havainnot, joiden mukaan sairastavuus ja kuolleisuus eivät jakaudu yhteiskunnassa tasaisesti. Terveiden ja yhteiskunnallisen aseman, esimerkiksi maantieteellisten ja taloudellisten tekijöiden, välillä alettiin nähdä kytköksiä. Erityisen huolen aiheena olivat kaupunkien kasvun mukanaan tuomat lieveilmiöt. Merkittäviä hygieenisen kiinnostuksen kannalta olivat myös sekä armeijan että teollisen tuotannon yhä kasvavat "laadukkaan" työvoiman vaatimukset, sekä niiden lisäksi sivistyneistön kansallinen ja kielellinen herääminen. (Lehtonen 1995, 206–208.)

Ilpo Helén ja Mikko Jauho (2003) kuvaavat miten terveydenhoito määriteltiin yhtäältä kansan ja yhteiskunnan ohjailuksi, ja sen tavoitteena oli näiden elinvoiman turvaaminen ja vahvistaminen. Toisaalta lääketieteellisestä asiantuntemuksesta, instituutioista ja käytännöistä tuli osa yhteiskunnallista järjestyksenpitoa. Tämä ilmeni selvimmin tartuntatautien vastaisessa kamppailussa, mielisairaanhoidossa sekä työväen kurinalaistamisessa terveydenhoitovalistuksen ja sosiaalilääketieteen avulla. Helen ja Jauho katsovat, että kansalaisuuden toinen ulottuvuus, sosiaalinen kansalaisuus luotiin pitkälti kansanterveyden edistämiskampanjoilla, joissa hygienialla oli keskeinen rooli. Hygienia yhteiskunnallistui ja politisoitui. Suomessa 1800-luvulta asti käyty keskustelu yhteiskunnallisista kysymyksistä oli painottanut valtiota ja kansakuntaa kokonaisuutena, "ykseytenä", jossa valtion ja kansan etu meni kansalaisen edelle. Kansakuntaan kuulumisen näkökulmasta terveyskansalaisuudella oli kaksi merkitysulottuvuutta. Ensimmäinen koostui pyrkimyksistä kansalaistaa jokainen ihmisyksilö terveydenhoidon nimissä. Snellmanin filosofisten ajatusten mukaan kansalaisuus vaatii yksilöltä täysi-ikäisyyttä eli itsensä kehittämistä ja kasvattamista itsenäiseksi, arvostelukykyiseksi henkilöksi. Kansalaisuutta määritteli siis painokkaasti myös ajatus, että terveys oli henkilökohtainen velvollisuus kansakuntaa ja kansaa kohtaan. Kansakuntaan kuulumisen näkökulmasta terveyskansalaisuudella oli myös toinen ulottuvuus: pyrkimykset eriarvoistaa kansalaisia kansanterveyden vaalimisen nimissä. Julkisen vallan ja lääkäreiden toimesta tarkkailtiin ja luokiteltiin ihmisiä normaaleihin ja sairaisiin, tuottaviin ja rasittaviin, kunnollisiin ja vaarallisiin. Luokittelujen varassa kontrolloitiin yksilöitä ja ryhmiä ja

puututtiin niiden elämään. Kansalaisuuden hierarkia määriteltiin elinvoimaisuuden mukaan, kansalaisuuden kriteereistä tuli biologisia ja lääketieteellisiä. Yksilöiden kansalaistuminen teki heistä samalla terveydenhoidon yhteiskunnallisen ja henkilökohtaisen ulottuvuuden risteyskohtia. Hygienian merkitys oli keskeinen kansallisissa hankkeissa ja sosiaalivaltion rakennustyössä. (Helen & Jauho 2003, 7–15.)

Lääketieteen piirissä olivat esiintyneet termit hygienia ja sosiaalihygienia, joista jälkimmäisestä siirryttiin sosiaalilääketiede -termiin. Sven Erkkilä pohti Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden numerossa 2/63 hygienian ja sosiaalilääketieteen eroa näin:

”Kun hygieniassa kiinnitetään huomiota fysikaalis-biologista laatua oleviin ympäristötekijöihin, kuten ilmastoon, asumiskysymykseen, jätteiden hävittämiseen, ravinto- ja työoloihin, mikäli ne ovat omiaan aiheuttamaan terveydellisiä vaaroja ja haittoja, niin sosiaalilääketiede sosiaalipolitiikan rinnakkaistieteenä tutkii tautien sosiaalista etiologiaa, niitä sosiaalisia ympäristötekijöitä, jotka suoraan tai välillisesti aiheuttavat sairauksia sekä vaikuttavat sairauden kulkuun ja ennusteeseen. Kummankin tieteenalan päämäärä on sama, hyvän terveydentilan luominen, vaikka tutkimuskohteet ovat jossakin määrin toisistaan poikkeavia.” (Erkkilä 1963, 1–2.)

Erkkilän näkemys sosiaalipolitiikan ja sosiaalilääketieteen rinnakkaisuudesta on mielenkiintoinen. Sosiaalilääketieteen ja sosiaalipolitiikan tutkimuskohteet eroavat, mutta niitä molempia voi pitää empiirisinä tieteenaloina, joilla on omat tärkeät sovellusalueensa käytännössä.

Samoihin aikoihin kun sosiaalilääketieteilijät tekivät ensimmäisiä merkittäviä tutkimuksiaan, tuli sosiaalipolitiikka Suomeen. 1890-luvulla annettiin Suomen ensimmäinen sosiaalivakuutuslaki, asetus työväenkassoista, järjestettiin pulakauden aikana työttömille hätäaputoita ja vuodesta 1898 ryhdyttiin osoittamaan valtion varoista halpakorkoisia lainoja työväenasuntojen rakentamiseen. Helmikuun manifesti (1899) aloitti sortokauden. Silloin päättyi puhe rahvaasta, sen sijaan alettiin puhua kansasta. Usein kansa-sanana taakse verhottiin kuitenkin vain käsitys alemmasta yhteiskuntaluokasta. ”Kansan” löytyminen oli toisaalta johdonmukainen seuraus suomalaisuusliikkeestä. Suomalainen yhteiskuntatieteellinen tutkimus sai vauhtia sortovuosien aikana. Helsingin yliopistoon perustettiin vuonna 1906 kansantaloustieteen oppituoli. Teollisuustyöväen oloihin kohdistuneen tutkimuksen lisäksi vuosisadan vaihde merkitsi myös maatalousväestön ja maalaisproletariaatin tutkimisen alkua. Aikaisemmin virinnyt sosiaalipoliittinen toiminta oli näin saanut rinnalleen myös sosiaalipoliittisen tutkimuksen (Siipi 1967, 11–14; Alapuro & Alestalo 1992).

Sosiaalilääketieteen kukoistuskauti ajoittui 1800-luvun puolesta välistä Suomen itsenäistymiseen. Karisto (1981b) on hahmotellut terveyden sosiaalisia eroja koskevan

tutkimusperinteen lamaan tulleelle kolmenlaisia syitä: Ensiksi, autonomian ajan synnyttämä uusi tilanne johti siihen, että useat sosiaalilääketieteellisesti suuntautuneet lääkärit siirtyivät hallinnollisiin tehtäviin. Koulutettua työvoimaa tarvittiin kansallisen hallintokoneiston palvelukseen. Syntyi siis eräänlaista aivovienttiä tutkimuksesta hallintoon. Kaikki lääkintöhallituksen pääjohtajat vuodesta 1906 lähtien maailmansotaan asti olivat sosiaalilääketieteilijöinä ansioituneita. Toiseksi, kansalaissota oli puhkaissut pohjan eri yhteiskuntaluokkien ja -ryhmien terveydellisiä ja muita elinoloja vertailevalta tutkimukselta, joka oli liittynyt reformistisiin yhteiskuntapoliittisiin pyrkimyksiin. Yhteiskuntaluokankin käsitteestä tuli nyt ideologisesti räsitetty. Ja kolmanneksi, lääketieteen jakautuessa yhä uusiin, biolääketieteellisen ajatusmallin yhteensitomiin erikoisalueisiin, sosiaalilääketiede jäi eräänlaisen kutistuvan jäänneksi luokan asemaan. (Karisto 1981b, 108–109.)

Pirkko-Liisa Rauhalan (1980) mukaan ennen maamme itsenäistymistä terveydenhoito-opin tutkimusta väritti ohjelmallisuus, yhteiskunnallisen tarkoituksenmukaisuuden etsintä. Sotien välisenä aikana sosiaalilääketieteellistä keskustelua leimasi poleemisuus. Tutkimustyö oli vähäistä, eikä teoreettis-metodologista pohdintaa harrastettu; ”vain keskusteltiin” kirjoittamalla lääketieteellisiin julkaisuihin niistä kysymyksistä, joiden järjestäminen nähtiin välttämättömänä. Suomessa voimistui 1960-luvun alun jälkeen näkemys kansanterveyden ongelmien yhteydestä yleiseen yhteiskunnalliseen kehitykseen. Koettiin välttämättömäksi perehtyä yhteiskuntapolitiikan tavoitteenasetteluun ja yhteiskunnallisiin muutoksiin, jotka heijastuivat myös lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon. Keskustelu sosiaalilääketieteestä liittyi väestön yleiseen hyvinvointiin ja terveyttä kohottavaan terveystieteeseen. Keskustelu oli painottunut ns. soveltavan tutkimuksen puolesta puhumiseen ja traditionaalisen lääketieteen arvostelemiseen. Toisaalta oli ilmaantunut keskustelua, joka pysytteli enemmän tieteiden rajojen ja niiden ylittämisen pohdintana. Tämä keskustelu kohdistui pääasiallisesti metodiikkaan. Kaikkein vähiten – jos lainkaan – oli käsitelty sosiaalilääketieteen tietoteoreettisia ja metodologisia ongelmia. (Rauhala 1980, 162–164.)

2.2 Uuden sosiaalilääketieteen muotoutumiseen vaikuttaneet tekijät

Tähän lukuun on koottu tiiviiseen muotoon viisi tekijää, jotka vaikuttivat uuden sosiaalilääketieteen syntyyn ja muotoutumiseen erityisesti 1960–80-luvuilla: uusi terveystieteellinen politiikka, uusi tiedepolitiikka, uusien tieteenalojen, erityisesti sosiologian tulo terveystutkimukseen, Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustaminen sekä kriittisen sosiaalilääketieteen piirissä

käydyt keskustelut ulkomailla ja kotimaassa. Näiden valittujen tekijöiden takana vaikuttivat suuret yhteiskunnalliset rakennemuutokset suomalaisessa yhteiskunnassa sotien jälkeen: väestö- ja elinkeinorakenteen muutokset, kaupungistuminen, teollistuminen, hyvinvointivaltion rakennus ja tieteellisen tutkimuksen kehittyminen. Osa merkittävistä sosiaali- ja terveystaloudellisista uudistuksista oli päätyneet laeiksi jo ennen sotia, kuten kansaneläkelaki (1934) ja terveydenhuollon uudistustoimikunnat olivat aloittaneet työnsä, kuten sairausvakuutuslain suunnittelu, joka katkesi sotien ajaksi. Sotien jälkeisessä terveystaloudellisessa kiinnitettiin ensin huomio koko maan kattavan sairaalalaitoksen rakentamiseen, perusterveydenhuollon vuoro tuli sen jälkeen. Kansainväliset virtaukset ja järjestöt, kuten esimerkiksi OECD ja WHO ovat vaikuttaneet suomalaiseen terveydenhuoltotutkimukseen. Monet tekijät siis ikään kuin tekivät tietä näille tässä tutkimuksessa tarkempaan analyysiin valituille tekijöille.

Valitut tekijät, vaikka olivatkin edeltävien ja monisyisten prosessien tulosta, ikään kuin tiivistyivät lyhyelle ajanjaksolle ja vaikuttivat toinen toisiinsa. Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen suuret väestön terveyshaastattelututkimukset aloitettiin vuonna 1964. Niillä arvioitiin sairausvakuutuslain, kansanterveyslain ja työterveyshuoltolain vaikutuksia. Vuosi 1968 oli kansainvälinen radikaalien liikkeiden ja monien merkittävien tapahtumien vuosi. Samana vuonna perustettiin Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. Yhdistyksen perustajajäsenet olivat eri tieteenalojen edustajia, sosiaalilääketiede muuntui monitieteiseksi tieteenalaksi. Suomen Akatemian uudessa painoalapolitiikassa korostettiin kansanterveyden tutkimusta ja sitä alettiin tehdä myös vuonna 1972 aloittaneissa kansanterveystieteen laitoksissa. Kansanterveyslaki astui voimaan ja Suomen Akatemian tiedepoliittinen ohjelma julkaistiin vuonna 1972. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti Suomen Lääkäriliiton julkaisemana lakkasi ilmestymästä samana vuonna ja alkoi jälleen ilmestyä Sosiaalilääketieteen yhdistyksen julkaisemana vuonna 1974. Tässä tihentyneessä vaiheessa tehtiin radikaaleja ja kauaskantoisia yhteiskunta- ja terveystaloudellisia uudistuksia, joilla pyrittiin lisäämään oikeudenmukaisuutta ja terveydellistä tasa-arvoa. Yhteistä tälle jaksolle oli terveys- ja tiedepoliittikan radikalisoituminen ja politisoituminen, mikä merkitsi monenlaisten intressien ja intressiryhmien välisiä kamppailuja, kompromisseja ja sopimuksia.

2.2.1 Uusi terveystaloudellisuus

Terveystaloudellisesta tehdyt historiikit ovat valtaosin erilaisia merkkitahtumia, tilastoja ja henkilöitä kronologisesti esitteleviä kuvauksia (Vauhkonen ym. 1978; Pesonen 1980;

Bäckman 1992). Terveyspolitiikkaan liittyvää komitea-, tutkimus- ja selvityskirjallisuutta on tuotettu runsaasti, mutta terveyspolitiikan analyysyjä ei ole tehty juuri lainkaan. Sysäyksen sotienjälkeisen sosiaalipolitiikan, myös terveyspolitiikan kehittämiseksi antoi Pekka Kuusi (1961) teoksellaan *60-luvun sosiaalipolitiikka*. 1960- ja 70-lukujen taitteessa syntynyt uusi terveyspolitiikka (aik. lääkintäpolitiikka tai terveydenhuoltopolitiikka) kytkeytyi perusterveydenhuollon uudistukseen (kansanterveyslaki 1972) ja siihen sisältyvään ideologiseen ajatteluun: terveys ja sen tasainen jakautuminen väestössä oli asetettava ensisijaiseksi tavoitteeksi. Terveyspolitiikan tavoitteet olivat sosiaalilääketieteelliset. Avohoitoa ja ennaltaehkäisyä tuli tehostaa ja palvelujen saatavuutta oli kehitettävä oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon pohjalta.

Kari Puron (1973) *Terveyspolitiikka*-teoksessa on esitetty tiiviisti uuden terveyspolitiikan tavoitteet ja keinot perusteluineen. Keinoiksi terveyden saavuttamiseen nähtiin sairauksien ehkäiseminen ja sairauksien hoito. Hoito- ja ehkäisyapuolen tavoitteille rakennettiin tavoitekeino -malleja. Teknokraattinen menetelmä sopi hyvin käytännön toimenpiteiden suunnitteluun (Uusitalo 1971). Relevanssipuut sopivat paremmin sairaanhoitojärjestelmien kuin sairauksien ehkäisyn tai terveyden edistämisen mallintamiseen. Jälkimmäiset olisivat vaatineet monimutkaisten yhteiskunnallisten tekijöiden syy-seuraus-suhteiden tutkimusta ja politiikka-analyysiä. Seuraava suuri uudistus oli Suomen liittyminen Maailman terveysjärjestön (WHO) yleiskokouksessaan vuonna 1979 käynnistämään maailmanlaajuiseen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -strategiaan. Euroopan alueellisen strategian kulmakiviksi tuli kolme toimintalinjaa: terveellisten elämäntapojen edistäminen, ehkäistävissä olevien terveysvaarojen vähentäminen ja terveyspalvelujärjestelmän tarkoituksenmukainen kehittäminen. Hallituksen selonteko kyseiseen ohjelmaan liittyen annettiin eduskunnalle 26.3.1985. Eduskuntakäsittelyn yhteenvedossa todettiin muun muassa:

”Selonteon hahmottelema terveyspoliittinen linjanveto sai eduskuntakäsittelyssä varsin hyväksyvän vastaanoton. Siltä osin kuin erilaisia ja kriittisiä painotuksia perusasioissa ilmeni, ne olivat verraten vastakkaisia ja kumosivat toisensa. Mitä enemmän vasemmalle mentiin, sitä enemmän vaadittiin lisää yhteiskunnan toimenpiteitä, ja mitä enemmän oikealle mentiin, sitä enemmän vaadittiin lisää yksityisiä toimenpiteitä. Mikään taho ei kuitenkaan asettanut nykyisen järjestelmän peruslähtökohia kyseenalaisiksi. Tehtyjä linjavalintoja ja priorisointeja pidettiin oikeina.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 1985, 88.)

Seuraavana vuonna Suomi sitoutui ohjelmaan ja niihin kytkettyihin toimintalinjoihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986). Tapani Melkas totesi Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden pääkirjoituksessaan vuonna 1987, että Terveyttä kaikille vuoteen 2000

-ohjelman luomisen ja toteuttamisen ensimmäinen edellytys on poliittinen tahto. Kuten yllä olevasta lainauksesta ilmenee, ei sellaisen löytäminen ole yksinkertaista. Melkas totesi myös, että ohjelma rakentui sosiaalilääketieteelliselle näkemykselle yhteiskunnan ja terveyden välisistä suhteista ja että sosiaalilääketieteilijät olivat turhaan huolissaan tieteenalansa merkityksestä, koska maailmanlaajuinen terveysohjelma rakentui sosiaalilääketieteen oppien pohjalle (Melkas 1987). Massiivinen ohjelma vietiin viranomaistyönä läpi koko maan. Ohjelmaa tuettiin lukuisin tutkimuksin ja selvityksin, sitä arvioitiin (WHO 1991) ja sen implementaatiosta tehtiin väitöskirja (Sihto 1997). Ohjelman merkitys oli terveystieteiden painopisteen siirtämisessä terveyden edistämiseen, terveyden näkemisenä hyvinvoinnin resurssina, johon voidaan vaikuttaa yhteiskuntapoliittisin keinoin. Suomalaisessa perusterveydenhuollon uudistuksessa oli korostettu ja sovellettu samanlaisia ideoita ja strategioita. Ohjelman implementoiminen kuntatasolle lääkäreiden ja hoitajien päivittäiseen työhön sujui ongelmitta, mutta se ei herättänyt erityistä innostusta sen enempää viranomaisissa kuin kansalaisjärjestöjenkään piirissä (ks. Karisto 1998).

Kansanterveyslain pohjalta luotiin uusi perusterveydenhuollon järjestelmä, terveyskeskukset, sekä asetettiin terveystieteiden suunnittelua palveleva suunnitteluelvoite kunnille. Uusi terveystieteen velvoitti kunnat järjestämään terveyskasvatusta ja yhtenä keskeisenä tavoitteena oli pitkäaikaisten rappeuttavien sairauksien, kansantautien ehkäisy. Terveyden positiivisuuden lienee arveltu hyödyttävän käytännöllisten tavoitteiden saavuttamisessa, koska terveyttä korostettiin puheessa ja terveydenhuollon nimikkeistöä muutettiin terveysalkuiseksi. Kansanterveyslaissa terveyttä ei määritelty ja terveyskasvatusta ohjeistettiin perinteisen yksilökohtaisen mallin puitteissa (ks. Sandstedt 1980).

1980-luvulla suurten rakenteisiin kohdistuneiden muutosten aika alkoi olla ohi. Merkittävin oli VALTAVA-uudistus (1985), jolla luotiin yhteinen suunnittelujärjestelmä sosiaali- ja terveydenhuollolle. Minna Harjulan mukaan sitoutuminen WHO:n terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmaan nosti jälleen terveyden aktiivisen keskustelun kohteeksi 1980-luvulla. Terveystieteiden viittaava terminologia muuttui useaan otteeseen 1900-luvulla. Nyt korostettiin yksilöllisyyttä ja terveyden edistämistä. Terveyden edistäminen (health promotion) on jatkoa WHO:n Alma Atassa vuonna 1977 pidetyn kokouksen käynnistämälle Terveyttä kaikille -liikkeelle. Terveyden edistämisen ajatukset etenivät asiakirjassa, joka hyväksyttiin Ottawassa vuonna 1986. Vuonna 1988 Adelaiden kokoontui 220 osanottajaa 42 maasta muotoilemaan asiakirjaa, joka asetti haasteita uudelle kansanterveyspolitiikalle korostamalla oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoisuutta terveyden

välttämättöminä edellytyksinä (Vertio 1988). Adelaiden julistus käännettiin suomenkielelle, mutta sitä ei ole levitetty sellaisella innokkuudella kuin terveyttä kaikille vuoteen 2000 - ohjelman muita asiakirjoja. 1990-luvun jälkeen alkoi kustannusten hallinta -keskustelu (Harjula 2007; Heikkilä & Lehto 1992; Lehto & Blomster 1999).

Sosiaalilääketieteen vaiheet kytkeytyvät yleisen terveystieteiden muutoksiin. Niissä voidaan kuitenkin erottaa tiettyjä tihentymiä ja radikaalejakin piirteitä. Harjula (2007) kuten Suomen lääketieteen historian kirjoittaja Jaakko Ignatius (2000) mainitsevat kumpikin melko lyhyesti 1960- ja 1970-lukujen radikalismien, joka vaikutti myös terveystieteen ja kansanterveystutkimukseen. Harjula totesi:

”Tutkimuksen saralla kriittisen terveystieteiden kansainvälisen läpimurron myötä lääketieteen mahdollisuudet terveystieteen kohentamisessa asetettiin kyseenalaiseksi. Terveystieteen alettiin tarkastella luokka-analyysin osana, ja sekä kansalliset että globaalit terveystieteen miellettiin yhteiskunnallisen eriarvoisuuden tuloksiksi. Esikuvia ja malleja löydettiin länsimaiden ohella myös Neuvostoliitosta ja DDR:stä, joissa palveluiden maksuttomuuden, saavutettavuuden ja tehokkuuden sekä kansalaisten osallistumisen todettiin parhaiten toteutuneen.” (Harjula 2007, 103–104.)

Ignatius kirjoitti:

”METELI-tutkimus herätti epäluuloja, vaikka periaatteessa lähtökohdat olivat samoja kuin vajaat sata vuotta aikaisemmin. Kansanterveystieteen tutkimus sai helposti poliittisen leiman; tosiasiaa vilkkaasta marxismien harrastuksesta huolimatta ei ilmeisesti muutamia pro gradu -töitä lukuun ottamatta varsinaista marxilaista terveystieteen tutkimusta meillä kuitenkaan tehty. 2000-luvulle siirryttäessä nämä tutkimusaiheet ovat edelleen hyvin ajankohtaisia, mutta lähestymistapa on kiihkeämpi kuin 1960- ja 1970-luvuilla (...) Ja: Tiedeyhteisön rakennemuutosta heijastaa se, että myös lääketieteen opiskelijoiden kielenkäytössä yleistyivät sellaiset käsitteet kuin tutkimuksen arvosidonnaisuus, lääketieteellinen ihmiskäsitys, sairauden ja terveyden sosiaalinen luonne ja terveystieteen”. (Ignatius 2000, 582–583.)

Yksi uuden terveystieteen keskeisiä vaikuttajia oli Kari Puro. Puro oli sekä yhteiskuntatieteellisen että lääketieteellisen tutkinnon suorittanut moniala-vaikuttaja, joka toimi merkittävässä tehtävässä sekä sosiaali- että terveystieteen alueella, muun muassa Sosiaalisen Aikakauskirjan päätoimittajana ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kanslia-päällikkönä. Haastattelin häntä 3.9.1999. Kuvaan seuraavassa hänen näkemyksiään kysymykseen: oliko tuolloin olemassa jokin vasemmistolainen ryhmä, joka ohjasi niin terveystieteen-, tiede- kuin tutkimustieteenkin? Hänen mukaansa terveystieteen 1960- ja 70-lukujen vaihteessa oli oikeasti vasemmistolaista politiikkaa. Olen lyhentänyt tekstiä, mutta muutoin teksti vastaa Puron haastattelusta purettua.

”1960-luvun opiskelijoista moni kiinnostui terveyspolitiikasta. Suomalainen terveyspolitiikka oli melkein koko sodan jälkeisen ajan ollut sairaaloiden rakentamista. Meillä oli suuri epäsuhta avoterveydenhuollon ja sairaalalaitoksen välillä. Käytimme aktiivisesti tutkimusta hyväksi propagoidessamme kansanterveyslakia. 1960-luvun puolesta välistä sinne 70-luvun alkuun politiikan, tutkimuksen ja terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena oli kansanterveyslain aikaansaaminen. Meillä oli SDP:n poliittinen työryhmä, joka valmisteli vuosien 1966–1968 aikana SDP:n puoluekokoukselle terveyspoliittista ohjelmaa. Siinä olivat mukana Mikko Niemi ja Osmo Kaipainen. Tekemämme terveyspoliittinen ohjelma oli ensimmäinen puolueitten terveyspoliittinen ohjelma. Se oli myös tarkoitettu edistämään kansanterveyslainsäädäntöä. Tulin suurin piirtein niihin aikoihin sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäälliköksi kun kansanterveyslaki alkoi. Ja näitten poliittisten kontaktien kanssa olimme tosiasiaassa aika paljon.” (Puro 3.9.1999.)

Puro toi haastattelussa esiin, että tutkimuksen ja politiikan yhteys oli tuolloin selkeämpi ja mutkattomampi kuin nykyään. Saman asian toi esiin Kimmo Leppo, jota haastattelin myös 3.9.1999. Leppo julkaisi vuonna 2010 teoksen *Kansanterveys on tahdon asia*. Siinä hän kuvaa omia kokemuksiaan pitkäaikaisen sosiaalilääketieteilijä-tutkijan ja sosiaali- ja terveysministeriön korkean virkamiehen näkökulmasta. Hän osoittaa konkreettisin esimerkein, etteivät sosiaaliryhmien väliset terveyserot ja niiden kasvu ole jonkin luonnonvoimaisen ilmiön tai sattuman seurausta, vaan ne ovat tulosta terveys- ja muiden poliitikkojen tekemistä päätöksistä. Sekä Puro että Leppo kuuluivat sosiaalidemokraattisten lääkäreiden etujoukkoon, joka henkilökohtaisilla suhteillaan pystyi vaikuttamaan 1970-luvun alun terveyspolitiikkaan. Molemmat olivat Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniä, mutta eivät vaikuttaneet suoraan yhdistyksen kautta.

”Poliittisesti lähellä vasemmistoa oleva avoterveydenhuollon ja kansanterveystyön ja preventiivisen terveydenhuollon painotus oli se dynaaminen voima. Siinä tehtiin näitä linjavalintoja. Silloin poliittiset kytkennät olivat tarpeellisia, koska viime kädessä eduskunnassa tai hallituksessa päätettiin. Kansanterveys on parantunut kaikkien osalta, mutta hyväosaisten osalta enemmän. Yksi Sosiaalilääketieteen yhdistyksen kantavia teemoja oli tämän asian tutkiminen ja keinojen miettiminen, että tulisi oikea tasa-arvo. Tämä on edelleen relevanttia. Ongelma ei ole hävinnyt mihinkään. Terveyden sosiaaliset kytkennät eivät ole mihinkään kadonneet, vaan pikemminkin lisääntyneet. Sosiaalisten tekijöiden etiologinen merkitys on suhteellisesti enemmän kasvanutkin.” (Puro 3.9.1999.)

Puron kuvaus osoittaa, että näiden vaikuttaja-lääkäreiden yhteydet jatkuivat 1980-luvun VALTAVA-uudistukseen ja sitä seuranneeseen valtionosuusuudistukseen. Myös yhteys tiedeinstituutioihin toimi. Heidän tavoitteenaan oli sosiaali- ja terveystalouden yhteistyö myös tutkimuksessa.

”Silloin kun tehtiin tätä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusuudistusta, niin senkin takana oli aika paljon tutkimusta siitä, miten vanhusten avohuolto versus

laitoshoito ja miten tämä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon raja on liukuva, ja miten nämä päihdepotilaatkin ovat itse asiassa tällä rajalla. Kansanterveystutkimusta tuettiin aktiivisesti. Teimme yhteistyötä Kelan kanssa ja lääkintöhallitus sekä sosiaalihalitus olivat siinä mukana. Sillä oli merkitystä sillä tutkimuksella. Sitä tutkimusta pyrittiin hallinnon taholta aktiivisesti aikaansaamaan. Me olimme mukana ja meillä oli edustaja Suomen Akatemiassa. Koetimme pitää näitä teemoja esillä Akatemian lääketieteellisessä ja yhteiskuntatieteellisessä toimikunnassa. Tämä oli aika monimuotoista. Toisaalta hallinto koetti vaikuttaa siihen, että näitä tutkimuksia saadaan aikaan ja tutkimukset vaikuttivat siihen, mitä hallinto teki. Sillä oli merkitystä. Muutenkin sinä aikana tuli tällainen rationaalinen yhteiskuntapolitiikka, joka perustaa ratkaisunsa tosiasioihin. Tosiasiat selvitetään tutkimuksella. Oli tällainen ajattelutapa. Järkiperaisella suunnittelulla ja toteutuksella, joka perustuu tutkittuun tietoon, saadaan hyviä tuloksia. Näin se ajatus kulki.” (Puro 3.9.1999.)

Kansanterveyslaki saatiin pitkään jatkuneen, noin kymmenen vuoden valmistelun jälkeen läpi ja Suomen Lääkäriliittokin lopulta suostui tukemaan suunnitelmaa. Kansanterveyslakia valmisteltiin kansandemokraattisen ministerin, Anna-Liisa Tiekson johdolla ja viime vaiheessa oli sosiaali- ja terveysministerinä sosiaalidemokraatti Osmo Kaipainen. Kari Puro (em. haastattelu 3.9.1999) koki tuolloin haastattelussa, 28 vuotta kansanterveyslain säätämisen jälkeen, että oikean painotuksen löytäminen politiikassa ei enää ollut poliittinen kysymys, koska kaikki puolueet tekivät sitä mikä oli järkevää. Hänen mukaansa vuosituhatien vaihteeseen mennessä suuret rakenteelliset muutokset terveydenhuollossa oli tehty, uudet muutokset rakentuisivat pääasiallisesti olemassa olevan järjestelmän kehittämiseen. Malli oli ikään kuin hyväksytty ja kaikki olivat sitä mieltä, että kansanterveys on hyvä asia ja haetaan optimiratkaisuja, joilla sitä edistetään. Tämä oli Puron mukaan vähentänyt sekä poliittista painoarvoa että tarvetta saada korkealla poliittisella tasolla tällaisia terveyspoliittisia linjanvetoja. (Puro, haastattelu 3.9.1999.) Kymmenen vuotta edellä kuvatun haastattelun jälkeen oli Suomessa suunnitteilla yhtä aikaa useita suuria muutoksia sekä kuntarakenteeseen että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään.

Kari Puron puheessa nousee esiin usko rationaaliseen politiikkaan. Rationalistinen politiikkakäsitys sisältää ajatuksen, että yhteiskuntaa voidaan politiikan avulla kehittää paremmaksi ja oikeudenmukaisemmaksi. Terveyspolitiikan tavoite, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus terveydessä, perustuu yleisinhimillisiin, keskeisiin arvoihin ja siksi tavoitteen taakse ja siihen sitoutumiseenkin on helpompi saada mukaan eri toimijatahoja ja erilaisia intressiryhmiä. 1970-luvun uudessa terveyspolitiikassa onnistuttiin yhdistämään yhteiseen tavoitteeseen aktiivinen toiminta ja yhteistyö. 1980-luvulla ruvettiin suunnittelemaan rakenteellisen, normiohjaukseen perustuvan terveyspolitiikan rakenteiden purkamista ja vuoden 1993 valtiosuusuuudistuksessa ne tuhottiin. Sosiaalilääketieteilijät ennakoivat

tulevan uudistuksen haittavaikutuksia (esim. Pekurinen 1990), mutta yleisesti uskottiin ”kuntien vapauttamisen” lisäävän terveydenhuollon tehokkuutta. Terveyspolitiikkaa ja terveydenhuollon toimintaa on arvioitu ja kritisoitu monesta eri näkökulmasta. (esim. Rimpelä 1977; Häkkinen 1989; Tuomainen ym. 1999; Ashorn & Lehto 2008; Keskimäki ym. 2008; Leppo 2010; Ståhl & Rimpelä 2010). Yhteisesti sovitusta tavoitteesta huolimatta terveyserot eivät ole poistuneet, joillakin alueilla ne ovat pienentyneet, tuloryhmien välillä ne ovat kasvaneet. Vaikka tutkimusta tehdään runsaasti, on siinä nähdäkseen alueita, joita ei tutkita ollenkaan tai hyvin vähän, kuten esimerkiksi kansanedustajien ja muiden poliitikkojen terveystietämystä ja heidän tekemiään päätöksiä, puolueiden tekemiä vaalilupauksia ja niiden toteutumista, terveydenhuollon laitosten johtamista, vähemmistöryhmien terveydellisten oikeuksien toteutumista, kansalaisten terveystietämisen osuuksia heidän tuloistaan – vain joitakin mainitakseni.

Terveysohjelmallisissa dokumenteissa ryhdyttiin toistamaan sanontaa ”Terveyden huomioiminen kaikessa yhteiskuntapolitiikassa”. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissuunnitelman, *Terveyden edistämisen politiikkaohjelman* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) kantava ajatus on terveys kaikissa politiikoissa. Terveyden huomioiminen tai sen edistäminen kaikessa yhteiskuntapolitiikassa tai kaikissa politiikoissa on enemmänkin ohjelmallinen iskulause tai suositus kuin päättäjiä velvoittava ohje. Käytännössä päättäjien valintoja ei haasteta terveellisyysnäkökulmasta eikä niiden noudattamatta jättämistä sanktioida kuin erityistapauksissa, eli silloin kun jokin laki määrittää toiminnan rajat. Terveydenhuoltojärjestelmässä ja terveyspolitiikassakin on vaikea siirtyä sairaudenhoitopolulta terveyden edistämisen polulle, sillä organisaatiot, instituutiot, henkilöstö ja normisto on luotu ennen kaikkea ehkäisemään sairauksia ja hoitamaan sairaita terveydenhuollon keinoin.

2.2.2 Uusi tiedepolitiikka

2.2.2.1 Kansanterveys tutkimuksen painoalaksi

1900-luvulla alettiin tieteellinen tutkimus nähdä taloudellisen kasvun merkittävimpänä edistäjänä ja elintason kohottajana. Tämän näkemyksen läpimurto tapahtui varsinaisesti vasta toisen maailmansodan jälkeen. (Granö 1971, 7–8.) Sotien jälkeen tehtiin tiedepolitiikan rakenteen ja hallinnon uudistamiseksi useita lakialoitteita ja lakeja, komiteoita, uusia tiedepoliittisia elimiä sekä hallintoa tukevia resurssiratkaisuja. Suomen osalta valtiollisen tiedepolitiikan synty voidaan ajoittaa 1960-luvun alkuun. Poliitiikka oli valtion vaikuttamista

tieteeseen ja tieteen vaikuttamista valtiossa. 1970-luvulla tiedepolitiikka alkoi painottua yhä enemmän yhteiskuntapolitiikkaan. Käsitys tutkimuksen välinearvosta yleistyi, samoin kuin arvosidonnaisuus. Tutkimus haluttiin suunnata palvelemaan kansan valtaenemmistön tarpeita ja hyvinvointivaltion rakentamista (Immonen 1995, 13–16, 78–79). Vuoden 1970 alusta tuli voimaan laki tieteellisen tutkimuksen järjestelmästä, mikä kiinteytti toimikuntien hallintojärjestelmän, sai nimen Suomen Akatemia ja jonka hallinnollisena tiedepoliittisena keskuselimenä oli tieteen keskustoimikunta. Se laati ohjelman, jossa selvitettiin tutkimustyön organisaatiota, valtakunnallisen tiedepolitiikan perusteita ja tieteellisen tutkimuksen yhteiskunnallista merkitystä. Ohjelmassa todettiin, että tiedepolitiikka ei ole politiikkaa vain tiedettä varten, vaan tieteeseen perustuvaa yhteiskunnallis-taloudellista valintaa (Suomen Akatemia 1972, esipuhe, 11–12) Ohjelma siirsi tutkimustoiminnan ohjausvastuun tiedeyhteisöltä tiedepoliittiselle organisaatiolle. Tämä siirtäminen aiheutti kiihkeän poliittisen kamppailun, jota on verrattu jopa sisällissotaan, punaisten ja valkoisten taisteluun. Tätä toista akatemiataistelua on Kari Immonen (1995) kuvannut ja arvioinut teoksessaan *Suomen Akatemia suomalaisessa tiedepolitiikassa 1970-luvulla*.

Uuden Akatemian kuudesta toimikunnasta yksi oli lääketieteellinen. Sen sekä sen yhteydessä olleen kansanterveysjaoston piirissä suunniteltiin ja toteutettiin uutta kansanterveystutkimuksen ohjelmaa. Ihmisen hyvinvoinnissa on terveys keskeinen tekijä. Valtion lääketieteellisen toimikunnan (Suomen Akatemia 1971) julkaisemassa runko-ohjelmaluonnoksessa todettiin, että väestön sairastavuus ja ennenaikainen kuolleisuus olivat Suomessa suhteettoman suuret, minkä johdosta lääketieteellisen tutkimuksen tehostaminen oli sekä inhimilliseltä että kansantaloudelliselta kannalta välttämätöntä. Käyttäen hyväksi lähinnä sairastavuustilastoja toimikunta asetti kolme lääketieteellisen tutkimuksen aluetta prioriteettiasemaan: 1) sydän- ja verisuonisairauksien tutkimus, 2) tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairauksiin liittyvä tutkimus ja 3) psyyken ja hermoston sairauksien tutkimus. Valtion lääketieteellisen toimikunnan keskeiseksi tehtäväksi tuli vuosina 1974–76 kansanterveyden painoalatutkimuksen viisivuotissuunnitelman laatiminen. Tätä tehtävää varten koottu kansanterveyden tutkimusjaosto laati vuonna 1975 kansanterveyden tutkimuksen kehittämissuunnitelman vuosille 1977–81 (Suomen Akatemia 1975). Jaosto aloitti myös terveystutkimuksen tutkimuksen (TERTTU 1976), jonka osaprojektina oli yhteiskunnallisen terveystutkimuksen kartoittaminen (Mehtonen & Rimpelä 1977).

Valtion lääketieteellinen toimikunta käsitti kansanterveystutkimuksen lääketieteen tutkimuksen kautta. Se jakoi lääketieteellisen tutkimuksen sen ongelmakentän mukaan

1) kansanterveystutkimukseen, jonka kohteena on väestö, 2) kliiniseen tutkimukseen, jonka kohteena on ihminen sekä 3) biolääketieteelliseen tutkimukseen, joka tutki ihmisen ohella tavallisimmin koe-eläimiä. Kansanterveystutkimuksen käsitteen todettiin olevan yhtenevä sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen kanssa. (Suomen Akatemia 1980d, 7). Huippututkimus oli mainintana mukana jo vuoden 1972 tiedepoliittisessa ohjelmassa. Painopistealueita koskevassa luvussa todettiin, että mikäli jollain alalla oli olemassa ilmeiset edellytykset huipputasolle yltävän tutkimustyön harjoittamiseen, voidaan voimavarojen keskittämistä sanotulle lohkolle pitää aiheellisena (Suomen Akatemia 1972, 32–33).

Kansanterveystutkimuksen alan määrittäminen ja sen rahoituksen osuuden arvioiminen tutkimusrahoituksesta on vaikeaa sekä käsitteellisistä että institutionaalisista syistä. Rahoituslähteiden kuvaaminen auttaa hahmottamaan tutkimuskentän moninaisuutta ja samalla intressitahoja. Vain osa rahoituksesta on julkista ja näkyvää ja kyse on usein monitieteisistä hankkeista. Elina Hemminki (1998) on eritellyt sosiaalilääketieteen rahoittajat kolmeen luokkaan: 1) In house, eli instituutiot, jotka jakavat rahaa omaan toimintaansa liittyvään tutkimukseen, kuten palvelujärjestelmät (sairaalat, terveyskeskukset jne.), yliopistot, sosiaali- ja terveysministeriön tutkimuslaitokset, Kela ja muut tutkimuslaitokset, 2) rahaa muille jakavat instituutiot, eli Suomen Akatemia, sosiaali- ja terveysministeriö, muut ministeriöt, Kela ja säätiöt (Ray, Työsuojelu, Sitra, Syöpäsäätiö, Yrjö Jahnesson, Sigrid Juselius ym.) ja 3) kansainväliset rahoittajat (NIH, EU, WHO). Rahan jakajista Suomen Akatemia on sosiaalilääketieteen kannalta ollut tärkein (Hemminki 1998, 44). Sosiaalilääketieteen tutkimuksen rahoittajana sektoritutkimuslaitokset ovat merkittäviä, kuten Työterveyslaitos, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (ent. Stakes ja Kansanterveyslaitos) ja säätiöistä esimerkiksi Syöpäsäätiö. Luettelosta puuttuvat kansanterveys- ja kansantautijärjestöt ja yhdistykset. Kaikissa edellä luetelluissa instituutioissa toimi sosiaalilääketieteilijöitä sekä päättäjinä että tutkijoina.

Akatemian merkitys tutkimuksen tukemisessa on sen rahoitusosuutta tärkeämpi. Elina Hemminki ja Henri Toukomaa (1997) pyrkivät tutkimuksessaan keräämään tietoja kaikista Suomen Akatemialle osoitetuista kansanterveystieteen piiriin kuuluneista hakemuksista, joista oli tehty päätös vuosina 1971–95. Kansanterveystieteellisellä tutkimuksella he tarkoittivat väestöön ja palvelujärjestelmään kohdistuvaa terveyteen liittyvää tutkimusta. He myös totesivat kansanterveyskäsitteen olevan yhtenevä sosiaalilääketieteen tutkimuksen kanssa. Tutkijoiden mukaan kansanterveystiede oli kattokäsite, eikä sitä ole määritelty yleispätevästi. He joutuivat konstruoimaan omatekoisen luokittelun, joka perustui synteisiin eri tekijöistä.

Hakijan tieteenala määritettiin peruskoulutuksen mukaan, ja alat olivat lääketiede, hammaslääketiede, yhteiskuntatiede (sisältää talous- ja kauppatieteet), hoitotiede (sisältää kasvatustieteen) ja muut. (Emt., 520.)

Hemminkin ja Toukomaan tutkimuksen päätulos oli, että kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitus lisääntyi vuoteen 1982 ja sen jälkeen se pysyi suunnilleen samana, vaikka huomattavaa vuosittaista vaihtelua tapahtui. Suhteutettuna lääketieteellisen toimikunnan kokonaisbudjettiin rahoitus kasvoi suhteellisesti 1980-luvun alkuun ja pieneni sen jälkeen tasaisesti. Vertailuissa kaikkien tieteenalueiden hakemuksiin vuodesta 1989 eteenpäin, myöntöosuudet olivat kaikkien tieteenalojen kesken yhtä suuret. 1990-luvun puolella myöntöosuudet muuttuivat pienemmiksi kansanterveystieteessä. Etsiessään selityksiä tapahtuneelle tutkijat toivat esiin useita seikkoja, jotka liittyivät biolääketieteellisen tutkimuksen suosimiseen. (Emt., 520–524.) Tutkimuksen avulla voitiin osoittaa, miten rahoitusta saaneiden kansanterveystutkimusten osuus oli muuttunut suhteessa muihin lääketieteellisen toimikunnan rahoittamiin hankkeisiin. Sen sijaan tutkimuksen avulla ei voitu kuvata, millaisia hankkeita lääketieteelliselle toimikunnalle lähetettiin, toisin sanoen millaiset hankkeet tulivat hylätyiksi ja millä perusteella.

Hemminkin ja Toukomaan tutkimuksen mukaan koko aikana eniten kansanterveystieteen alan rahoitusta saivat epidemiologian alaan kuuluvat tutkimukset. Valtaosalla kansanterveystieteellisten hankkeiden hakijoista oli lääkärin peruskoulutus (62 % kaikki vuodet huomioiden). Yhteiskuntatieteilijöiden tekemien hakemusten (17 % kaikista hakemuksista) osuus pieneni vuoden 1980 jälkeen. Kuitenkin muut kuin lääkärikoulutuksen saaneet olivat hakeneet enemmän tutkimusassistentuureja kuin muita tutkimustoja. Kansanterveystieteen saama rahoitus vaihteli tutkijan laitoksen mukaan. Helsingin yliopiston osuus oli suurin koko ajalla ja suurin häviö oli Tampereen yliopisto. (Emt., 523.) Koko ajanjakson (1971–1995) aikana kymmenen eniten rahoitusta saanutta oli saanut 26 prosenttia kansanterveystieteen rahoituksesta. Naisia kymmenestä eniten rahoitusta saaneesta oli 1970-luvulla kaksi ja 1980-luvulla yksi (Hemminki 1998).

Painoalasuunnittelu keskittyi tautikohtaisiin tutkimusohjelmiin ja niiden tueksi laadittiin Akatemiassa ennätysellinen määrä suunnittelua ja tutkimusta palvelevia raportteja, yhteensä 15 raporttia (Heikkinen 1996). Kansanterveyden tutkimusjaoston suunnitelmassa (Suomen Akatemia 1975) terveystutkimus jaettiin terveystavoitteeseen perustutkimukseen, kliiniseen tutkimukseen ja kansanterveystutkimukseen. Kansanterveys oli tutkimusta, joka selvitti väestön tai väestöryhmien terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Sen tavoitteena oli

terveydentilan ylläpitäminen ja parantaminen väestötasolla. Kansanterveystutkimukseen kuului myös terveystieteiden tutkimus- ja kehitystyö. Kansanterveys- jaosto määritteli terveyden tutkimuksen omasta näkökulmastaan, samoista syistä kuin edellä lääketieteellinen toimikunta, jonka jäsenistä useimmat olivat lääketieteilijöitä. 1990-luvulta lähtien terveystieteiden eriytyminen on jatkunut voimallisesti (Sinkkonen & Kinnunen 1999). Kyseinen kolmiluokkainen jaottelu ei enää toiminut. Käyttöön tullut kokoava termi ”terveystieteet” on epäanalyttinen ja luokitteluun sopimaton, koska terveys-etuoliite voidaan liittää melkein minkä tahansa tieteenalan nimen eteen. Suomen Akatemian raportissa *Suomen tieteen tila ja taso 2009* (Suomen Akatemia 2009) tieteet luokitellaan kuuteen pääluokkaan, joista yksi on ”lääke- ja terveystieteet”. Saman raportin tieteenalakohtaisessa tilan tarkastelussa kohdassa kansanterveystieteen tutkimuksen laatu tarkastellaan ainoastaan epidemiologian ja terveydenhuoltotutkimuksen laatua (emt., 222).

Lääketieteellinen toimikunta (Suomen Akatemia 1980a) tarkoitti terveyden ja sairauden perustutkimuksella biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten perusteiden tutkimusta. Terveyden tutkimuksessa ei kuitenkaan otettu kantaa tieteenalaan, jolla tieteellinen työ tehdään eikä eritelty luonnontieteisiin tai käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin kuuluvia terveystutkimuksen pääsuuntia.

Tunnetuimmat suuret tutkimushankkeet, joiden rahoitukseen myös Suomen Akatemia osallistui, olivat Ammattiasema, työolot ja sairastavuus metalliteollisuuden henkilöstöryhmissä (METELI 1977) ja Pohjois-Karjala -projekti (Salonen 1984; Puska 1985). Niissä rikottiin monin tavoin perinteisiä yhden tieteenalan sisällä tehtyjen tutkimusten rajoja. METELI-tutkimus kohdistui metalliteollisuuden työntekijöihin, heidän terveyteensä ja työolosuhteisiinsa. Tavoitteena oli löytää terveyden determinantteja ja verrata erilaisissa työelämän asemassa olevien terveyttä ja elämäntapaa. METELI-tutkimuksen taustalla oli voimakas työsuojeluaktivistinen liike, joka oli lähellä kansandemokraatteja. Uutta olivat myös erilaiset demokraattiset käytännöt tutkimustyössä. Pohjois-Karjala -projektissa haluttiin ehkäistä sydänsairauksia ja keinoina käytettiin perinteisten lääketieteellisten preventiivisten keinojen lisäksi erilaista terveystieteellistä ja -kasvatusta ja yhteisöllisen osallistamisen keinoja.

METELI-tutkimusta kritisoitiin sen ”poliittisuuden” vuoksi, Pohjois-Karjala -projektia ruotivat kollegat, joiden mielestä projektin puutteellinen vertailuasetelma ei oikeuttanut päättelemään sydäntautikuolleisuuden vähenemisen olleen projektin ansiota. Luokkanäkökulmaan kytketty METELI-tutkimus haluttiin painaa unholaan, vaikka käytännössä se

jatkuu edelleen tätä kirjoitettaessa (ks. Kirjonen 2010). Sydäntautien ehkäisyyn suunnattu Pohjois-Karjala -projekti myös tavallaan jatkuu edelleen (Puska ym. 1995). METELI-tutkimus oli lähempänä Etelä-Amerikan poliittisen sosiaalilääketieteen radikaalia suuntaa (ks. Porter 2006). Pohjois-Karjala -projekti jatkoi angloamerikkalaiseen suuntaukseen liittyvää elämäntapa- ja terveysriski -traditiota. Valinnan yhteiskunnallinen merkitys on siinä, että ensin mainittu tutkimustapa tähtäsi yhteiskunnallisten rakenteiden muuttamiseen terveyttä edistäviksi ja jälkimmäinen tavoitteli parempaa terveyttä kansalaisten omien valintojen ja terveyskäyttäytymisen muuttamisen avulla.

Vuonna 1997 Suomen Akatemian terveyden toimikunnan asettama asiantuntijaryhmä sai tehtäväkseen antaa lausunnon terveydentutkimuksen tasosta, kehittämistarpeista, tavoitteista sekä tulevaisuuden näköaloista. Arvioinnin kohteena oli yliopistoissa, valtion tutkimuslaitoksissa sekä muissa julkista rahoitusta saavissa tutkimuslaitoksissa harjoitettava terveyden tutkimus (lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotieteen, liikuntatieteen ja ravitsemustieteen). Asiantuntijaryhmä päätti keskittyä ensisijaisesti lääketieteellisen tutkimuksen arviointiin. Kansanterveystutkimus ei ollut mukana tässä arviointi- ja kehittämisraportissa. (Suomen Akatemia 1997). Sosiaalilääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja Elina Hemminki arvioi erittäin kriittisesti kyseistä muistiota Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden (2/1997) pääkirjoituksessaan, sekä kyseisen toimikunnan kokoonpanoa, sen tarkoitusta, terveystutkimuksen rajausta että sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen täydellistä ulossulkemista (Hemminki 1997).

Koska kansanterveystieteellinen ja sosiaalilääketieteellinen tutkimus saivat rahoituksensa pääasiallisesti terveys- ja lääketieteellisen tutkimuksen osa-alueelta, näyttää monitieteisen kansanterveystieteellisen/sosiaalilääketieteellisen tutkimusrahoituksen väheneminen kärsineen eniten biolääketieteellisen tutkimuksen ”voittamisesta” tässä tieteenalan sisäisessä kamppailussa. Kansanterveystutkimuksen painoalärahoituksen vähenemisen takana olivat vaikuttamassa kuitenkin myös laajemmat painoalapolitiikan epäonnistumiseen vaikuttaneet syyt, joiksi Kari Immonen (1995) on maininnut seuraavia: Ensiksikin, uuden tiedepolitiikan rakentajat erehtyivät luulemaan, että muuttamalla vanha päätöksentekorakenne ja tuomalla suunnittelu tieteen sisään, olisi muutos nopea myös käytännön sisällä, ja toiseksi, painoaloiksi konkretisoituneet tutkimustehtävät olivat massiivisia ja lähestymistavaltaan vahvasti tiedetradition vastaisia. Niissä keskeistä oli monitieteisyys ja usein niihin oli ladattu vahva tieteenkriittinen potentiaali. Tekijöiksi otettiin varsin nuoria, tiedeyhteisöön juuri tulleita tai vasta tulemassa olevia henkilöitä. (Emt., 196.)

Luvuissa 2.3.3 ja 2.3.4 tarkastellaan lähemmin monitieteisyyteen liittyvää problematiikkaa ja seuraavassa luvussa kuvataan kansanterveyden painoalatutkimuksen ideologista taistelua.

2.2.2.2 Kansanterveyden tutkimus kritiikin kohteena

Korkeakoulu- ja tiedepoliittinen tutkimussäätiö teetti tutkimuksen 1970-luvun tiedepoliittisesta murroksesta (Häikiö & Hänninen-Salmelin 1979). Tutkimuksessa todettiin muun muassa, että 1960-luvun lopulla alkaneelle kehitykselle valtionhallinnossa oli ollut ominaista suunnittelun ja tutkimuksen voimakas kasvu kaikilla sektoreilla. Samaan aikaan poliittisten puolueiden vaikutusvalta oli kasvanut niin valtion virkakoneistossa kuin myös niissä neuvottelukunnissa ja komiteoissa, joissa aiemmin istuivat eri yhteisöjen ja järjestöjen edustajat. Merkittävin oli vaikutukseltaan ollut virkamieskunnan politisoituminen, mikä oli tehnyt ministeriön sisäisestä toiminnasta paljolti poliittista kaupankäyntiä. Silmiinpistävin piirre 1970-luvun tiedepoliittisessa keskustelussa oli ollut keskustelun laaja-alaisuus niin puheenvuorojen lukumäärän kuin aihevalinnankin suhteen. Keskusteluissa oli sivuttu monia suuria aihekokonaisuuksia kuten korkeakoulujen hallinnonuudistus, tutkinonuudistus, Suomen Akatemia ja tieteen politisoituminen. Suomalainen tiedepolitiikka oli enenevässä määrin koettu yhteiskunnallisesti tärkeäksi ja siksi jopa ”taistelun” arvoiseksi asiaksi. 1960-luvun tiedepolitiikkaa oli pidetty keskustelevana. Siihen verrattuna 1970-luvun keskusteluissa oli kysymys uudesta kiinnostuksesta ja ennen kaikkea uudesta aktiivisuudesta ja laaja-alaisuudesta. (Häikiö & Hänninen-Salmelin 1979, 10–11.)

1970-luvun tiedepolitiikassa Akatemian perustamista ja sen toimintaedellytysten parantamista tärkeämmäksi osoittautui kuitenkin suunnittelutyön valtava kasvu, ja näiden suunnitelmien saama puolueasetelmia lähenevä sisältö, joka 1970-luvun alkuvuosina läpäisi keskittyvän hallintokoneiston. Häikiö ja Hänninen-Salmelin esittivät 1970-luvun tiedepolitiikan ja suunnittelun luonteen ja merkityksen arvioinnista kaksi toisilleen vastakkaista tulkintaa, joista toista voidaan luonnehtia ”salajuoniteoriaksi” ja toista ”normaalikäytännöksi”. Salajuoniteoriaa edustaa Seppo Sisätön (1974) teos *Operaatio Nollatutkimus*, jonka mukaan kysymyksessä on ollut hyvin organisoitu, keskusjohtoinen, toimenpiteiltään koordinoitu pyrkimys kaapata julkisia virkoja ja varoja tieteen nimikkeen taakse pukeutuen, mutta ilman todellista tieteellistä pyrkimystä ja työtä. ”Normaalikäytännön” mukaan ei ole tapahtunut mitään mainittavasti poikkeavaa, jollei sellaisena voida pitää suunnittelun lisääntymistä ja sitä kautta luonnollisesti myös suunnitteluideologian läpimurtoa. Suunnittelun saama vasemmistolaisvoittoinen väri on

johtunut yksinkertaisesti siitä, että vasemmistopuolueet olivat paremmin valmistautuneita täyttämään uuden suunnittelutarpeen täyttämän tyhjiön. (Emt., 50–51.)

Sisätön (1974) hyökkäyksen maalina olivat korkeakouluneuvoston ja Akatemian uusvasemmistolaiset virkamiehet, jotka hän nimesi vaarallisuusjärjestyksessä: Helge Gyllenberg (tieteen keskustoimikunnan puheenjohtaja), Mikko Niemi (Opetusministeriön korkeakoulu- ja tiedeosaston päällikkö), Kettil Bruun (Akatemian yhteiskuntatieteellisen toimikunnan puheenjohtaja, tieteen keskustoimikunnan jäsen), Antti Eskola (yhteiskuntatieteellisen toimikunnan jäsen). Nämä henkilöt olivat Sisätön mielestä nollatutkimusorganisaation huippumiehiä. (Emt., 15–17.) Sisätön hampaissa olivat erityisesti Akatemian rahoittamat suuret painoalaprojektit ja opetusministeriön tutkimusrahojen myöntäminen liikuntatieteelliselle tutkimukselle. Kirjan tendenssinä oli osoittaa, miten nollatutkimuksella oli organisaatio, joka huolehtii varojen ohjautumisesta ”sopiville henkilöille”. Näitä sopivia ovat olleet erityisesti mm. vasemmiston aktiivit opiskelijapoliitikot. Ministerit Ulf Sundqvist ja Matti Louekoski olivat erityisesti suojelleet nollatutkimuksen uuden aallon kasvua. Taustalla oli siten uusvasemmisto. (Emt., 9.) Sisättö oli oikeassa siinä, että uusi tiedepolitiikka oli vahvasti vasemmistoon lukeutuvien henkilöiden käsissä, ja myös siinä, että he muodostivat toimivan ja tehokkaan organisaation. Sen sijaan Sisätön kompetenssilla ei olisi saanut leimata päteviä tutkijoita ja uutta etsiviä tutkimushankkeita nollatutkimuksiksi.

Sisätön poleeminen, oikeastaan demagoginen raportti sai aikanaan paljon huomiota tiedotusvälineissä. Sen avulla saatiin koko kansa puhumaan nollatutkimuksesta ja nauramaan nollatutkijoille. Nämä nollatutkijat olivat tiedemiehiä, joiden työ on ollut julkista, joka on joutunut moneen kertaan tieteen arvioinnin kohteeksi, läpäissyt satoja julkaisukynnyksiä ja tehnyt suomalaista tiedettä tunnetuksi myös maan rajojen ulkopuolella. Raportti on ollut myös osaltaan vaikuttamassa siihen, että perinteisen sosiaalilääketieteen humaani paradigma, heikompiosaisten terveysolojen parantamiseen pyrkivä tutkimus tuli leimatuksi vasemmistolaiseksi ja epätieteelliseksi. Sisättö ei tosin yksin saanut tätä aikaan, vaan liikkeellä oli suuri koneisto, kuten Kirjonen (2010) on kuvannut METELIN historiassaan. Painopisterahoituksella käynnistetyt suuret projektit myös yhteiskuntatieteen puolella, TANDEM (Tasa-arvon ja demokratian tutkimus) sekä DETA (Demokratia ja tasa-arvo suomalaisessa yhteiskunnassa) joutuivat vastaavaan sekä tieteellisen että epätieteellisen ryöpytyksen kohteiksi. (ks. Vesikansa 1976; Rautkallio & Häikiö 1977). Lääketieteellinen ja

yhteiskuntatieteellinen toimikunta tekivät useita seurantaraportteja omasta tutkimuspolitiikastaan ja suuria hankkeita arvioitiin arviointiseminaareissa.

Suomen Akatemia ja sen lääketieteellinen toimikunta työskentelivät ahkerasti kansanterveystutkimuksen edistämiseksi. Tuskin milloinkaan on Suomessa jokin tiedehallinnon elin tuottanut niin monia suunnitteludokumentteja ja tehnyt niin aktiivista tutkimuspolitiikkaa. Silloiset toimikuntien jäsenet olivat monien haasteiden edessä. Suomessa oli runsaasti puutetta perustiedoista sairauksista ja palvelujen käytöstä, mutta myös tutkimusentekotaidoista. Esimerkiksi monitieteisyyden ongelmat tiedostettiin, mutta käytännön ratkaisuilla ei kyetty monitieteisiä hankkeita tarpeeksi tukemaan. Tiedehallinnollisen yksikön tehtäväksi tuli määritellä tieteenaloja, jolloin lääketieteellinen toimikuntakin joutui selventämään peruskäsitteitä: mitä on terveystutkimus, kansanterveystutkimus, lääketieteellinen tutkimus, mitkä alat tarvitsevat erityistä tukea (painoalat), missä ajassa tavoitteisiin on mahdollista päästä ja millä resursseilla.

Terveystutkimus nähtiin pääasiassa lääketieteen tärkeänä tutkimusalueena tai tukea vaativana monitieteisyyden alueena, vaikka sitä tuettiin jonkin verran myös muiden toimikuntien ja tieteen keskustoimikunnan määrärahoista. Kansanterveyden painoalan suunnittelijat olivat näistä ongelmista tietoisia ja he yrittivät muuttaa vallitsevaa ajattelutapaa, mutta heillä puolestaan ei ollut siihen riittävästi valtaa ja resursseja. Terveystutkimuksen lääketieteellistyminen oli seurausta enemminkin tutkimusta rahoittavan tiedepoliittisen elimen rakenteesta ja siitä käsin ohjautuvasta rahanjaosta kuin toimikuntien ja jaostojen päättäjien tarkoituksellisesta linjanvalinnasta.

Vaikka kansanterveystutkimuksen osuus kaiken kaikkiaan lääketieteen tutkimuksen rahoituksesta oli pieni, käytiin sen alueella kova ideologinen taistelu. Taistelussa olivat vastakkain erilaisia tieteenkäsityksiä, poliittis-ideologisia maailmankatsomuksia ja Suomen eri korkeakoulujen edustajien näkemyksiä. Vastakkainasettelu tavallaan konkretisoitui lääketieteellisen toimikunnan pitkäaikaisen puheenjohtajan professori Eino Heikkisen ja Helsingin yliopiston patologian professori Erkki Saxénin välisissä näkemyseroissa (Immonen 1995). Heikkinen katsoi, että ihmisten elinolosuhteet, yhteiskunnan rakennetekijät säätelevät heidän terveystään yhä suuremmassa määrin eikä yksilökeskeinen, biolääketieteellinen tutkimus näyttänyt riittävässä määrin löytävän mahdollisuuksia väestön terveydentilan parantamiseen. Hän esitti, että kansanterveyden painoalueelle osoitettavat varat tulisi suunnata ensisijaisesti soveltavaan tutkimukseen suosien ongelmakeskeisiä, kokonaisvaltaisia tutkimushankkeita, jotka voivat suhteellisen lyhyellä tähtämellä vaikuttaa terveystutkimuspolitiikan

ratkaisuihin. Lauri Saxénin kanta lääketieteellisen tutkimuksen luonteeseen ja sen suhteeseen kansanterveyteen ja terveystalouteen oli täysin erilainen. Kysymys oli painoalaideologian ja perustutkimusideologian välisestä ristiriidasta. Saxénin kanta sai tukea erityisesti Helsingin yliopiston lääketieteelliseltä tiedekunnalta, Heikkisen näkökantaa tukivat enemmän muiden korkeakoulujen edustajat. (Emt., 155–169.)

1970-luvun tiedepolitiikkaa kuvasivat Immosen (1995) mukaan termit valtiollistuminen, puoluepolitisoituminen ja ammatillistuminen. Keskeinen tiedepolitiikan tavoite oli modernisaatio, johon kuului keskeisenä keskittäminen ja tiedepoliittisin perustein tapahtuva tutkimuksen suuntaaminen. Poliittika ja uudet yhteiskuntatieteen lähestymistavat tunkeutuivat korkeakoululaitokseen akatemian kautta. Tiedepolitiikan ohjausorganisaatiossa luovuttiin mandaattiperusteisesta jäsenrakenteesta ja tilalle tulivat puoluepoliittisesti identifioituneet toimikuntien jäsenet, jotka akateeminen yhteisö hyväksyi edustajikseen vain vaivoin, jos lainkaan.

1970-luvun painoaluepolitiikka kriisiytyi akatemiataisteluun liittyvien ongelmien ja taloudellisen laman vuoksi. Kriisiytyminen ei kuitenkaan merkinnyt tutkimuspoliittisen linjan takana olevista periaatteista luopumista. 1980-lukua lähestyttäessä tutkimusvarat alkoivat uudelleen kasvaa. Tiedepolitiikka kytkeytyi entistä laajemmin osaksi teknologia- ja innovaatiopolitiikkaa, keskeiseksi toimintaperiaatteeksi muodostui yhä selvemmin rahoituksen suuntaaminen. Se taas vahvistui edelleen 1990-luvulla, kun alettiin etsiä huippuyksiköitä. (Immonen 1995, 313.)

2.2.3 Sosiologian tulo terveystutkimukseen

Terveys sosiologian kuten sosiaalilääketieteenkin juuret ulottuvat 1800-luvulle ja merkittävimmät klassikot Karl Marx (1818–1883) ja Emile Durkheim (1858–1917) ovat yhteisiä. Marx on yhteiskuntatutkimuksen merkittävimpiä, ellei merkittävin teoreetikko. Juhani Lehdon (2010) mukaan Marx hyödynsi *Pääomassa* (1867) samaa 1800-luvun alkupuolen sosiaalilääketieteen ja kansanterveysaktivistien sekä ammattien ja kaivostarkastajien empiiristä aineistoa työläisten terveydestä kuin Friedrich Engels teoksessaan *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* (1845). Teollisuustyöväestön surkean aseman ja terveyden kuvaaminen, vieraantumisen ja uusintamisen teorit muutamina esimerkkeinä, koko kapitalistisen tuotantotavan kuvaaminen ja sen kritiikki antaa kehikon, jonka kautta voi ymmärtää sosiaaliryhmittäisiä terveyseroja, mutta myös terveydenhuollon toimintaa kapitalismissa (ks. Lehto 2010; Doyal 1979; Aukee 2010).

Marx ja Durkheim tekivät kvantitatiivista tutkimusta uutta luovalla tavalla (Alastalo 2005, 36-39). Durkheimin *Itsemurha* (1897) sai jo varhain ansaitsemansa arvostuksen, mutta se ei johtanut terveystieteiden kehitykseen, vaikka aihe on nykyisin terveystieteiden näkökulmasta mitä keskeisin. Rosenin mukaan sosiologian juuret ulottuvat samalle ajanjaksolle, 1800-luvun alkuvuosikymmenille kuin sosiaalilääketieteen synty. Terveystieteiden yhteys sosiaalisiin, taloudellisiin ja poliittisiin oloihin tuli tuolloin systemaattisen tutkimuksen ja poliittisen toiminnan alueeksi (Rosen 1972, 30–31). Terveystieteiden katsotaan usein alkaneen Talcott Parsonsin (1951) teoksesta *The Social System*, missä Parsons käsitteli muun muassa olennaisena pitämäänsä sosiaalista järjestelmää, lääkärin ja sairaan välistä suhdetta. (Mannila 2000, 12.) Terveystieteiden huomio kääntyi sairauksista terveyteen. Terveystieteenä on muotoutunut 1950-luvun yleisen sosiologian funktionalistisen teoriasuuntauksen piirissä ja laajentunut sosiologian sisällä huomattavan suureksi suuntaukseksi. Yhtenä syynä kasvuun Kangas ym. näkivät alan läheisen suhteen lääketieteeseen ja sitä kautta olennaisiin kansanterveydellisiin kysymyksiin. 1950- ja 1960-luvuilla sosiologinen terveystutkimus palveli lääketieteen ja terveydenhuollon sovelluksista nousevia kysymyksiä (sociology in medicine). Nykyinen valtavirtaus, sociology of health, illness and medicine on Suomessa vakiinnuttanut nimekseen terveystieteenä. Suomalainen terveystieteenä alkoi rikastua ja monipuolistua 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin lähinnä Yhdysvalloista ja Euroopasta saatiin uusia vaikutteita. Väestötieteelliset ja epidemiologiset tutkimukset saivat rinnalleen laadullisia ja historiallisia analyysejä, joiden myötä terveyttä ja sairautta tarkasteltiin myös yksilön näkökulmasta. (Kangas ym. 2000, 8–9.)

Elina Haavio-Mannila teki 1960-luvulla kaksi tutkimusta Suomen Lääkäriliiton tilauksesta. Ensimmäisessä (Haavio-Mannila 1962) tutkittiin kotisairaanhoidon ja toisessa (Haavio-Mannila 1964) lääkäreiden työtä. Yhteiskuntatieteellistä terveystutkimusta tehtiin melko runsaasti 1960–1970-luvuilla, joukossa useampia väitöskirjoja (ks. Siipi 1970). Sairausvakuutuslain arvioinnin ympärille koottu Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen tutkijaryhmä oli monitieteinen (Purola ym. 1967), tosin kukaan päättäjistä ei ollut sosiologi. Eri henkilöt ovat eri yhteyksissä pitäneet tämän Kelan uuden tutkimuslinjauksen syntymistä suomalaisen sosiaalilääketieteellisen ja terveystieteellisen tutkimuksen uuden aikakauden alkupisteenä (Rauhala 1980; Karisto ym. 1990).

Kelan sairausvakuutus tutkimuksen vaikutus ulottui pitkälle myös yliopistoissa tehtävään yhteiskuntatieteelliseen ja lääketieteelliseen terveystutkimukseen. Suuret kansanterveysprojektit työllistivät lääketieteilijöiden lisäksi myös muiden tieteiden edustajia. He hankkivat

tutkimuksen teon kokemusta lääketieteen sisällä, mikä ei aina ollut eduksi uran luomiselle omilla perustieteidenalan laitoksilla (Pflanz 1975; Nieminen 1983; Palosuo & Rahkonen 1987). Suomen Akatemialta tutkimusassistentuurin tai tutkimusapurahan saaneet yhteiskuntatieteilijät saattoivat saada jatkoaikaa kauden päätyttyä esimerkiksi kansanterveystieteen laitoksilla, mutta ei pidempiaikaisia toimia. Työskentely vieraassa ympäristössä myös vieraannutti ei-lääketieteilijöitä omasta perustieteestään. Tässä traditiossa yhteiskuntatieteellinen osaaminen palvelee lääketieteellisistä lähtökohdista asetettuja tutkimusongelmia ja -hankkeita. Terveiden sosiologian toinen ”koulukunta”, sociology of medicine ei ole Suomessa juurikaan saanut jalansijaa (Riskä & Lahelma 1984).

1960–80 -luvuilla, hyvinvointivaltiota rakennettaessa, vanhan sosiaalilääketieteen tilalle tuli ylipistoon kansanterveystiede ja terveyden sosiologia vahvistui. Raija Julkusen (1993, 256) mukaan hyvinvointivaltion käsite on hankala määrittää, vaikka siihen liittyy runsaasti empiiristä ja teoreettista tutkimusta eri maissa. Britanniassa on paljon tutkittu hyvinvointivaltion terveystaloutta ja terveystaloutjärjestelmää (Doyal 1979; Klein 1983; Allsop 1984; Carrier 1986; McCarthy 1989; Gabe ym. 1991; Hills 1989; Wistow 1992). Brittitutkija Michael Moran (1992) käyttää termiä ”health care state”, terveydenhuoltovaltio, ja perustelee käyttöä sillä, että terveydenhuolto on kaikkialla Euroopassa suurin hyvinvointivaltion sektori, sekä rahalla että työntekijämäärällä mitattuna. Mikään valtio ei silti ole ”terveydenhuoltovaltio”, mutta kaikkien on otettava kantaa terveydenhuollon palvelusten saatavuuden määrittelyyn, rahoituksen järjestämiseen ja palvelujen jakelun kontrolloimiseen. Britanniassa politiikan tutkijat olivat olleet perinteisesti hyvin vähän kiinnostuneita sosiaalipolitiikasta. 1980-luvulla tapahtui muutos, johon Paul Wildingin (1992) mukaan vaikuttivat ongelmat, joita syntyi valtiollisten hyvinvointipalvelujen jakamisessa. Tutkimuksen kohteeksi tuli kyseenalaistaa tapaa, jolla valtio jakoi sosiaalietuja. Tutkimus terävöitti kilpailun ideologioiden ja filosofioiden analyysiä ja lisäsi vertailevan tutkimuksen määrää.

Julkusen (1993, 257) mukaan hyvinvointivaltio sisältää näkemyksen ohjaus- ja politiikkakeskuksesta (valtio), joka tarkoittaa hyvää ja että käsitys tästä hyvästä on jaettu. Hyvinvointivaltio on tarvinnut sosiologista ajattelua, missä sosiaalisista ongelmista, köyhyydestä ja poikkeavuudesta ei syyllistetä yksilöä itseään, vaan etsitään rakenteellisia selityksiä yhteiskunnan olosuhteista ja jäsenetään sosiaalipoliittisten interventtioiden kohteita yksilön moraalien ulkopuolelta. (Emt., 258–259.)

Erik Allardtin ja Yrjö Littusen *Sosiologia*-teos ilmestyi vuonna 1961. Silloin ja useita vuosia sen jälkeenkin suomalaisessa sosiologiassa sairauden ja terveyden ongelmat sisällytettiin otsakkeen ”Poikkeava käyttäytyminen” alle (Allardt & Littunen 1961, 353–361). Taustalla oli Talcott Parsonsin (1951) teoria sairaudesta poikkeavan käyttäytymisen muotona ja sairaan roolista. Erik Allardtin (1973 ja 1976) vertailevassa hyvinvointitutkimuksessa kehittämä teoria ”having – loving – being” sekä empiiriset tutkimustulokset sairastavuudesta Pohjoismassa (Karisto 1984) loivat pohjaa hyvinvointivaltion terveystutkimukselle. Vertailututkimus osoitti suomalaiset Pohjoismaiden sairaimmaksi kansaksi; erityisen huomattava oli suomalaisten miesten sydäntautisairastavuus.

Hyvinvointitutkimus onnistui Julkusen (1993, 261) mukaan osoittamaan, että millään yhdellä politiikalla ei voida tavoittaa koko hyvinvointia. Vuosikymmenen kuluttua hyvinvointitutkimusta voitiin pitää vanhentuneena ja todeta, ettei ollut onnistuttu luomaan yhdenmukaista arvojen järjestelmää. Nouseva uussubjektivismi, kuten Allardt sitä kutsui (Allardt 1982; sit. Julkunen 1993, 261) teki vaikeammaksi listata ja systematisoida sosiaalisia päämääriä ja hyvinvointipreferenssejä. Tasa-arvo oli asetettu suomalaisen terveystalouden viralliseksi tavoitteeksi kansanterveyslaissa vuonna 1972. Sitä kohti pyrkivä tiedepolitiikka ja tutkimus keskittyivät reformien toimeenpanon ja tulosten arviointiin – varsinainen tavoitekeinoanalyysi ja sitä tukeva tutkimus ei päässyt alkuun (vrt. Karisto & Rahkonen 2000).

Julkunen jatkaa: ”Kun suomalaisessa sosiologiassa avoimen normatiiviset hyvinvointikysymykset väistyivät, nousivat tilalle vähemmän (tai piilevämmiin) normatiiviset kysymykset elämäntavoista ja elämäntyyleistä, mausta ja erottelusta, asioiden kantamista merkityksistä.” (Julkunen 1993, 261–262.) Suomen Akatemia käynnisti elämäntavan terveystutkimusta seminaarein ja raportein (Suomen Akatemia 1980b ja Suomen Akatemia 1980c). Yhteiskuntatieteellinen elämäntapatutkimusmalli, joka silloin pitkälti muokkautui J. P. Roosin ja hänen tutkimusryhmänsä mukaan (Roos 1980), ei ollut siirrettävissä lääketieteelliseen tutkimusympäristöön; elämäntapa redusoitui siellä elintapojen, eli tunnettujen terveystieteen kartoittamiseksi. Tällainen katsantotapa asettui hyvin perinteisen epidemiologian tutkimustradition kehukseen ja/tai sen rinnalle. Terveystutkimus oli jo aikaisemmin tuottanut vahvaa näyttöä elintapojen kuten tupakoinnin, liikunnan, alkoholin ja ravitsemuksen terveysvaikutuksista (Luoto ym. 2003). Lääketieteen ympäristössä vaikuttaa perinteinen yhden vaikuttavan syy-yhteyden kausaalimalli. Kun yhtä terveystottumusta tutkitaan ja mallinnetaan sen pohjalta, ei esimerkiksi tupakoinnin ”syytä” nähdä laajemmin kulttuuriin ja elämäntapaan monin tavoin kytkeytyvänä tottumuksena.

Perinteinen sosiaalilääketieteen ajatusmuoto on näyttäytynyt selvimmin sosiologisessa terveyden eriarvoisuustutkimuksessa, joka on jatkoa Helsingin yliopiston sosiologian ja sosiaalipolitiikan laitoksilla aiemmin tehdyille väestötieteellisille tutkimuksille (mm. Kannisto 2000). Tämän haaran näkyvimpiä hahmoja ovat olleet sosiologit Tapani Valkonen ja Eero Lahelma tutkimusryhmineen. Valkosen kehittämä metodologia sosioekonomisten terveyserojen sairastavuus- ja kuolleisuuseroille on ollut esimerkkinä alan tutkijoille yli oppiainerajojen. Lahelma puolestaan on toiminut terveystieteiden professorin virassa Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksella ja vaikuttanut sitä kautta myös lääke- ja terveystieteiden opetukseen ja tutkimukseen. Tätä perinnettä on ollut tukemassa myös Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. järjestämällä terveyden eriarvoisuuden teemaseminaareja ja Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden teemanumeroita (1/1990, 4/1995). Terveyserojen supistamista korostettiin vuonna 1998 käynnistetyssä hankkeessa, joka tuotti bibliografian aihepiirin julkaisuista vuosien 1977–1999 välisenä aikana (Forssas ym. 1999). Kirjallisuushaut tuottivat yhteensä noin 1300 julkaisua.

Brittitutkija Sally Macintyre vieraili Suomessa vuonna 1994 ja avasi suomalaisille sosiaalilääketieteilijöille brittiläisen tutkimuksen pohjalta uusia näkemyksiä ja aiheita terveyden ja sosiaalisten yhteyksien tutkimukselle, kuten psykososiaalisten prosessien ja olosuhteiden, asuin- ja työympäristön sekä biologisten ja sosiaalipoliittisten prosessien liityntöjen tutkimusta (Macintyre 1994). Suomalainen tutkimustraditio ja tutkimusinstituutiot eivät ole kyenneet kovin paljon muuttamaan hänen viitoittamaansa suuntaan. Laadullisen terveystutkimuksen alueella on tunnettu kiinnostusta eriarvoisuustutkimukseen, joka perinteisesti on ollut kvantitatiivisen terveystutkimuksen vahvuusalue (Wrede 2009).

Sosiaalisen ja biologisen välittymisen ongelma on olennainen ja samalla tutkimuksellisesti vaikeasti haltuun otettava ongelma. 1970-luvun lopulla alkanut keskustelu (Heikkinen & Hasan 1978) sosiaalisen ja biologisen välittymisestä on jatkunut sosiologian puolella evoluutiokeskusteluna (Rotkirch 2005). Sosiologian puolelta on haettu ulkopuolista näkökulmaa myös suurta huolta aiheuttavaan terveyserojen kasvuun ja ilmiön selityksiin. J. P. Roos on kirja-arviossaan pohtinut suomalaisten suurten terveyserojen syitä ja niistä tehtyjä tutkimuksia. Suomalaiset yhteiskuntatieteilijät eivät hänen mukaansa ole ottaneet tämän monimuotoisen ilmiön selittämiseen mukaan aikaefektiä, perimän vaikutuksia eikä monitieteisiä selitysmalleja. Normaalisosiologinen terveystutkimus ei viittaa evoluutio-teoreettisiin näkemyksiin eikä esimerkiksi sukupuolierojen taustoihin (Roos 2008).

Suomessa syntyi 1980-luvulla laadullisen terveystutkimuksen verkosto (LATE), joka sai puolivirallisen aseman sikäli, että muun muassa Suomen Akatemia tuki taloudellisesti sen toimintaa. Verkostoon lukeutui noin 200 tutkijaa, joita yhdisti laadullisin menetelmin tehtävä tutkimus. LATEa voi pitää eräänlaisena vastakulttuurina tai protestina suomalaisen yhteiskuntatieteellisen ja kansanterveystieteellisen tutkimustradition kvantitatiiviselle perinteelle, mutta myös miesvallalle. Naiset halusivat nostaa kokemuksellisuuden merkityksen ja uusia monipuolisempia tutkimusmenetelmiä esiin (Lämsä & Seppälä 2006; Honkasalo & Leppo 2008). Laadullinen terveystutkimus on Suomessa tullut myös täyttämään sitä aukkoa, mitä esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa (ks. Stacey & Homans 1978) tehtiin 1970-luvulla mikrososiologisena potilas-lääkärisuhteen tutkimuksena. Kun tämä perinne syntyi Suomessa 1980-luvulla, korostui siinä kokemuksellisuus, asiakkaan ja potilaan asema ja näkökulma vastapainona kauan harjoitetulle ”valtiolliselle sosiologialle”.

Julkusen (1993) mukaan hyvinvointivaltiota modernisoinut rekonstruktio – tai perusturvapuheet argumentoidaan joko erolla tai moraalilla. ”Eron politiikka” tematisoituu valinnaksi, vapaudeksi ja yksilöllisyydeksi. Hyvinvointivaltiosta käytyjen kiistojen ikuisuuskyseminen on ”moraaliuhka” (moral hazard) eli pelko siitä, että hyvinvointivaltio tuottaa yllykkeitä moraalille vastuuttomuudelle, kyvyttömyyttä huolehtia itsestään ja lähimmäisistään. Moraalin, velvollisuuden ja välittämisen teoria on äärimmäisen relevantti hyvinvointivaltiolle tai koko planeetalle. Hyvinvointikehikko, maailman jäsentäminen resursseina, tarpeina ja oikeuksina, on sulassa sovussa hyvinvointivaltion kanssa. (Julkunen 1993, 264–268.) Sama koskee sosiaalilääketiedettä. Sosiaalilääketieteen eettisenä koodistona toimivat erilaiset ylikansalliset julistukset kuten YK:n ihmisoikeuksien julistus ja WHO:n terveystieteelliset ohjelmat. Keskeistä niissä ovat oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon tavoitteet. Käytännössä kuitenkin terveyden sosiaalisuutta korostava tiede (ja käytäntö) joutuu helposti ristiriitaan yksilöllisyyttä korostavien arvojen kanssa. Julkunen (1993) mukaan hyvinvointivaltion ajatusmuoto ja puhetapa vastustaa diskursiivisesti sekä postmodernia hajoamista että rationaalisen toimijan teoriaa. Se puolustaa universalismia eroa vastaan ja kollektivismia individualismia vastaan, ja synnyttää sitä enemmän epämukavuutta, mitä vahvemmin ero (yksilöllisyys) ja rationaalinen toimijuus sosiologista maailmankuvaa hallitsevat. (Emt., 267–268.)

Suomalainen yliopistollinen hyvinvointivaltiotutkimus on keskittynyt sosiaalipolitiikan, sosiaalityön ja sosiaaliturvan tutkimukseen; terveystieteellisyys ja terveydenhuolto eivät aiheina ole lukeutuneet opetuksen ja tutkimuksen ydinalueeseen. Sosiaalipolitiikot Heikki Waris

(1934), Pekka Kuusi (1961), Tapani Purola (1972), Antti Karisto (1984), Olli Kangas (1991) ja Marita Sihto (1997) tunnetuimpien joukossa, ovat tehneet merkittäviä sosiaalipolitiikan ja terveystieteiden tutkimuksia, mutta terveystieteiden tutkimus on akateemisissa ympäristöissä koettu sosiaalipolitiikan erikoislohkoksi, eräänlaiseksi marginaalialueeksi Heikki Wariksen (Waris 1980, 330) alan oppikirjoista lähtien. Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä (2000) toteavat sosiaalipolitiikan oppikirjassaan useissa kohdissa, että terveydenhuolto on tärkeä hyvinvointivaltion osa, jossa universaalisuuden periaate toteutuu, mutta heidänkin teoksessaan terveydenhuolto jää marginaaliseksi sosiaalipolitiikan alueeksi. Terveydenhuollon tutkimuksen mandaatti on pitkälti luovutettu lääke- ja terveystieteilijöille. He taas eivät mielellään tutki kriittisesti oman toimintansa rahoittajaa. Terveydenhuolto myös vaatii omia porttejaan lääkärikunnan toimesta sangen aktiivisesti.

Kansanterveystieteen alkuaikoina tutkimuksen kohteena oli ennen kaikkea väestön sairastavuus ja palvelusten käyttö. Vähitellen kiinnostus laajeni terveydenhuollon palvelujärjestelmään, sen organisaatioihin, työntekijöihin ja talouteen. Hoitotiede, terveystieteiden tutkimus ja terveystaloustiede alkoivat kehittyä vuodesta 1979 lähtien yliopistollisiksi oppiaineiksi (Sinkkonen & Kinnunen 1999). Suomen Akatemian toimesta laadittiin terveydenhuoltotutkimuksen muistio ja pidettiin terveydenhuoltotutkimuksen kehittämisseminaari vuonna 1980 (Suomen Akatemia 1980e ja 1980f). Sosiaalilääketieteen yhdistykseen perustettiin terveydenhuoltotutkimuksen jaos vuonna 1992 ja se järjesti samana vuonna ensimmäiset terveydenhuoltotutkimuksen päivät.

2.2.4 Sosiaalilääketieteelle yhdistys

2.2.4.1 Tieteenalayhdistysten varhaisvaiheista

Suomalaisen 1800-luvun tutkimuksen suuri linja oli tieteellistyminen. Tiede kietoutui kansallisuus- ja kielitaisteluun. Sosiaalilääketieteen kannalta merkittävintä oli yhdistystoiminnan ja tieteen kehitys yhteiskuntatieteiden ja lääketieteiden alueilla. Yliopistojen ohella tiedepoliittisia toimijoita olivat tieteelliset seurakunnat, joita oli perustettu 40 vuoteen 1899 mennessä (Tommila & Korppi-Tommola 2003, 39–44). Vuonna 1884 perustetulla Kansantaloudellisella yhdistyksellä oli suuri tieteellinen ja yhteiskunnallinen merkitys aina ensimmäiseen maailmansotaan saakka. Kansantaloudellinen yhdistys oli tuon ajan, jota on kutsuttu (Alapuro & Alestalo 1973, 77) myös sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen kaudeksi, keskeinen yhteiskuntatieteen foorumi. Yhteiskuntatieteellisellä tutkimuksella oli

puoluekytkentöjä myöten yhteys poliittiseen päätöksentekoon ja keskusteluun (Koskenkylä ym. 1984, 12).

Ajanjakso 1860-luvulta ensimmäiseen maailmansotaan oli sosiaalilastollisen metodin läpimurtokautta. Yhteiskunnan muutos agraarista kohti teollista ja urbaania yhteiskuntaa synnytti kokonaan uuden yhteiskuntatieteiden alueen ja kaikki tieteenalat joutuivat aivan uudella tavalla vastaamaan ulkopuolisiin haasteisiin. Tieteellisyyden uudeksi kriteeriksi nousi 1870-luvulta lähtien suhtautuminen uusiin positivistisiin, liberalistisiin ja kehityso pillisiin katsomuksiin. Tämä näkyi filosofisen tiedekunnan jaossa vuonna 1852 historiallis-kielitieteelliseen ja fyysis-matemaattiseen osastoon. Vaikka jako lähti enemmän poliittisista tavoitteista, siinä tunnustettiin ensi kertaa ”kahden kulttuurin” olemassaolo. Korkeammista tiedekunnista lääketieteellinen läheni luonnontieteitä, joskin vielä Snellman piti lääkärin ammattia enemmän käsityönä. (Tommola & Korppi-Tommola 2003, 56–59.)

Suomen lääkärinkunnan ammatillisen yhdistystoiminnan juuret ulottuvat Ruotsin vallan aikaan, jolloin Collegium medicumin toimesta säädettiin 1600-luvulta lähtien asetuksia ja määräyksiä, jotka koskivat myös suomalaisia lääkäreitä aina 1900-luvun alkuun asti. Vuonna 1835 perustettiin Finska Läkaresällskapet, jonka alkuperäisenä tarkoituksena oli edistää lääkäreiden mahdollisuuksia seurata lääketieteellistä kirjallisuutta. Finska Läkaresällskapet oli 1800-luvun loppuun saakka maan lääkärinkunnan yhteinen valtakunnallinen järjestö, joka tieteellisistä perustavoitteistaan huolimatta toimi myös ammattijärjestönä. Vuonna 1881 opiskelijayhdistykseksi perustetusta Duodecim-seurasta tuli vuonna 1889 lääkäriyhdistys. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (Ignatius 2012) perustettiin edistämään suomenkielen käyttöä lääketieteessä ja terveydenhuollossa ja sen jäsenistö kuului kokonaisuudessaan Läkaresällskapetiin. Kielierimielisyydet johtivat riitoihin, joiden seurauksena osa jäsenistöstä erosi Läkaresällskapetista. Lääkärikunta oli hajoamassa kahtia kielierimielisyyksien vuoksi. Duodecimin Aikakauskirja oli alkanut julkaista lääkäreiden yhteiskunnalliseen ja taloudelliseen asemaan kuuluvia kirjoituksia ja muuta ammattijärjestölliseen julkaisuun sopivaa sisältöä. Ennen Suomen Lääkäriliiton perustamista (1910) oli maassa jo pitkät ajat ollut lääkäreiden valtakunnallista ammattijärjestöllistä yhteistoimintaa. Suomen Lääkäriliiton perustamisen jälkeen jatkettiin yhteistyötä eri seurojen ja yhdistysten kanssa monin tavoin. (Kosonen 1985, 20–37.)

Tartuntatautiin arvoituksen selviäminen käynnisti lääketieteessä ennennäkemättömän nopean kehityksen aikakauden; vuosia 1880–1910 kutsutaankin lääketieteen kulta-ajaksi. Tiedot Louis Pasteurin (1822–95) ja Robert Kochin (1843–1910) urauurtavista havainnoista

välittyivät Suomeen nopeasti. Monet lääketieteen erikoisalajat kehittyivät voimakkaasti, muun muassa hygienia. Sekä kansanvalistustyössä että tieteessä merkittävä tekijä oli Lääkäriseura Duodecimin vuodesta 1889 ilmestynyt *Terveystieteiden lehti*, jonka pitkäaikaisena toimittajana vaikutti Konrad Reijon Waara, entinen Relander (1853–1936). Sosiaalilääketieteellinen, kansainvälisestikin merkittävä julkaisutoiminta kulkutauteihin liittyvistä sosiaaliryhmittäisistä kuolleisuuseroista oli keskeinen osa lääketieteen menestystä. (Ignatius 2000, 515–518.)

Modernisaation mukana humanististen (teologia ja filosofia) ja luonnontieteiden väliin syntyivät 1800-luvun lopussa yhteiskuntatieteet. Ne ikään kuin muodostivat kolmannen tieteellisen kulttuurin ”koviin tieteiden” ja humanististyyllisen, teologis-filosofisen pohdiskelun kirjallisuuden väliin. Yhteiskuntatieteet alkoivat kasvaa näiden tieteen-traditioiden väliin ja kopioida metodeja molemmilta, aluksi ennen kaikkea luonnontieteiltä. Olennaista oli positivistisen tutkimusotteen ja ajattelun syntyminen sekä kvantitatiivisten aineistojen käyttöönotto ihmistieteissä, vaikka myös sosiaalihistoriallinen, antropologinen tai darwinilainen tutkimusote säilyi. (Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 44–45.)

1800-luvun toisella puolella alettiin Suomessa analysoida tieteellisesti yhteiskunnallisia ja inhimillisiä suhteita. Yhteiskuntatiedettä ja yhteiskuntatieteellistä tutkimusta harjoitettiin Suomessa kuten muissakin eurooppalaisissa maissa 1800-luvulla jo perinteiseksi kehittyneiden tieteiden piirissä. Yhteiskuntatieteellisiä professorin ja opettajan virkoja ei ollut, vaan alan tutkimusta tehtiin muun muassa filosofiassa, oikeustieteessä, historiassa ja lääketieteessä. (Allardt 2000, 476–477.) Saksassa vuonna 1872 perustettu Verein für Sozialpolitik tuli myös Suomessa tärkeäksi innoituksen lähteeksi. Yhdistyksen tavoitteita ja toimintaa toi tunnetuksi G. Z. Yrjö-Koskinen (1830–1903) vuonna 1874 ilmestyneellä sekä tiede- että sosiaalipoliittisella artikkelillaan *Työväenseikka*. Kansantaloudellisen yhdistyksen ohjelma oli Verein für Sozialpolitikin kaltainen. Yhdistyksen jäsenistössä oli alkuaikoina paljon historian tutkijoita, heistä huomattavin sekä tutkimusperinteen luojana että yhteiskuntapolitiikan vaikuttajana oli Hannes Gebhard (1864–1933). Hänen keskeinen työnsä oli toiminta Tilattoman väestön alakomitean puheenjohtajana ja sen tekemän tutkimustyön johtajana. Teoksessaan *Maanviljelystilasto meillä ja muualla* (1895) Gebhard tähdensi tarkkojen tilastojen merkitystä yhteiskuntapolitiikan välineinä. Gebhardin ja hänen työtoveriensa laajamittainen työ merkitsi Suomessa systemaattisen yhteiskuntasuunnittelun ja sosiaalipolitiikan alkua. (Emt., 482–484.)

Gebhardin oman sukupolven tutkijoista moni oli jo ennen alakomitean työn aloittamista kuvannut vähäväkisen ja tilattoman väestön olosuhteita tietyillä rajatuilla seuduilla, kuten

Konrad Relander, joka väitöskirjassaan (1892) tutki terveyteen vaikuttavia olosuhteita ja tapoja Haapajärven piirilääkäripiirissä. Relanderista, myöhemmin ReijoWaarasta tuli 1800-luvun sosiaalilääketieteilijöistä merkittävin ja empiirisen sosiaali-epidemiologian edelläkävijä (Karisto & Lahelma 1992, V–XVI). Ensimmäinen suomalainen tutkija, joka puhui luokkatietoisuuden ilmiöstä, oli Axel Warén (1866–1899). Hän julkaisi vuonna 1898 laajan, koko maan torppareita koskevan tutkimuksen *Torpparioloista Suomessa* (Allardt 2000, 485).

Sosiaalisesta kysymyksestä käytiin 1800- ja 1900-luvun vaihteen molemmin puolin vilkasta keskustelua. Tätä ensimmäiseen maailmansotaan jatkunutta kautta on kutsuttu myös edistysmieliseksi kaudeksi. Uusi sosiaalipolitiikka kehittyi vaatimattomasta alusta voimakkaaksi poliittiseksi voimaksi vuoden 1910 paikkeilla, jolloin sillä oli edustajia kaikissa pääkaupungeissa Pohjois-Atlantin molemmin puolin. Sosiaalistatistikoilla oli tärkeä rooli sosiaalipolitiikan syntymisessä. Tilastotoimistoja perustettiin useimpiin Euroopan maihin vuosien 1830 ja 1850 välillä ja niiden kansainvälinen yhteistyö käynnistyi jo varhain. Sosiaalipoliittinen yhdistys syntyi vuonna 1908 nimellä Suomen Työväensuojelus- ja Sosialivakuutusyhdistys – Föreningen för Arbetareskydd och Socialförsäkning i Finland. Vuonna 1920 Yhdistyksen nimeksi muutettiin Suomen Sosialireformiyhdistys – Föreningen för Sociala Reformer i Finland. Yhdistyksen toiminnan tarkoituksena oli sosiaalipoliittisten kysymysten tieteellinen ja käytännöllinen selvittely. Yhdistystä oli perustamassa muun muassa lakitieteen, vakuutusalan ja lääketieteen edustajia. Yhdistys toimi aktiivisesti sosiaalisen lainsäädännön kehittämiseksi erityisesti työlainsäädännön alalla. (Hellsten 2009, 11–45.)

1800-luvun vakavin terveysongelma olivat sukupuolitaudit. Lääkintötoimen ylläpidon tilastojen mukaan Suomen yleisten sairaaloiden hoitopäivistä vuonna 1879 käytettiin 44,5 prosenttia sukupuolitautilien hoitoon. Niitä vastaan käytävää taistelua varten perustettiin Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys vuonna 1945. Kymmenen vuoden toiminnan jälkeen toiminta laajennettiin koskemaan myös muita tartuntatauteja ja hygieniaa yleensä ja nimi muutettiin Sosiaalihygieniseksi yhdistykseksi vuoden 1956 alussa. Sukupuolitautilien historia on pitkä ja hämärä. Ongelmien taustalla vaikutti yhtenä syynä se, että näitä sairauksia pidettiin nk. ulkوتاuteina. Tällaisten sairauksien tutkiminen ja hoito oli vain käytännön kokemusta saaneiden haavureiden, välskärrien ja partureiden asioita; yliopistossa koulutettu ”medicus” keskittyi vain sisätauteihin. Vasta 1800-luvun lopulla saatiin selville mikrobit, jotka aiheuttivat tippurin, mutta vaarallisemman kupan aiheuttaja löydettiin vasta vuonna 1905. Vuonna 1906 keksittiin verikokeet, joilla voitiin osoittaa, ketkä olivat saaneet tartunnan

ja penisilliini keksittiin vuonna 1945. (Härö 1996.) Haastattellessani lääkintöneuvos Häröä tätä tutkimusta varten 22.5.1999, selvisi vasta vähitellen, että puhuimme eri yhdistyksistä. Härö kertoi eläviä tarinoita merimiesten ja prostituoitujen parissa tekemästään työstä ja tutkimuksista. Hän oli juuri kirjoittanut Sosiaalihygienisen yhdistyksen historiikin, mitä minä en tiennyt, enkä saanut häntä puhumaan Sosiaalilääketieteen yhdistyksestä. Härö oli myös Sosiaalilääketieteen yhdistyksen ja Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden perustajajäseniä ja tuberkuloositutkija (Härö 1975).

Sosiaalilääketieteen ulkopuolelle tai näkymättömiin on jäänyt lääkinnöllis-sosiaalinen yhdistys. Sosiaalihoitajan ja kuraattorin työ sai alkunsa 1920-luvulla useissa paikoissa: Sosiaalityö alkoi lastensairaalassa vuonna 1921 vapaaherratar Sophie Mannerheimin aloitteesta, kirurgisessa sairaalassa vuonna 1923, Mannerheimliiton yhteiskunnallis-psykiatrisena työnä vuonna 1925 ja Sielunterveysseuran huoltotoimistossa vuonna 1927. Sosiaalihoitajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia. 1930-luvulla heiltä alettiin vaatia terveysisaren pätevyyttä, koska ajateltiin että sosiaalihoitajien pitäisi saada laajempi näkemys yhteiskunnasta, sairauksien ehkäisystä ja avoimuudesta. Lääkinnöllis-sosiaalinen yhdistystoiminta sai alkunsa tarpeesta pohtia yhdessä oman ammatin erikoisluonnetta ja siihen liittyviä asioita. Oman lehden ensimmäinen näytenumero ilmestyi kesäkuussa 1951 nimellä ”Case work yllätys” (Sosiaalinen työ 1957). Sosiaalihoitajien, terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden, terveysosiaalityöntekijöiden ammatin kehittyminen monivaiheisine koulutusohjelmineen on tutkimusaiheena toistaiseksi pienten osatutkimusten varassa. Aihe on samalla tavoin poikkitieteellinen kuin sosiaalilääketiede ja näkemykseni mukaan osa sosiaalilääketiedettä.

2.2.4.2 Oma lehti ja yhdistys

Suomen Lääkäriliitto oli 1920-luvulla lääkintöhallitusta tukien useita kertoja esittänyt lääketieteelliselle tiedekunnalle sosiaalilääketieteen ottamista erilliseksi opetusaineeksi yliopistoon. Sosiaalilääketieteen harrastus oli vireää ja niinpä Lääkäriliitto päätti perustaa Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden vuonna 1962. Katsottiin, että jokaisen lääkärin tuli perehtyä lääketieteen tiettyyn perusalueeseen, jota voidaan nimittää yleislääketieteeksi ja johon sisältyi myös sosiaalilääketieteellistä perustietoutta. Sosiaalilääketiede katsottiin sillaksi terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. (Kauttu 1985, 303–304.) Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden ensimmäisen toimituskunnan muodostivat Leo Noro, Sakari Härö ja Ilkka

Väänänen. Lehestä ilmestyi vuonna 1962 vain näytenumero. Sen pääkirjoituksessa, jonka otsikkona oli ”Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden tavoitteet”, Ilkka Väänänen lausui:

”Niiden asiatietojen hankkiminen, joiden varassa terveydenhuoltopoliittista ohjelmaa voidaan rakentaa ja kehittää, kuuluu sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen tehtäviin. Meidänkin maassamme on sosiaalilääketieteen tutkijoiden piirissä kaivattu julkaisusarjaa, joka olisi keskittynyt tämän alan tutkimusten tuloksien ja niiden perusteella tehtävien johtopäätösten esittämiseen oman maan lukijakunnalle (...) Siksi Suomen Lääkäriliitto on pitänyt tarpeellisenä perustaa kotimaisen julkaisun. Uuden aikakauslehden tärkeäksi tehtäväksi on katsottu myös maamme lääkärikunnan mielenkiinnon herättäminen sosiaalilääketieteellisiin kysymyksiin. Nykyajan tieteelliselle tutkimustyölle on tunnusomaista eri tieteenhaarojen välisten raja-aitojen mataloituminen ja tutkimuksen suuntautuminen entistä enemmän juuri perinteellisten tieteenhaarojen välisille raja-alueille. Sosiaalilääketiede onkin saanut alkunsa lääketieteen ja yhteiskuntatieteiden välisellä raja-alueella esiintyvien ongelmien jouduttua tieteellisen tutkimuksen kohteiksi.” (Väänänen 1962, 1.)

Lehden pitkäaikainen toimitussihteeri Kyllikki Kauttu arvioi ensimmäisten vuosien artikkelitarjontaa melko vaatimattomaksi, mutta totesi niiden tason kohentuneen koko ajan. Silti oli alusta asti esillä hyvin keskeisiä sosiaalilääketieteen tutkimuksen alueita, joita lukija voi vain hämmästellä vanhoja numeroita selaillessaan. Alkuvuosina oli toimitussihteerin toimenkuva monipuolinen. Hän toimi toimitustyön ohella tutkimusmenetelmien opettajana, sillä lääkärikoulutukseen ei tuohon aikaa sellaista sisältynyt. (Kyllikki Kautun haastattelu 27.8.1999.) Kautun mukaan Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden kymmenen vuosikertaa osoittivat hyvin, miten kyseisenä aikana sosiaalilääketiede kehittyi omaksi jäsenyneeiksi tieteenalaksi. Ajan kuluessa lääketieteen ja yhteiskuntatieteen harjoittajat vaikuttivat toisiinsa ja syntyi yhteinen filosofia, yhteinen ajattelutapa, joka näkyi sekä epidemiologiassa, kansanterveystieteessä, osittain yleislääketieteessä ja perusterveydenhuollossakin. Kun lehden yhdeksi tarkoitusperäksi oli määritelty tieteidenvälisen yhteistyön edistäminen, oli itse asiassa saavutettu enemmän, ainakin tässä suhteessa. (Kauttu 1985, 307.)

Suomen Lääkäriliiton valtuuskunnan syyskokouksessa 1972 päätettiin lopettaa Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden kustantaminen. Pöytäkirjassa tulee esille, että lehdestä oli tullut taloudellinen rasite ja ettei lehden taso ollut toivotulla tavalla kohonnut. Lehden lukijakunnan arveltiin myös olevan pienen (Suomen Lääkäriliitto 1972). Ilman kustantajaa jäänyt lehti oli vuoden ilmestymättä. Sosiaalilääketieteen yhdistys alkoi julkaista lehteä vuonna 1974. Päätoimittajaksi valittiin professori Mauri Isokoski. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti on toteuttanut monitieteisyyden periaatetta myös valitessaan toimituksen ja toimituskunnan jäseniä. Lehdessä julkaistaan alkuperäisartikkeleita, luodaan

katsauksia sosiaalilääketieteen konferensseihin ja seminaareihin ja usein eri yhdistysten sekä tutkimuslaitosten kanssa yhteisesti järjestetyistä seminaareista julkaistaan teemanumeroita.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamisvuosi 1968 on ollut sodanjälkeiselle sukupolvelle monella tapaa merkittävä. Vietnamin sota, Biafran nälänhätä, Martin Luther Kingin ja Robert Kennedyn salamurhat, ylioppilasmellakat ja Tšekkoslovakian miehitys havahduttivat nuorison eri puolilla maailmaa vallitsevan järjestelmän epäoikeudenmukaisuuksiin ja saivat ryhtymään kapinaan ja vastarintaan. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamista olivat edeltäneet myös monenlaiset kansallisella tasolla tapahtuneet asiat, muun muassa ensimmäisten vertailevien tutkimusten ja tilastojen kertoma suomalaisten suuresta sairastavuudesta. Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen tutkimukset osoittivat koko maan kattavan aineiston avulla sairastavuuden ja palvelusten käytön väliset alueelliset erot ja väestöryhmien erilaiset mahdollisuudet saada tarvitsemaansa hoitoa. Kyseisen tutkimusohjelman monitieteisen tutkijaryhmän kehittelemästä teoriasta hoitoon hakeutumisesta ja lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavista tekijöistä on sittemmin tullut myös kansainvälisesti tunnettu (Purola 1972 ja 2000; Kohn & White 1976).

Kansanterveystyön suunnittelussa puhuttiin kansanterveyslaista, mutta termi ”kansanterveystiede” otettiin viralliseen oppiainimenikkeistöön vasta uusien kansanterveystieteen laitosten syntyvaiheessa, eli muutama vuosi Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamisen jälkeen. Kansanterveystiede-termin keksijä oli Mauri Isokoski, joka osallistui nimikeskusteluun Helsingin yliopiston hygienian laitoksella 1960-luvun lopulla. Uusille laitoksille piti keksiä modernimpi nimi vanhahtavan sosiaalilääketiede ja hygienia -nimen tilalle. Ulkomailta käytössä oleva public health ei sisällöltään vastannut suunniteltujen uusien laitosten rakennetta (Mauri Isokosken haastattelu 24.5.1999; ks. Mattila ym. 1996, 16). Tampereella kansanterveystieteen laitoksen englanninkieliseksi nimeksi käännettiin ensin Department of public health science, myöhemmin se lyhennettiin muotoon Department of public health.

Sosiaalilääketieteen yhdistystä oli perustamassa Helsingissä 31.5. 1968 pieni monitieteinen ja monialainen joukko alan harrastajia. Ainakin osa Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen, työterveyslaitoksen ja hygienian laitoksen tutkijoista oli paikalla sekä kansandemokraattien ja sosiaalidemokraattien aktivisteja. Perustavan kokouksen pöytäkirja ja osallistujaluettelo eivät valitettavasti ole säilyneet jälkipolville. Alusta asti oli mukana sekä lääkäreitä että yhteiskuntatieteilijöitä, tutkijoita ja käytännön työn tekijöitä. Auktoriteettia yhdistykselle toi

työterveyslaitoksen johtajan, professori Leo Noron valinta yhdistyksen ensimmäiseksi puheenjohtajaksi (Marti Kuokkasen haastattelu 18.6.1999).

Marti Siisiäinen on todennut tuosta vuodesta seuraavaa: ”Vuosi 1968 nosti sosiologiassa kiinnostuksen paitsi kollektiivisen toiminnan tutkimiseen yleensä, myös yhteiskunnallisiin liikkeisiin ja yhdistyksiin mobilisoitumiseen erityisesti” (Siisiäinen 1992, 60). Suomalaisen sosiaalilääketieteen harrastajien liittymistä yhdistykseksi voitaneen pitää eräänlaisena ”yhteiskunnallisena liikkeenä”. Tieteellinen yhdistys ei täytä sosiaalisen liikkeen kaikkia ehtoja, mutta sosiaalilääketieteeseen liittyi paljon muutakin kuin vain tieteellistä tutkimustoimintaa. Ihmisiä yhdisti aate, halu tehdä jotakin sosiaalisten ongelmien, erityisesti sairauden lievittämiseksi ja sairaiden, erityisesti köyhien ja huono-osaisten aseman parantamiseksi.

Sosiaalilääketieteen aatteessa on jotakin sellaista, mikä oli saanut siitä kiinnostuneet pitämään yhteistä seuraa. Monilla oli samanaikaisesti siteitä muihin tieteellisiin yhdistyksiin ja seuroihin. Identiteetti kuvastaa perustavanlaatuisia erityisyyttä ja yhteisyyttä. Sille on ominaista pysyvyys ja jatkuvuus. Siksi se luo turvaa ja antaa mahdollisuuden muuttua, luoda uusia siteitä, uusia identiteettejä, olla muuttuvainen. Identiteetti kuvastaa paitsi rajoja ja turvallisuutta, myös, ja sen vuoksi uskallusta ja luottamusta ja lähenee hyväksymistä ja kiintymystä. (Aukee 2000.) Kun kysyin terveyden sosiologian professori Eero Lahelmalta, mikä merkitys Sosiaalilääketieteen yhdistyksellä oli ollut hänelle, hän sanoi yhdistyksen olleen hänelle tieteellinen koti. (Eero Lahelman haastattelu 10.9.1999.) Metafora kuvaa hyvin ”erilaisten toisten” halua kokea yhteisyyttä turvallisissa rajoissa. Osallistuminen yhdistystoimintaan, hallituksessa, lehdessä tai seminaareissa toimi myös merkittävänä jatkokoulutusfoorumina monitieteiselle joukolle.

Sosiaalilääketieteen yhdistykseen oli liittynyt paljon naisia. Osa heistä oli ollut tutkijoina tai tutkimusapulaisina mieslääkäreiden johtamissa laitoksissa tai projekteissa. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen syyskokouksessa vuonna 1976 yhdistyksen puheenjohtajaksi valittiin ensi kertaa nainen, VTK Tuula Laaksovirta. Arvioidessaan Sosiaalilääketieteen yhdistystä tieteellisenä seurana Laaksovirta (1978) katsoi, että yhdistyksellä oli jäsenrakenteensa ansiosta erinomainen mahdollisuus yhdistää ammattikäytäntöjen tieteellistämistä ja tutkimuksen käytännöllistämistä. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamisajankohdan hän katsoi liittyneen yleisen tieteenkehityksen toiseen vaiheeseen, eli erikoistumisen nopeaan kasvuun. Yhä erikoistuneempien seurojen perustaminen muutti entisiä tieteenalaseuroja yleisseuroiksi. Tieteen mureneminen yhä pienempiin osiin tuottaa välttämättä tarpeen saada

uudelleen kokonaiskuva eri aloilla. Sosiaalilääketieteen yhdistys syntyi erikoisseurana. Mutta samalla sen tehtävä eri alojen yhdistäjänä yhteisten ongelmien ratkaisuja etsittäessä oli korostunut. (Laaksovirta 1978, 161–162.) Laaksovirran kaudella saivat alkunsa sosiaalilääketieteen päivät ja yhdistyksen rooli tieteellisenä yhdistyksenä vahvistui. (Martti Kuokkasen haastattelu 18.6.1999.) Seuraava naispuheenjohtaja tuli valituksi vasta 15 vuoden kuluttua, ETL Ritva Prättälä vuonna 1991. Tämän jälkeen naispuheenjohtajia on ollut useita.

Yhdistyksen rooli on ollut ennen kaikkea tieteellinen keskustelufoorumi. Päivän politiikasta pysyttiin sivussa ja kannanottoja tehtiin tiedepolitiikasta, joka suoraan oli uhkaamassa tai kaventamassa sosiaalilääketieteen toimintamahdollisuuksia, esimerkiksi kannanotto lääketieteellisen sosiologian viran säilyttämisen puolesta (Sosiaalilääketieteen yhdistys 30.11.1988), sosiaalilääketieteen apulaisprofessorin opetuslatasta (Sosiaalilääketieteen yhdistys 23.5.1991) ja kannanotto Suomen Akatemian päätökseen tutkimusassistentin virkojen auki julistamisen lopettamisesta ja niiden jakamisesta tutkimusprojekteihin (Sosiaalilääketieteen yhdistys 18.2.1993). Tieteenalan sisällöstä ja tieteenalan nimestä käytiin ajoittain kiivastakin keskustelua. Toistaiseksi vanha nimi on pitänyt pintansa. Yhdistyksen jäsenmäärä on tasaisesti kasvanut alkuvuoden muutamasta kymmenestä noin 650:een vuonna 1999. Koko historiansa ajan yhdistyksen piirissä on hoidettu kansainvälisiä suhteita ja osallistuttu sekä eurooppalaiseen että pohjoismaiseen keskusteluun (Aro 1992).

Sosiaalilääketieteen yhdistys oli alusta asti vireä ja monitieteinen yhdistys. Yhdistyksen hallituksessa oli monipuolisesti edustettuina eri tieteenaloja, korkeakoulupaikkakuntia ja erilaisia tutkimuslaitoksia sekä yhteisöjä, naisia ja miehiä. Hallituksen kokouksissa vallitsi hyvä henki, oppialakiistat eivät hallitusta pahemmin raastaneet. Uudet aloitteet otettiin ennakkoluulottomasti ja demokraattisesti vastaan. (Aukee 2000.) Vuonna 1999 Sosiaalilääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja Lea Henriksson kertoi yhdistyksen nykytilasta ja arvioi yhdistyksen 30-vuotista taivalta näin:

”Vuonna 1999 yhdistys oli mukana yhdeksässä tapahtumassa, joiden osanottajamäärä kohosi yhteensä lähelle 500:aa. Monet tilaisuuksista olivat myös tärkeitä jatkokoulutusfoorumeita. Tilaisuuksien aiheina olivat muun muassa ravitsemus- ja luokkatutkimus, laadullinen terveystutkimus, käyttäytymislääketiede ja epidemiologia, perimän tarkkailu sekä terveydenhoidon ammattien ja organisaatioiden tutkimus. Yhdistyksen toiminnassa perinteisten kuukausikokousten yhteydessä pidettyjen esitelmä- ja keskustelutilaisuuksien tilalle ovat 1990-luvulla tulleet eri tahojen (esim. yhdistysten, tutkimuslaitosten, yliopistojen, Suomen Akatemian tai sairaaloiden) yhteisvoimin järjestämät tieteenala- tai teemapäivät. 30-vuotisjuhlaseminaarin järjestäjinä olivat Tampereen yliopiston terveystieteen ja lääketieteen laitokset, Terveystieteiden tutkimuskeskus ry., Laadullisen terveystutkimuksen

tutkijaverkosto sekä UKK-instituutti. Yhdistystoiminnan painopisteet ovat vaihdelleet. Alkutaipaleella aktiivisuus keskittyi jaostoihin, joista seitsemän sai alkunsa vuonna 1969; epidemiologian, terveydenhuoltopolitiikan, ympäristöterveyden, terveyden sosiologian, psykososiaalinen kuntoutus- sekä kehitysmajaasto. 1970-luvulla jaostojen toiminta hiipui ja aktiivisuus keskittyi yhteisten seminaarien ja kongressien järjestämiseen. Vuonna 1999 oli toiminnassa viisi jaostoa: terveydenhuoltotutkimuksen, käyttäytymislääketieteen, terveys-sosiologian, ruokatutkimuksen ja lääketutkimuksen jaokset. Uudet kiinnostavat kysymykset asettuvat tieteenalojen rajapinnoille, hauraisiin kohtaamisen ja neuvottelujen tiloihin. Sosiaalilääketiede joutuu jatkuvasti kamppailemaan elintilastaan tieteiden välissä ja tutkimusresursseista. Suomalainen sosiaalilääketiede on yhteisöllistä toimintaa, yhteistyötä ja sosiaalista kanssakäymistä, jolla on omat kulttuuriset juurensa ja jatkuvuutensa, mutta siinä on tilaa ja joustoa myös uusille sisällöllisille ja metodisille virtauksille ja käytännön toimintatavoille.” (Henriksson 2000, 1–4.)

2.2.5 Sosiaalilääketieteen radikaali ja kriittinen perinne

2.2.5.1 Kulttuuriradikalismi ja vasemmistolaisuus

Vanhalle, 1800-luvun sosiaalilääketieteelle ja uudelle, 1960-luvulla syntyneelle sosiaalilääketieteelle oli yhteistä niiden liittyminen aikakauden yleiseen kulttuuriradikalistiseen nousukauteen. Voimakas fennomaaninen radikalismien aalto vaikutti lääketieteeseen 1880-luvulla. Radikaali porvarillinen reformismi jatkui aina itsenäisyyteen saakka (Lahelma 1995; Karisto 1981a). 1960-luvulla vanhojen ajattelutapojen haastajaksi tuli kulttuuriradikalismi, joka vaikutti aluksi taiteeseen ja kansalliseen identiteettiin, sittemmin myös niin sanottuihin yhden asian liikkeisiin ja opiskelijamaailmaan sekä tätä kautta myös tiedeyhteisöön. Lahelma viittaa Risto Alapuron (1976) ja Erik Allardtin (1964) tutkimuksiin, joiden mukaan 1960- ja 1970-luvun kulttuuri- ja opiskelijaradikalismi oli ennen muuta reaktio konservatiiviseen yhtenäiskulttuuriin, johon sivistyneistö oli koko itsenäisyyden ajan samaistunut. Murenemista edisti Allardtin (1964) analyysi eriytyneestä ja pluralistisesta yhteiskunnasta, jossa suvaitsevaisuus poikkeavuuksia kohtaan tuli ulottaa myös poliittisesti poikkeaviin, eli syrjässä olleeseen vasemmistoon. (Lahelma 1995, 9.)

Yhteiskuntatieteet elivät 1960-luvulla kultaista aikaansa ja sosiaalipolitiikkatiede aivan erityisesti. Jorma Sipilän (2009) mukaan tieteenalan vahva asema hyvinvointivaltion rakentamiskaudella toi sille huomattavan roolin myös yliopistolaitosta laajennettaessa. Sosiaalipolitiikkatiede tarvitsi tieteellistä yhdistystä tukemaan yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa nopeasti kasvanutta valtakunnallisen merkityksen saanutta toimintaa. 1960-luvulla elettiin poikkeuksellista kulttuurista murrosta, jossa kohtasivat selvästi erilaiset

elämäkokemukset ja maailmankäsitykset. Murros ilmeni jäykkänä vastakkainasetteluna yliopistomaailmassa, jossa törmäsivät tieteelliseen auktoriteettiin perustuva professorivalta ja nuoremman opiskelija- ja opettajapolven käsitykset yliopistodemokratiasta. Tilannetta kuumensivat ulkomaiset yliopistomellakat, sukupolvien omaksumat puoluepoliittiset asenteet, konfliktihakuisen taistolaisuuden nopea laajeneminen sekä keskustapuolueen hallitseman opetusministeriön valmius asettua tukemaan nuorten vaatimuksia. Sosiaalipoliittisessa yhdistyksessä käytiin kiihkeitä taisteluja vuosina 1975–1977. Yhdistyksessä taisteltiin paitsi vallasta, myös perinteisen lähellä käytäntöä olleen yhdistyksen muuttamisesta enemmän tieteelliseksi yhdistykseksi. (Sipilä 2009, 145–169.)

Sosiologit yhdistävät radikalismiin 1960- ja 1970-lukujen yhteiskunnallisiin liikkeisiin, suuriin ikäluokkiin ja vasemmistolaiseen politiikkaan. Suuriin ikäluokkiin usein liitetyt 1960-luvun sosiaaliset liikkeet ja ”radikalismi” eri muodoissaan olivat tärkeä vaihe sukupolven käsitteen historiassa, jolloin käsite laajeni laajojen joukkojen omaisuudeksi. (Purhonen ym. 2008, 20.) Purhonen ym. viittaavat brittisosiologien June Edmundsin ja Brian S. Turnerin (2002, ix) määritelmään sukupolvesta: ”sukupolvi on kohortti, joka jostain syystä (...) kehittää itselleen kollektiivisen tietoisuuden, joka mahdollistaa sen, että sukupolvesta tulee tärkeä tekijä yhteiskunnallisessa muutoksessa” (Purhonen ym. 2008, 20). Sukupolvilla tulee siis ensiksikin olla jonkinlainen kulttuurinen identiteetti ja tietoisuus itsestään, toiseksi niillä tulee olla kollektiivina yhteiskunnallista, so. yhteiskunnan muutokseen kausaalisesti vaikuttavaa merkitystä. Suurten ikäluokkien sukupolvitietoisuus on yhä tänäänkin perustavalla tavalla poliittisesti latautunutta. Suuret ikäluokat ovat vaikuttaneet suomalaisen yhteiskunnan muutoksiin. Tarkkaa vaikuttavuuden määrää on mahdotonta arvioida. Kirjoittajien mukaan voidaan kuitenkin sanoa, että nämä vaikutukset perustuivat ensisijaisesti ikäluokan kokoon, toissijaisesti ikäluokan piiristä 1960- ja 1970-luvuilla esiin nousseisiin sukupolvitietoisiin yhteiskunnallisiin liikkeisiin. (Emt., 20–23.)

Tuon ajan yhden asian liikkeistä yksi merkittävä oli terveysliike, joka koostui erityyppisistä osista, joiden yhteistä historiaa ei ole koottu. Eero Lahelman kuvauksessa sosiaalilääketieteilijöiden ”opparista” (Lahelma 1995), on viittauksia näihin terveysliikkeisiin sekä niissä toimineisiin henkilöihin. Seuraavassa nojaututaan tähän lähteeseen, joka valottaa Helsingissä tapahtunutta liikehdintää. Helsinki oli ilman muuta edelläkävijä ja monen toiminnan keskus, mutta muissakin isommissa kaupungeissa oli vastaavantyyppistä liikehdintää. Osallistuin itsekin 1970-luvulla Tampereella lääkäreiden ja yhteiskuntatieteilijöiden yhteisiin opintopiireihin, joissa luettiin muun muassa marxilaista filosofiaa.

Sosialistisen Terveysrintaman toiminta oli erittäin aktiivista Jyväskylässä METELI-tutkimuksen aikoihin.

Vanhan ylioppilastalon valtaus 25. marraskuuta vuonna 1968 oli Lahelman mukaan yhden asian liikkeissä ilmenneen radikaalin opiskelijatoiminnan symbolinen kulminaatiopiste. Samaan aikaan oli Marraskuun liikkeessä käyty keskustelua samoista aiheista, joita valtauksen yhteydessä nostettiin esiin. Monet ”opparilaiset” olivat mukana Vanhan valtauksessa. Vanhan valtauksessa perustettiin eri tieteenalojen ns. kriittisiä ryhmiä, joiden toiminnassa oli keskeistä normaalitieteen arvostelu. Lääketieteen ryhmässä kritisoitiin koululääketiedettä, marxilaisuutta opiskeltiin ja oppisuuntaan sitouduttiinkin, mutta tiukkoihin ideologioihin ja puolueisiin pidettiin etäisyyttä. Ryhmä laajeni ja nuoret lääkärit etsivät yhteyttä yhteiskuntatieteilijöihin, useat opiskelivatkin yhteiskuntatieteitä. Valtauksen jälkeen opiskelijaliike radikalisoitui, vasemmistolautui ja (puolue)politisoiutui. Radikalisoitumista tapahtui myös Helsingin yliopiston lääketieteen opiskelijoiden keskuudessa. Medisiinari-lehdestä tuli keskustelujen ensimmäinen julkistamiskanava. Vappu Taipale oli lehden toimitussihteeri ja Ilkka Taipale aktiivinen kirjoittaja. Matti Ranki oli toimitussihterinä ja päätoimittajana vuosina 1967–68, Martti Kuokkanen puolestaan toimittajana ja toimitussihterinä samoina vuosina. Lehdessä käsiteltiin muun muassa seksuaalipolitiikkaa, terveyspolitiikkaa, lääkepolitiikkaa ja huumeita. Lehden radikaali linja ei miellyttänyt kaikkia ja lehden 2/69 pääkirjoituksessa luettiin madonluvut radikalismille ja opparilaiset toimittajat saivat väistyä. Opiskelijatoiminnan lisäksi kulttuuriradikaalit lääketieteen opiskelijat osallistuivat SDP:n kansanedustajan Osmo Kaipaisen (k. 1985) johtamien vasemmistolääkärien toimintaan. Taustahahmoin kuuluvat edellä mainittujen lisäksi Jeddi Hasan ja Mikko Niemi. (Lahelma 1995, 10–11.)

Medisiinari-lehden aktivisteista Vappu ja Ilkka Taipale olivat myös Marraskuun liikkeen aktivisteja. Liikkeen perustivat kriittiset kulttuuriradikaalit medisiinarit ja yhteiskuntatieteilijät sekä hoitolaitosten ja itse huono-osaisten edustajat vuonna 1967. Marraskuun liikkeen kohteena olivat kaikkein huono-osaisimmat, kuten juopot, vangit ja mielisairaat. Ohjelmanjulistukseen (1968) sisältyi liikkeen keskeinen tunnuslause: ”Kontrollipolitiikka on osa yleistä yhteiskuntapolitiikkaa”. Opparilaisia oli näkyvästi esillä liikkeen toiminnassa ja yhdistyksen hallituksen jäsenenä perustamisesta saakka. (Lahelma 1995, 12–13.) Marraskuun liike kustansi Erving Goffmanin teoksen *Asylums* (1961) suomennoksen *Minuuden riistäjät* (1969) ja teoksen *Vaatteet pois ja aatteet. Mielenpitoja mielisairaaloista* (Alho 1970a).

Martti Kuokkanen on ollut mukana lähes kaikissa 1960- ja 70-lukujen radikaaleissa terveysliikkeen toiminnoissa. Hänen mukaansa (Martti Kuokkasen haastattelu 19.6.1999) Terveysrintama perustettiin marraskuussa 1970. Terveysrintaman aktivistit, Kari Puro, Kimmo Leppo, ja Juhani Aer vaikuttivat merkittävästi kansanterveyslain syntyyn ja sisältöön. Viime mainittu oli Terveysrintaman puheenjohtajanakin ja kirjoitti käytännössä kansanterveyslain tekstin. Osmo Kaipainen ministerinä oli keskeinen vaikuttaja kansanterveyslain läpiviemisessä. Ilkka Taipale oli mukana rakentamassa Terveysrintamaa ja vaikutti monella alueella. Seppo Aro oli Terveysrintaman pääsihteerinä tai sihteerinä, muisteli Kuokkanen. Kansandemokraateilla ja sosiaalidemokraateilla oli linjaerimielisyyksiä, jotka johtivat teiden eroamiseen ja sosiaalidemokraattien keskittymiseen Sos.dem. terveyspoliittiseen yhdistykseen. (Martti Kuokkasen haastattelu 18.6.1999.) Kimmo Rentolan (2004) tutkimuksen mukaan vuoden 1968 ylioppilaat olivat se ryhmä, joka vyöryi Akateemisen Sosialistiseuran (ASS) ja Sosialistisen Opiskelijaliiton (SOL) jäseniksi. Mainittujen järjestöjen piireissä harjoitetuissa opintoryhmissä lienee myös syntynyt idea Terveysrintamasta. Ne tuottivat myös opintomateriaaleja mm. Kansansivistystyön liiton kirjeopiston käyttöön, kuten Juhani Lehdon teos *Terve kansa: Kansanterveyshuolto Suomessa* (1971) ja Juhani ja Veli-Pekka Lehdon teos *Työsuojelu – työläisen suojelu* (1975). Näissä teoksissa lähestyttiin terveydenhuoltoa marxilaisen kritiikin pohjalta.

Purhonen ym. (2008, 23, 130–131) toteavat, että 1960–70-lukujen radikaalit eivät olisi saaneet kaikkia niitä liikkeitä ja uudistuksia aikaan, ellei olisi ollut heitä edeltäviä sukupolvia, jotka tekivät saman tavoitteen suuntaista pohjustustyötä. Nämä edelläkävijät olivat useimmiten 1930- ja 1940- luvun alussa syntyneitä. He saattoivat olla mukana radikaalivaiheessa ja heillä myös saattoi olla 60-lukulaisen identiteetti. Haastattelemani vaikuttajat (liite 1) mainitsivat useita nimiä, kun pyysin heitä nimeämään henkilöitä, joita he pitivät merkittävinä suomalaisina sosiaalilääketieteilijöinä. He nostivat esiin myös henkilöitä, joita voidaan pitää edelläkävijöinä, kuten Osmo Kaipainen, Niilo Pesonen, Sakari Härö, Leo Kaprio, Raimo Miettinen ja Kai Sievers. Edelläkävijät, joita haastateltavat toivat esiin, olivat useammin lääketieteilijöitä kuin muita ja miehiä useammin kuin naisia. He edustivat myös useammin valtionhallinnon korkeita virkapaikkoja kuin kansanliikkeitä tai akateemista maailmaa. Ja aivan samoin kuin kyselyvastauksissa, lääketieteilijät saivat tunnustusta toiminnastaan terveyspolitiikassa, joko lainvalmistelussa tai vastaavissa hallinnollisissa tehtävissä ja yhteiskuntatieteilijät toiminnastaan monitieteisissä tai yhteistieteellisissä tutkimushankkeissa. Edelläkävijöissä myös korostettiin uurastusta Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden ja Sosiaalilääketieteen yhdistyksen eteen. Sairausvakuutuslaki ja siihen

liittyneet kansaneläkelaitoksen haastattelututkimukset sekä kansanterveyslaki valmisteluineen, läpiviemisineen ja sisältöineen tuntuivat olevan sosiaalilääketieteen radikaalivaiheen, 1960- ja 1970-lukujen merkittävimpiä saavutuksia suurten kansanterveysprojektien ohella. Tunnetut ja arvostetut sosiaalilääketieteilijät olivat pioneereja ja uranuurtajia, radikaalejakin. Terveysliike ei ollut sisäisesti yhtenäinen. Sos.dem. vaikuttajat ja ”taistolaiset” lähtivät eri suuntiin 1970-luvun alkuvuosina. Edellä mainitut henkilöt ja monet samanhenkiset mukana olleet ovat kuitenkin vaikuttaneet uuden sosiaalilääketieteen syntyyn ja sisältöön, kuinka paljon, on mahdotonta arvioida. Eero Lahelma äänestettiin kyselytutkimuksessani merkittävimmäksi suomalaiseksi sosiaalilääketieteilijäksi (ks. luku 3.2.7). Merkittävistä sosiaalilääketieteilijöistä suurin osa oli suurten ikäluokkien edustajia ja muut olivat edelläkävijä-vaikuttajia. Voidaan siis väittää, että uusi sosiaalilääketiede oli paljolti myös radikaalin terveystuokkeen ja radikaalien terveysvaikuttajien aikaansaannosta.

Sosiaalilääketieteilijät kirjoittivat sekä oppikirjoja, tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita että pamfletteja. Usein samat henkilöt tekivät kaikkea tätä. Lisäksi he olivat osallistuvia kulttuuriradikaaleja ja politiikan vaikuttajia. Monet heidän julkaisuistaan kyseenalaistivat vallitsevia käytäntöjä, mursivat totuttuja ajatusrakennelmia ja esittivät uusia vaihtoehtoja. Yhteiskuntatieteellistä tutkimusta voidaan jo lähtökohdiltaan pitää kriittisenä. Sosiaalilääketieteen vanha tautilähtöinen perinne sai uusissa tutkimuksissa yhteiskunnallista ulottuvuutta.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen syntyä edelsivät useat lähitieteiden alalla ilmestyneet uudet oppikirjat. Pekka Kuusen (1961) *60-luvun sosiaalipolitiikka*-teos kokosi yksiin kansiin monien työn tuloksen, innostavaksi ja sujuvakieliseksi kirjaksi, jonka voi sanoa luoneen pohjaa suomalaisen hyvinvointivaltion kehittämispolitiikalle. Leea Aaltosen (1964) *Sairauksien ja sairaalaelämän sosiologia* on edelleenkin ainoa yhden tekijän kirjoittama suomalainen terveystieteiden sosiologian oppikirja. Leo Noron *Sosiaalilääketieteen perusteet* vuodelta 1957 oli alan perusoppikirja terveysalan koulutuslaitoksissa useita vuosia. Osa sosiaalilääketieteellistä liikettä 1960-luvun lopulla olivat erilaiset radikaalit julkaisut, pamfletit, joissa kritisoitiin vallitsevia instituutioita, erityisesti totaalisia instituutioita, vankiloita, mielisairaaloita ja koulukoteja. Esimerkiksi *Pakkoauttaja* (Eriksson 1967) luettiin yliopistoissa kurssikirjana. Se oli monelle ensimmäinen pysähdys kontrollipolitiikan ja laitoshoidon epäkohtiin, vaikka edustikin enemmän uutta radikaalia oikeustiedettä kuin sosiaalilääketiedettä. (Aukee 2000.)

Akateeminen terveydenhuoltotutkimus oli 1960-luvun alkupuolella suhteellisen vähäistä ja hajanaista, mutta vuosikymmenen lopulla ilmestyneet väitöskirjat olivat merkittäviä avauksia. Silloin ilmestyivät Liisa Rantalaihon (1968) *Sydäninfarktin sairastaneiden kuntoutuminen* ja kolme väitöskirjaa vuonna 1969: Guy Bäckmanin *Työikäiset miehet sairaalapalvelusten kuluttajina*, Esko Kalimon *Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät* ja Tytteli Vohlosen *Sairastavuus lääkäriissäkäyntien valossa*. Hannu Vuoren *Terveydenhuollon ja sairaalahoidon laadun mittaaminen* ilmestyi vuonna 1970. Kaikki mainitut teokset aukoivat uusia uria: naisyhteiskuntatieteilijä tutki kansantautia sairastavien kuntoutusta uusilla monimuuttujamenetelmillä, yhteiskuntatieteilijä tutki miesten sairaalakäyntejä valtakunnallisia tilastotietoja käyttäen, psykologi tutki faktorianalyysillä lääkintäpalvelusten käyttöä, kunnanlääkäri tutki omien potilaidensa lääkärikäyntejä ja lääkäri tutki terveydenhuollon laatua. Viimeksi mainittu herätti vastustusta sekä siksi että kohteena oli ennen kuulumatonta asia ja toiseksi siksi että aiheen ei katsottu soveltuvan lääketieteellisen väitöskirjaan aiheeksi. Hannu Vuoren kohtalo muistutti 1800-luvun radikaalin, Konrad Relanderin kohtaloa. Relanderin väitöskirjakin lopulta hyväksyttiin, mutta sen kohtelu oli niin kovaa, että Relander jätti tutkimisen siihen (Karisto & Lahelma 1992, V–VI). Hannu Vuori jatkoi tutkimustyötä, mutta vaikutti paljon ulkomailta, muun muassa WHO:n Euroopan aluetoimistosta käsin.

Rinnan varsinaisen tieteellisen julkaisemisen ohella kulki 1970-luvullakin ansiokkaiden herätekirjojen kavalkadi. Kustannusosakeyhtiö Tammi aloitti huutomerkki-sarjan vuonna 1968. Sarjassa ilmestyi vuonna 1970 Raija Alhon toimittama *Itsemurha* (Alho 1970b). Osmo Kaipaisen (1969) teos *Kansa kaikki kärsinyt* vaikutti ennen kaikkea terveyspolitiikan uudistajiin. Suuri merkitys oli Tammen kustantamalla Forum-kansanterveys -sarjalla, jonka ensimmäinen julkaisu oli Matti Rimpelän *Tupakka*-kirja vuodelta 1972. Teos oli vaikuttamassa maailmanlaajuisestikin edistykseellisen tupakkalain (1973) sisältöön. Kimmo Lepon (1973) *Sairas maailma* -teoksesta otettiin lukuisia painoksia ja se sai valtion tiedonjulkistamispalkinnon. Monelle nuorelle ja vähän vanhemmallekin lukijalle se oli ensimmäinen ikkuna kolmannen maailman terveysongelmiin ja yhteiskunnalliseen hätään. Kari Puron (1973) *Terveyspolitiikan perusteet* -teoksessa esitetyt relevanssipuut terveyspolitiikan tavoitteista ja keinoista ovat löytäneet tiensä lukuisten suunnittelupaperien ja tutkimusten kuvitukseen. (Aukee 2000.)

Edellä esitettyjen teosten tai niiden kirjoittajien nimeäminen radikaaleiksi riippuu radikaalisuudelle asetettavista kriteereistä, mutta ne vaikuttivat joka tapauksessa

sosiaalilääketieteellinen tiedon ja tietoisuuden lisääntymiseen. Ne puolestaan edesauttoivat uusien suuntausten läpimurron mahdollisuuksia terveystieteiden ja tiedepolitiikassa.

2.2.5.2 Amerikkalainen ja brittiläinen perinne

Chileen perustettiin Salvador Allenden aikana 1970-luvulla kansallinen terveyspalvelujärjestelmä, joka nojasi marxilaiseen teoriaan perustuvaan sosiaalilääketiede-käsitykseen, jonka mukaan terveyden ja sairauden tärkeimmät determinantit ovat sosiaalisia ja taloudellisia. Che Guevaran käsite ”vallankumouksellinen lääketiede” tähtäsi sosiaaliin muutoksiin ja terveydellisten olojen parantamiseen sitä kautta, että terveydenhuoltohenkilöstöä perehdytettiin sairauksien sosiaaliin syihin. Tämä ohjelma sai kannatusta muun muassa Kuubassa, Chilessä, Nicaraguassa ja Argentiinassa, niin kasvatusta kuin terveydenhuoltoakin uudistettaessa. (Waitzkin ym. 2001.) Dorothy Porterin (2006) mukaan eteläamerikkalainen sosiaalilääketiede edustaa sosiaalilääketieteen radikaalia haaraa. Latalalais-amerikkalaista perinnettä ei Suomessa tunneta kovin hyvin ja tietämys perustuu pääosin valikoituneisiin englanninkielisiin käännöksiin ja muihin teksteihin. Samoin on käynyt saksalaiselle lääketieteen ja sosiaalilääketieteen suuntaukselle, johon 1800-luvun suomalaiset lääkärit olivat paljon yhteyksissä. 1900-luvulla suomalaiset tieteentekijät ovat lisääntyvästi käyneet hakemassa oppia ja kontakteja Yhdysvalloista ja Britanniasta.

Kulttuuriset erot näkyvät myös tieteenalan nimissä. Yhdysvalloissa ja Englannissa sekä monissa Euroopan maissa public health on yläkäsite, johon sisältyy kansanterveystyötä, hallintoa, politiikkaa ja sosiaalilääketiedettä. Ranskassa ja Saksassa termillä ”sosiaalilääketiede” on ollut vahvempi ja poliittisempi sisältö. Myös tutkijat ja historioitsijat ovat käyttäneet termejä tarkoittaen niillä milloin samantyyppisiä sisältöalueita, milloin erilaisia. Tutkijat ovat päätyneet myös erilaisiin näkemyksiin siitä, missä sosiaalilääketiede ”keksittiin”, eli tunnistettiin määriteltäväksi tieteenalaksi. Vaikka keksinnöt saavatkin usein jonkun henkilön nimen, ei keksintö synny tyhjästä, vaan sitä on edeltänyt aikaisempien tutkijoiden ja ajattelijoiden työ (ks. Rosen 1972). Termeillä ja niiden käytöllä on kulttuurisia sidonnaisuuksia. Sosiaalilääketiede-termi on tulkittu poliittisesti värittyneeksi ja siksi sitä on haluttu välttää – tai käyttää kuten tässä tutkimuksessa. Jos tieteen tavoitteena on terveydellinen tasa-arvo, voiko se olla vailla poliittista konnotaatiota? Uusi sosiaalilääketiede konstruointiin Suomessa yhteiskuntapoliittisin keinoin ja se nimettiin kansanterveystieteeksi.

Porter (2006) on esittänyt, että sekä Amerikoissa että Euroopassa uskottiin maailmansotien välisenä aikana, että lääketieteelle voitaisiin luoda uusi rooli, jossa lääketiede voitaisiin

muuntaa ikään kuin sosiaalitieteeksi. Lääkäreistä haluttiin kouluttaa eräänlaisia klinisiä sosiologeja, joiden toiminnan keskeisenä tavoitteena oli sosiaalisen epäoikeudenmukaisuuden poistaminen. Lääketiede ja sosiaalitieteet haluttiin näissä ohjelmissa yhdistää siten, että lääketieteilijät voisivat rikastua intellektuaalisessa mielessä yhteiskuntatieteissä käydyistä terveyskeskusteluista ja teorioiden kehittelyistä. Tämä malli tai opetusohjelma nähtiin analogisena aiemmalle mallille, jossa lääketieteen ja laboratoriotieteiden yhdistäminen oli tuottanut merkittäviä löytöjä sairauksien kemiallisista ja fysikaalisista perusteista. Tällainen radikaali ajattelu sisältyi, tosin paljon lievemässä muodossa, myös Suomessa 1970-luvun alussa aloitettuihin kansanterveystieteen opetusohjelmiin. Lääkärikoulutuksessa katsottiin yhteiskuntatieteiden ja psykologian opetus tarpeelliseksi. Sitä tuli antaa kaikissa lääketieteen koulutusohjelmissa (Komiteanmietintö 1971). Lääketieteilijöiden piirissä tunnettiin epäluuloa yhteiskuntatieteitä kohtaan (ks. esim. Vuori 1969). Sosiaalitieteet saatettiin kokea Troijan hevoseksi, jonka sisällä sosialistisia ideoita yritettiin ujuttaa lääketieteen sisään. Sosiaalitieteet ja sosiologia termitkin viittasivat joidenkin mielestä sosialismiin. Tämä tuli esiin sekä tekemissäni asiantuntijahaastatteluisissa että kyselytutkimuksessa (Aukee 2007). Yhteiskuntatieteilijöille toivottiin autonomisempaa asemaa lääketieteen laitoksissa (Pflanz 1975), mutta tasavertaisuuteen ei uskottu. Rinnakkainelton uskottiin onnistuvan parhaiten, jos yhteiskuntatieteilijä pysyi uskollisena omille näkökulmilleen ja säilytti suhteellisen itsenäisen ja vahvan roolin (Rantalaiho 1991).

Yhdysvalloissa lääketiede kehittyi lääketieteen erikoisalojen pohjalta ja omaksui enemmän biolääketieteellisen kuin sosiaalilääketieteellisen mallin (Porter 2006). Terveystieteiden kohdistettiin sielläkin radikaalia kritiikkiä, mutta teorioiden pohjalta ei ryhdytty kehittämään terveydenhoidon käytäntöjä. Kriittinen keskustelu oli alkanut jo 1970-luvun alussa (Freidson 1970; Zola 1972 ja 1975) ja sitä jatkoivat muun muassa Barbara Ehrenreich ja Deidre English (1976) naisnäkökulmasta. Vicente Navarron (1976) ja Ivan Illichin (1976) näkemyksiä ja väittelyä länsimaisen lääketieteen kriisien syistä seurattiin Suomessakin (Vaskilampi 1976), kuten myös Robert Crawfordin (1977) kritiikkiä lääketieteeseen perustuvasta elämäntapavalistuksesta (Partanen & Parviainen 1979). Sosiaalilääketieteen nousu 1900-luvulla kytkeytyi vahvasti kansallisten terveyspalvelujärjestelmien, erityisesti perusterveydenhuollon järjestämiseen. Britanniassa ja monissa Latinalaisen Amerikan maissa tämä tapahtui jo ennen toista maailmansotaa, Suomessa 1970-luvun alussa.

Britanniassa Thomas McKeown (1976) ja Margaret Stacey (1976) olivat käynnistäneet terveydenhuoltojärjestelmän kriittisen arvioimisen. Marxismin kanssa samaan aikaan käytiin

keskustelua feminismistä. Naiset olivat alkaneet arvostella terveydenhuollon naista syrjiviä käytäntöjä (Graham 1977; Oakley 1979). Ensimmäinen feministinen tutkimus sosiaalipolitiikasta, Elisabeth Wilsonin teos *Women and Welfare State* ilmestyi vuonna 1977. Wilsonin ja hänen aikalaistensa teksteissä arvosteltiin nk. kriittisen teorian ja etenkin marxismin kyvyttömyyttä nähdä alistus naisalistuksena ja valtiollinen kuri ja kontrolli sellaisena, joka kohdistui spesifisti myös naisiin. (Anttonen 1997, 10–11.) Fiona Williams (1989) on omassa *Social Policy* -kirjassaan tuonut esiin Doyalin uraauurtavat tutkimukset eri etnisiin ryhmiin kuuluvien naisten kohtelusta kansallisen terveystalouden (NHS) asiakkaina sekä työntekijöinä. Suomessa kriittinen naisten terveystutkimus sai virikkeitä sekä yhdysvaltalaisesta että brittiläisestä keskustelusta (Riskä 1985; Henriksson 1987).

Britanniassa Townsendin ja Davidsonin (1982) tutkimus, joka nimettiin sen synkkien tulosten perusteella *Black Reportiksi*, herätti ilmestyessään maailmanlaajuisia huomiota. Se horjutti vakavasti uskoa terveystalouden mahdollisuuteen vaikuttaa sosiaaliryhmien välisten sairastavuuserojen vähentämiseen. Sen jälkeen lukuisat tutkimukset ovat todentaneet saman tuloksen. Myös Lesley Doyal (1979) on arvioinut kriittisesti maansa terveydenhuoltojärjestelmää ja terveystaloutta. Suomessa Jedit Hasanin ja METELI -tutkimusryhmän työ oli liittynyt samaan aihepiiriin. Suomessakin sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat säilyneet, osittain jopa kasvaneet, vaikka terveystalouttamme tavoite on sama kuin brittiläisten, eli terveyden tasa-arvo ja molemmissa maissa on panostettu runsaasti erityisesti julkisiin varoin rahoitettuun perusterveydenhuoltoon (Palosuo ym. 2004; Aukee 2010.)

Doyalin teos *The Political Economy of Health* satoi yhteen monta aikalaiskeskustelua. Lisäksi se toi terveyden tutkimukseen marxilaisen poliittiseen taloustieteen näkökulman, jossa sekä sukupuolten että rotujen terveydellinen eriarvoisuus oli huomioitu, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla (Doyal 1979, 96–137, 239–2909). Kriittinen naisten terveystutkimus jatkui Britanniassa 1980–90-luvuilla. Tuolloin Doyal oli siinä vahvasti mukana (Doyal 1995, 1998). Tämä keskustelu siirtyi hyvin pian Suomeen ja Doyal oli yksi sen tänne tuojista (Doyal 1984). Suomalaisesta näkökulmasta Doyalia voi pitää sosiaalilääketieteilijänä, mutta omassa maassaan hänet tunnetaan parhaiten terveyden poliittisen taloustieteen ja kriittisen naisten terveystutkimuksen edustajana. Brittiläistä terveydenhuoltoa ovat kriittisesti arvioineet ennen kaikkea terveyden sosiologit. Terveyden sosiologia on ollut Britannian sosiologiyhdistyksen suurin osa-alue. Suomessa Sosiaalilääketieteen yhdistys on toiminut katto-organisaationa eri tieteiden pohjalta tehtävän terveystutkimuksen esittelylle. Yhdistyksen terveyden sosiologian jaos perustettiin vuonna 1983. Britanniassa kriittinen yhteiskuntatieteellinen terveystutkimus

laajeni 1980-luvulla pääasiallisesti *Black Reportin* ansiosta. Suomessa tämä keskustelu ei kuitenkaan enää laajentunut, vaan se pikemminkin kääntyi makrotasolta mikrotasolle (Karisto & Rahkonen 2000; Aukee 2010.)

Doyalin analyysi ja kritiikki kohdistuivat myös akateemiseen sosiaalipolitiikkaan ja terveyden sosiologiaan, niiden lähes symbioottiseen valtiosuhteeseen. Näillä aloilla lähes kaikki opetus oli keskittynyt hyvinvointivaltion hyvien ja huonojen puolien esittelyyn. Akateeminen opetus heijasti hänen mukaansa kuin peili sosiaalidemokratian ja hyvinvoinnin ideologiaa. Brittiläisen sosiaalitieteen hyvinvointiteorialla oli hänen mukaansa täysin sama ideologia kuin ”hyvinvointivaltiolla”. Sosiaalihallinnollinen näkökulma korostaa valtion puuttumista tiettyihin ongelmiin, joita muun muassa teollistuminen tuottaa. Valtiolle lankeaa ”integratiivinen” rooli pitää yhteiskunta koossa. Lääketiede tieteellisen luonteensa vuoksi pitää huolen sairaista ja kärsimyksen lievittämisestä. Sosiaalipoliittinen lähestymistapa ei onnistu syvästi pureutumaan esimerkiksi sairastavuuden sosiaalisten erojen syihin, koska se ei ota huomioon lääketieteellisen käytännön laajempaa roolia yhteiskunnassa. Kun se ei sitä tee, se tulee vain toistaneeksi ja lujittaneeksi laajalle levinyttä käsitystä lääketieteen yhteiskunnallisesta tehtävästä. (Doyal 1979, 13–15; Aukee 2010.)

2.3 Uutta sosiaalilääketiedettä määrittävät tekijät

Tässä luvussa esitellään tekijöitä, jotka kirjallisuuden perusteella osoittautuivat olennaisiksi määriteltäessä uutta sosiaalilääketiedettä. Samat tekijät vaikuttivat kyselytutkimuksen analyysissä esille otettaviin kysymyksiin. Tutkimuksen yhteenvedossa ja johtopäätöksissä yhdistetään kirjallisuuteen perustuvan katsauksen ja empiirisen tutkimuksen tuottama kuva sosiaalilääketieteen muotoutumiseen vaikuttaneista tekijöistä.

2.3.1 Lääketiede

Termiä lääketiede käytetään ikään kuin olisi kyse yhdestä jotenkin rajattavasta tieteenalasta. Lääketiede muodostuu useista eri tieteistä, jotka voivat erota suurestikin toisistaan. Lääketieteen sisällä on käyty tiukkaa rajanvetoa eri aikakausina, mikä tieteenala kuuluu lääketieteeseen ja mikä ei, esimerkkeinä kirurgia ja psykiatria (Vuori 1979, 101–102, 130–133). Näissä kamppailuissa se, minkä me tunnemme biolääketieteen nimellä, eli lähimpänä luonnontieteitä oleva alue on ikään kuin perinyt voiton, eli lääketieteeseen suhtaudutaan kuin se olisi luonnontiede (ks. Doyal 1979, 27–36). Lääketiede jakautuu useisiin kymmeneen, ehkä

satoihin erikoisaloihin. Lääketiedettä pidetään yleisesti tieteenä, mitä se tietysti onkin, mutta lääketiede (medicine) on tiede, jossa yhdistyvät tieteellinen tieto ja lääkärin työ. Tätä kuvaa suomenkielisisissä teksteissä käytetty termi medisiina, koska ei ole suomenkielistä termiä kuvaamaan tätä kaksinaisuutta. Lääketieteilijän käytännöllinen taito perustuu sekä lääketieteelliseen tietoon että käytännön kokemukseen lääkärin työstä. Tieteellinen, lääketieteellinen tieto on nopeasti kehittyvää ja muuttuvaa. Kun lääkärin työn kohteena on elävä organismi, ihminen ja hänen elämänsä, tulee lääkärin työstä erityisellä tavalla vaativaa, arvokasta ja arvostettua.

Kirjoitettu lääketieteen historia ei yleensä esittele sosiaalilääketiedettä erikseen ja lääketiede määritellään sangen laajasti: "Lääketiede on terveyden ylläpitämiseen ja palauttamiseen sekä sairauksien ehkäisemiseen ja hoitoon kohdistuva tiede" (Ignatius 2000, 502). Teoksessaan *Ihmistieteiden filosofiset perusteet* Matti Juntunen ja Lauri Mehtonen (1977) avasivat keskustelun lääketieteestä ihmistieteenä. He lukivat ihmistieteisiin humanistiset tieteet, yhteiskuntatieteet ja oikeustieteen ja totesivat lääketieteeseen liittyen:

"On olemassa tieteellisen tutkimuksen alue, jonka suhde ihmistieteen käsitteeseen on ongelmallinen. Tämä alue on lääketiede. Metodeiltaan lääketiede muistuttaa (psykiatria osittain poisluettuna) luonnontiedettä ja useat lääketieteen piirissä tehdyt yksittäistutkimukset ovat asiallisesti biologista tutkimusta. Mutta tieteellisenä kokonaisuutena lääketiede on, *poikkeuksellisella tavalla* inhimillisten arvojen jäsentämä. Voidaan väittää, että puhtaalle luonnontieteelliselle tutkimukselle jokainen organismin tila on kvalitatiivisesti samanarvoinen, kun taas lääketieteessä *terveyden* käsite (arvo) toimii tutkimuksessa sisäisenä normina, joka erottaa laadullisesti toisistaan sen, jota pitää lisätä (terveys) ja sen, jota pitää vähentää (sairaus). Luonnontieteen näkökulmasta terveen ja sairaan organismin välinen ero saattaa olla määrällinen "aste-ero", mutta on *käsitteellinen erehdys väittää*, että terveyden ja sairauden välinen ero olisi sekin vain kvantitatiivinen. Se, jonka pitää olla (terveys), eroaa näet välttämättä *laadullisesti* siitä, joka ei saisi olla (sairaus). Ja ilman tätä perusnormia, lääketieteellä ei ole sen paremmin teoriana kuin praksiksenakaan mitään mieltä. Voidaan siis puolustaa ajatusta, että lääketiede olisi erikoislaatuinen normatiivisuutensa johdosta (luonnontieteen menetelmiä käyttävä) ihmistiede." (Emt., 22–23.)

Mehtosen ja Juntusen analyysi ottaa kantaa terveyskäsitteeseen yleisesti hyväksytyistä määritelmistä poikkeavalla tavalla kiistäessään yleisen oletuksen terveyden ja sairauden jatkumoluonteesta. Jatkumossa, jossa sairaus on toisessa päässä, ei toisessa päässä olekaan terveys, vaan ei-sairaus tai epäsairaus. Terveys on laadullinen ominaisuus, jota ei ole vähän tai paljon, vaan jota arvioidaan ei-määrällisin kriteerein. Tähän samaan ovat kiinnittäneet huomiota myös lääketieteen filosofit (ks. Reuter 1994).

Tuula Laaksovirran (1979) mukaan lääketieteen tehtävänä on terveyttä ja sairautta koskevien ongelmien ratkaiseminen. Ratkaisun keskiössä ovat tutkijat. Lääketieteen osajärjestelmien tehtävänä on mahdollistaa ja auttaa lääketieteellisten ongelmien ratkaisussa ja tulosten yhteiskunnalliseen käyttöön saattamisessa. Näin määriteltynä lääketiede kattaa niin perus- kuin soveltavankin tutkimuksen sekä lääketieteen teknologian ja käytön. Sosiohistoriallisena järjestelmänä lääketiede on sidoksissa muihin yhteiskunnan osajärjestelmiin ja yhteiskuntaan kokonaisuudessaan. (Emt., 47.)

Laaksovirran malli lääketieteestä sopii myös sosiaalilääketieteeseen. Se on teoriaa ja praksista ja sitä konstruivat pitkälti samat yhteiskunnalliset toimijatahot kuin lääketiedettä. Noron (1957) mukaan Jules Guérin käytti ensimmäisenä julkisuudessa sanaa sosiaalilääketiede vuonna 1848. Hän määritteli sosiaalilääketieteen kaikiksi niiksi suhteiksi, jotka vallitsevat lääketieteen ja yhteiskunnan välillä. Rosen (1972, 38) kiistää tämän ja osoittaa, että pitkä historiallinen kehitys johti sosiaalisen ja lääketieteellisen yhdistämiseen. Ja esimerkiksi Foucault oli käyttänyt termiä ”sosiaalihygienia” vuonna 1844 tutkimuksessaan, joka koski kroonisten sairauksien ehkäisyä. Samanlaisia ideoita esitti samaan aikaan Saksassa Rudolf Virchow (1848).

Ruotsissa ja Suomessa tunnettiin (Hietala 1992) eurooppalainen keskustelu sosiaalilääketieteestä, mutta käsitteiden määrittelyyn tuli tarve oppiaineen eriytyessä omaksi tieteenalaksi, joka tarvitsi perusoppikirjoja. Noron *Sosiaalilääketieteen perusteet* (1957) palveli kauan terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa käytännönläheisyytensä takia, mutta sosiaalilääketieteilijöiden ammatti- ja tiedekirjon laajentuessa tarvittiin uudenlaista tieteenalan määrittelyä. Ruotsalainen Gunnar Inghe esitti oppikirjansa *Socialmedicin* (Del 1 1979, 6) alkusanoissa sosiaalilääketieteen määritelmän, jonka on laatinut amerikkalainen Mervyn Susser:

”The basic sciences and skills of social medicine, apart from the common core of medical knowledge, are epidemiology and the social sciences. By means of epidemiology social medicine studies the distribution of health, sickness and disease in social collectivities, and the factors associated with these distributions. By means of social sciences, social medicine interprets the significance of these distributions, studies behavior related to health and sickness, and analyzes the structure and function of medical organizations. In brief, social medicine is the application of epidemiology and the social sciences to the study and care of patients individually and in mass.” (Susser 1966, 10.)

Susser tiivistää määritelmässään sosiaalilääketieteen tieteeneksi, jossa sovelletaan epidemiologista ja yhteiskuntatieteellistä osaamista potilaiden ja potilasryhmien hoitamiseen

ja tutkimiseen. Myös epidemiologia-käsitteestä on esitetty määritelmiä, joista toinen ääripää on lähempänä kuvailevaa, ennemminkin metodista tiedettä ja toinen taas laaja sairauksien esiintyvyyden kuvaamisen lisäksi niiden yhteiskunnallisiin syihin porautuvaa (vrt. sosiaaliepideologia; Laaksonen & Silventoinen 2011). Inghe korostaa, että sosiaalilääketieteellä on sekä makro- että mikrotaso, joiden yhdistäminen on välttämätöntä. Jatkuva yhteys tavallisten ihmisten arkielämän huoliin ja tarpeisiin auttaa sosiaalilääketiedettä suuntautumaan myös yleisten yhteiskunnallisten ongelmien tutkimiseen. Hän tuo esiin sosiaalilääketieteen yhteiskuntakriittisen menneisyyden ja yhteiskunnan muuttamisen tehtävän. Hän korostaa sosiaalilääketieteilijöiden yhteiskunnallista vastuuta ja on valmis esittämään lääketieteen koulutukseen opetusta yhteiskunnallisesta vaikuttamisesta, esimerkiksi toimimisesta potilaiden puolustajana ja asianajajana. (Inghe 1979, 6–7.) Inghe ei voinut esittää sairastavuuden ja kuolleisuuden sosiaaliryhmittäisiä eroja haluamallaan tavalla, sillä ruotsalainen tilastointijärjestelmä ei ollut kehittänyt sosiaaliryhmäluokitusta ajankukaiseksi.

Susserin näkökanta, että sosiaalilääketiede on yhdistelmä epidemiologiaa ja yhteiskuntatiedettä oli meilläkin esillä kansanterveystieteen keskusteluissa 1970- ja 1980 -luvuilla. Sosiaalilääketieteen määrittely korvautui 1970-luvun jälkeen kansanterveystieteen määrittelyllä, joskin molemmat termit esiintyivät keskusteluissa. Veikko Pietilä ja Pekka Kopteff (1978) pohtivat soveltavan kansanterveystieteen ongelmia lähtökohtanaan Kai Sieversin heille haastattelussa 10.3.1976 esittämä määritelmä:

"Kansanterveystieteen tavoitteena on tuottaa sellaista systemaattista ja luotettavaa tietoa, jonka avulla voidaan valita keinoja väestön terveyden parantamiseksi ja ylläpitämiseksi". (Sievers 1976.)

Sieversin määritelmä edustaa 1970-luvun sosiaaliteknologista ajattelua, jonka ensimmäisiä ilmentymiä terveyspolitiikassa olivat Talousneuvoston (1972) raportissa esitetyt tavoitekeinoasetelmat suunnittelun tueksi. Ajan henkeen kuuluivat systeemiteoria, rationaalinen ajattelu ja suunnittelu sekä usko teknologian kaikkivoipaisuuteen. Pietilä ja Kopteff näkivät soveltavan tieteen, tässä kansanterveystieteen, ongelmaksi sen, että se ei pysty asettamaan käytäntöä itseään tutkimuskohteekseen. Kun käytännön perusteita ei kyseenalaisteta, tutkimus pyrkii vain tuottamaan tietoa käytännön palvelukseen. Samalla tiede menettää mahdollisuutensa itseymmärrykseen. Kansanterveystieteen pitäisi ensin ymmärtää terveys sosiaalisena ilmiönä ja sitä määrittävät tekijät, koska terveys sosiaalisena ilmiönä – tai ongelmana - on synnyttänyt kansanterveystieteen itsensä (Pietilä & Kopteff 1978, 227–229).

Britanniassa Lesley Doyal (1979, 12–17) kritisoi akateemista brittiläistä sosiaalipoliittikkaa ja sosiologiaa samoin argumentein.

1990-luvulla keskusteltiin jälleen kerran kansanterveystieteen/sosiaalilääketieteen määrittelystä ja alasta. Tutkimusrahoitusta koskeneen seminaarin (Gissler ym. 1998) alustajat käyttivät vaihtelevasti termejä kansanterveystiede ja sosiaalilääketiede. Yksi tapa kiertää aihe oli olla puhumatta tieteistä, sen sijaan puhuttiin tutkimuksesta. Marja Jylhän (1998) mukaan kansanterveystutkimus voidaan ymmärtää kolmella tavalla:

”Ensiksikin se voidaan ymmärtää kansanterveysongelmien tutkimukseksi, sekä epidemiologiseksi että biokemiaan tai genetiikkaan perustuvaksi. Toinen vaihtoehto on ymmärtää kansanterveystutkimus väestötason tutkimukseksi siinä, missä muut terveystutkimuksen alueet keskittyvät yksilöön tai ihmistä pienempiin biologisiin kokonaisuuksiin. Kolmas näkökulma käsittää kansanterveystieteen sosiaalilääketieteenä siten, kuin esimerkiksi Jeddi Hasan (1989) on sitä hahmotellut. Tällöin olennainen määrittäjä ei ole tutkimusaihe vaan teoreettinen ja metodologinen lähestymistapa ja tematisointi: jos biolääketiede (siinä mielessä jossa sanaa Suomessa käytämme) tutkii terveyttä luonnonilmiönä luonnontieteen välinein, tutkii sosiaalilääketiede terveyttä ja sairautta sosiaalisen maailman ilmiönä ja sen ehtojen alaisena.” (Jylhä 1998, 33–34.)

Jylhän mukaan ihmisten terveyden ehdot ja sen edistämisen edellytykset paljastuvat vain osaksi laboratorioissa ja luonnontieteen menetelmin ja terveys on

”yhä ratkaisevammin ihmisten ymmärryksen, merkityksenantojen ja toiminnan tulosta. Vain näiden sosiaalisten prosessien kautta voi mikään biologisen perustutkimuksen läpimurto tulla ihmisten maailman hyödylliseksi osaksi. Näiden ilmiöiden tutkimuksen lähtökohdat ovat usein enemmän sosiaalitutkimuksessa kuin luonnontieteessä.” (Emt., 33–34.)

2.3.2 Sosiaalinen

Sosiaalisella viitataan yleisimmin yhteiskuntaan (societas) ja kumppanuuteen (socius). Yhteiskuntatieteiden tutkimuskohteena on ihminen yhteiskunnassa. Yksinkertaiselta kuulostava lause paljastuu hankalaksi tutkia, sillä on vaikea määritellä mikä on se yhteiskunta, mitä tutkitaan (ks. Pietilä & Sondermann 1994). Sosiologiassa tutkitaan ihmisen rakentamia yhteisöjä, organisaatioita, instituutioita ja ryhmiä – ihmistä sosiaalisissa yhteyksissään. Täten terveydenhuollon instituutiot, sairaalat ja muut henkilökuntineen ja potilaineen ovat yksi sosiologisen tutkimuksen kohde. Riskan (1982) mukaan kolme aiheetta on sävyttänyt terveydenhuoltojärjestelmään liittyvien ongelmien pohdiskelua ja myös terveydenhuollon tutkimusta viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana: terveydenhuollon saavutettavuus, terveydenhuollon kontrolli ja terveydenhuollon kustannukset. Sosiologisesta ja

sosiaalipsykologisesta viitekehuksesta käsin on tutkittu myös esimerkiksi lääkärin ja potilaan välistä suhdetta ja hoitoa eri näkökulmista (Peräkylä 1990). Tutkimuskohteen rajaamisen vaikeus tekee yhteiskuntatieteistä spekulatiivisemmän, mutta ei suinkaan epätieteellisemmän alan kuin esimerkiksi lääketiede. Tieteentutkimus taas tarkastelee meta-tasolta tieteiden erityispiirteitä, kuten eriytymistä, kehittymistä tai asemaa.

Sosiaalinen toimii taustalähtökohtana periaatteessa kaikelle ihmiselle koskevalle tutkimukselle. Sosiaalinen on mukana valtioiden välisissä suhteissa, henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa sekä sosiaalisen ympäristön ja ihmisen elimistön välisissä suhteissa. Sosiaalisella on eri tasoja ja ulottuvuuksia ja myös painotuksia. Siksi sosiaalinen saa erilaisia merkityksiä eri yhteyksissä. Esimerkiksi yhteiskuntapolitiikassa on erotettu erilaisia individualistisia ja kollektiivisia kausia, jolloin politiikkaa ovat ohjanneet enemmän yksilöiden tai laajempien ryhmien etuja ajaneet aatteet (Ringén 1977; Alasuutari 1996). Hyvinvointivaltiokeskusteluissa sosiaalisella on ymmärretty sosiaaliseen liittyvää solidaarista vastuullisuutta ja huolenpitoa sekä välittämistä yhteiskunnan heikompiosaisista (Julkunen 1993, 258–259).

Karisto, Lahelma ja Rahkonen (1990) ovat tarkastelleet 'sosiaalisen' asemaa lääketieteen tutkimuskentässä neljänä historiallisena ajanjaksona. Ensimmäinen vaihe kuvaa sosiaalisen näkökulman tuloa lääketieteeseen, ajanjaksoa 1840–1870, jolloin sosiaalilääketieteellinen tutkimus syntyi. Tuolloin 'sosiaalinen' tarkoitti sitä, että kuuluminen tiettyyn sosiaaliryhmään tai luokkaan altistaa yksilön terveyden vaaroille. Sosiaalista ajattelua ei kirjoittajien mukaan varsinaisesti tuotu lääketieteeseen ulkoapäin, vaan keskustelu sosiaalisesta kysymyksestä käynnistyi lääketieteellisen yhteisön sisällä samanaikaisesti kuin monilla muillakin kentillä. Toisessa vaiheessa, 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa sosiaalinen ajattelu integroitui lääketieteen osaksi. Sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen varhaisvaiheessa sosiaalinen heijasti sivistyneistön kiinnostusta rahvaan elämään ja olosuhteita kohtaan. Kansallisuusaate, fennomaaninen kulttuuriradikalismi, valistusaate ja romanttinen kansakäsitys olivat pontimena tutkimukselle. Vuosisadan lopulla sosiaalisten pyrkimysten ideologiseksi taustaksi täsmentyi saksalaismallinen sosiaalipoliittinen ajattelu. Siinä kohtasivat sosiaaliset uudistuspyrkimykset ja kansallista eheyttä ajava konservatismi. Sosiaalinen lääketiede oli aatemaailmaltaan porvarillista reformia, vaikkakin joillakin sosiaalilääketieteilijöillä oli yhteyksiä työväenliikkeeseen. 1900-luvun alussa sosiaalilääketieteellä oli vankka asema lääketieteessä. Kolmannessa vaiheessa, itsenäistyneessä Suomessa sosiaalilääketieteen asema muuttui. Suuret yhteiskunnalliset muutokset lisäsivät hallinnon tutkimustarpeita ja lääketieteessä ja

lääkäriammattikunnassa tapahtuneet muutokset vahvistivat luonnontieteellisen paradigman asemaa. Köyhyyden, elinolojen ja yhteiskuntaluokkien rakenteellisesta tarkastelusta siirryttiin 1920- ja 1930-luvulla ongelmakohtaiseen, institutionaaliseen ja sektoroituun tarkasteluun, jossa lääkärien ammattikunnasta kumpuavat kysymykset saivat etusijan. Neljäs vaihe, sotienjälkeinen kausi 1950-luvulta lähtien toi sosiaalitieteellisen tutkimuksen terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimukseen. (Karisto ym. 1990.)

Ranskassa, Saksassa ja Englannissa, missä teollinen vallankumous ensimmäiseksi tapahtui ja myös sen sosiaaliset ongelmat nousivat esiin, oli yhteiskunnallinen reformiliike voimakas ja sen osana sosiaalilääketieteellisen ajattelun ja toiminnan kehitys. Vaikka lääketieteilijät olivat tietoisia tieteen uusista tuulista, ei suomalaisen yhteiskunnan tilanne 1800-luvun puolivälissä ollut verrattavissa suuriin Euroopan teollisuusmaihin. Suomen teollistuminen alkoi paljon myöhemmin ja tapahtui nopeimmin maailmassa. Suomessa terveydenhuollon kehitys on myös edennyt omalla poikkeuksellisella tavallaan ja osa sitä kehitystä on ollut lääkärien ammattikunnan aseman nopea nousu (Konttinen 1991). Toisaalta Suomessa myös sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien sekä muun terveydenhuoltohenkilöstön kehitys lienee ainutlaatuista. Näiden muiden ammattien tutkiminen on syventynyt 1990-luvulla (Henriksson 1998; Henriksson & Wrede 2004). Terveyden ja sosiaalialan ammattien kehitys on rakenteellista ”sosiaalista”, joka on osa sosiaalilääketieteenkin kehitystä.

Sosiaalitutkimuksessa sosiaalinen viittaa yhteiskunnallisiin ryhmiin, joihin väestö jakautuu iän, sukupuolen, ammatin, koulutuksen tai jonkun muun erottelevan tekijän suhteen. Sosiaalilääketieteellinen tutkimus on todentanut alhaisen sosiaalisen aseman ja korkean sairastavuuden välisen yhteyden. Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen monitieteisissä väestön terveyshaastattelututkimuksissa ei käytetty Urho Rauhalan (1966) kehittämää sosiaaliseen asemaan perustuvaa luokittelua eikä tuloksia analysoitu luokka- tai eriarvoisuusnäkökulmasta. Tämän tutkimuksen avulla ei ole mahdollista osoittaa, oliko luokkakysymys vielä 1960-luvun lopullakin niin arka aihe, ettei sitä voitu ottaa tulosten analyysissä selkeästi esiin. Rauhalan sosiaaliryhmäluokitusta käytettiin kuitenkin laajasti sosiaalialan opinnäytetöissä. Sosialismia kohtaan tunnettu pelko tuli esiin tieteenalan nimikysymyksissä niin Suomessa kuin Yhdysvalloissakin. Tätä olettamusta tukee myös METELI -tutkimuksen kohtaama vastustus ja suorainen vaino muutama vuosi ensimmäisten Kelan haastattelujen jälkeen, 1970-luvun alussa.

Sosiaalilääketiede on määritelty tieteeksi, joka tutkii terveyden ja yhteiskunnan välisiä suhteita. Tutkimuksessa väestö on usein jaoteltu ryhmiin, joiden sisäisiä tai välisiä eroja

tarkastellaan. Sosiaaliryhmällä viitataan hierarkkisiin sosiaalista asemaa kuvaaviin muuttujiin ja mittareihin, joita rakennettaessa käytetään tietoja koulutuksesta, taloudellisesta ja ammatillisesta asemasta. Timo Piiraisen ja Juho Saaren (2002) toimittamassa teoksessa *Yhteiskunnalliset jaot* tarkastellaan 1990-luvun perintöä ja rakennellaan tilinpäätöstä sen saavutuksista. Lähtökohtana on yhteiskunnallisten jakojen jyrkkeneminen, joka uhkaa elämänmahdollisuuksia. 1990-luku merkitsi kansantalouden, julkisen talouden, työmarkkinoiden, aluerakenteen ja sosiaalipolitiikan murrosta. Kirjoittajat toteavat, että perinteistä luokkajakoa on kirjallisuudessa käsitelty vähän, samoin kuin julkisen sektorin ja sosiaalipolitiikan merkitystä luokkajakojen sääntelyssä. (Piirainen & Saari 2002, 5–12.) Mainitussa teoksessa tutkijat Ossi Rahkonen ja Eero Lahelma ottavat kantaa näkemykseen, jonka mukaan luokat olisivat menettämässä merkitystään ihmisiä jakavina ja luokittelevina tekijöinä. Rahkosen ja Lahelman mukaan sosioekonominen terveystutkimus pikemminkin osoittaa päinvastaista: lukuisat tutkimukset jo 1980-luvun alusta lähtien ovat osoittaneet, että sosioekonomisen aseman – siis ammatin, koulutuksen ja tulojen – mukaiset terveydentilan erot ovat selvät ja myös valitettavan sitkeät. (Rahkonen & Lahelma 2002, 274–275.) Samaa todistavat 44 kirjoittajaa Palosuon ym. (2007) teoksessa *Terveyyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveystilanteiden muutokset 1980–2005*.

Suomesta puuttuu lähes tyystin yhteiskunnan valtarakenteiden ja terveyden välinen makrotasoinen tutkimus. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen yhteyteen vuonna 1983 perustettu terveys sosiologian ryhmä on koettanut järjestämiensä seminaarien ja Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden artikkelien ja teemanumerojen (Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 5/1984 ja 2/1987) avulla nostaa keskustelua muun muassa vallasta, kontrollista ja palveluyhteiskunnan patologioista. Seminaareissa on esiintynyt myös kansainvälisesti tunnettuja sosiaalilääketieteilijöitä, muun muassa Leslie Doyal, John McKinley ja Sara Arber. Historian tutkijat ovat löytäneet sosiaalilääketieteen, taloustutkijatkin, mutta politiikan tutkijat eivät.

Sosiaalisen merkitykset ovat puhuttaneet myös sosiaalipolitiikan laitoksia, yhdistystä ja lehteä nimikysymyksen kautta. Kun Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen nimi muuttui vuonna 2004 yhteiskuntapolitiikan laitokseksi, käytettiin perusteena yhteiskuntapolitiikan laaja-alaisuutta, joka paremmin vastasi laitoksen laaja-alaista sisältöä. Yhteiskuntapolitiikka-termi oli tullut käyttöön jo 1900-luvun alussa, jolloin käännettiin vilkkaasti alan saksalaista kirjallisuutta. Kun suomentaja O. Hannikainen käänsi vuonna 1911 R. van der Borghin *Grundzuge der Sozialpolitik* suomeksi *Yhteiskuntapolitiikan pääpiirteet*, hän päätyi keskustelujen jälkeen ”sosiaalipolitiikan” korvaamiseen ”yhteiskuntapolitiikalla”

sen vuoksi, että ”sosiaalipolitiikka” sekoitettiin helposti sosialismiin. (Rahkonen 2004, 5.) Sosiaalipoliittinen yhdistys lakkautti vuodesta 1976 ilmestyneen vuosikirjansa ”Sosiaalipolitiikka” vuonna 1992 ja jatkoi julkaisutoimintaa tieteellisellä aikakauslehdellä ”Janus” (Eräsaari 1992). Januksesta tuli vanhan sosiaalipolitiikka-tieteen ja uuden kasvavan tieteellistymisensä prosessissa olevan tutkimussuuntauksen, sosiaalityön, yhteinen julkaisufoorumi. Nimenmuutokset ovat taitekohtia, jotka voivat heijastaa tieteenalan sisäisiä tai ulkoisia muutoksia.

Sosiaalipolitiikan uudessa kirjassa (Palola & Karjalainen 2011) pohditaan sitä, miten globaali talousretoriikka on työntänyt käytännössä sosiaalisen yhä sivummalle. Kun hyvinvointia enenevästi tarkastellaan mieluummin yksilöiden kuin väestöryhmien tasolla, se muuntuu yhä yksilöllisemmäksi (ja samalla myös yhä enemmän terveydelliseksi ja kunkin yksilön elintapoihin liittyväksi) kysymykseksi. Tätä kehitystä ilmentää muun muassa terveyden edistämisen tematiikan nouseminen niin vahvaan asemaan niin erilaisissa politiikkastrategioissa kuin julkisessa keskustelussakin 2000-luvulla. Perinteinen Sosiaalipoliittinen tavoite, toimeentulon tasaisemmasta turvaamisesta erilaisten sosiaalisten riskien varalta saa antaa jatkuvasti tilaa yksilöiden terveyden ja elintapojen parantamisen tavoitteille. (Karjalainen & Palola 2011, 8–9.)

2.3.3 Kokonaisvaltaisuus

Kokonaisvaltaisuus tulee sosiaalilääketiedekeskusteluissa esiin pyrkimyksissä määritellä terveyttä, terveyskäyttäytymisen teoreettisia malleja ja monitieteistä lähestymistapaa. Suomalaisen sosiaalilääketieteen tunnetuin malli on emeritusprofessori Tapani Purolan 1970-luvun lopulla kehittämä käsitteellinen malli, joka tunnetaan hänen nimellään. Itse asiassa Purola on kehittänyt kaksi mallia, joista ensimmäinen on systemiteoreettinen malli terveystalouden käyttäjästä kokevana ja tiedostavana toimijana (Purola 1971) ja toinen kuvaa terveyden ja sairauden käsitteen ulottuvuuksia kolmessa ontologisesti erilaisessa järjestelmässä (Purola 1981). Mallien idea on lyhyesti seuraava:

”Lähtökohtana on arkihavaintoon perustuva – mutta filosofisestikin kiinnostava – oletus, että ihminen on sosiaalisina yhteisöinä elävä, älyjohtoinen organismi. Ihminen on myös luonnonjärjestelmään kuuluva organismi, jonka sisäiset rakenneviat ja toimintahäiriöt on opittu lääketieteessä tunnistamaan taudeiksi, vioiksi ja vammoiksi. Taudit, viat ja vammat tuottavat ihmiselle hänen ulkoisessa toimintatilanteessaan, ts. yhteisössä ja yhteiskunnassa, jonkinasteista toimintakyvyttömyyttä (disability), tai pätemättömyyttä (invalidity) tai haittaa (handicap). Nämä ilmiöt antavat sairaudelle sosiologisen merkityksen, mikä ilmenee myös

kollektiivisina käytännön sovelluksina. Kun ihminen on älyllinen, sekä sisäisen että ulkoisen tilansa tiedostamiseen pystyvä, ihminen havaitsee, tulkitsee, ymmärtää ja määrittelee asioita ja niiden välisiä merkityssuhteita kipuna, ahdistuksena, haittana, tulevaisuuden uhkana tai pelkona, ts. pahana (ill-health), paljolti senkin mukaan, mitä ympäröivä lääketieteellinen ja muu kulttuurinen ympäristö on hänelle opettanut. Näin syntyvä, ihmisen mielen sisältöön kuuluva ”koetun sairauden” käsite on se, jonka ohjaamana ihmisen voidaan olettaa hakeutuvan hoitoon tai sitten ei.” (Purola 2000.)

Malli siis kuvaa (olettaa) kolme ontologisesti eriaineksista osajärjestelmää, jotka kuitenkin ovat saman kokonaisjärjestelmän – ihmisen – toiminnallisia ja toisiinsa sidottuja osia. Lauri Rauhala (mm. Rauhala 1983 ja 1988) on omissa kirjoituksissaan, näitä samoja asioita käsitellessään puhunut ihmisen olemismuodoista: kehollisuudesta, situationaalisuudesta ja tajunnallisuudesta. Rauhala on käynyt useita vuosia kiihkeää debattia lääkärikunnan (psykiatrien) kanssa näkemyksestään, jonka mukaan ihmisen mieli ei voi olla samalla tavoin sairas kuin hänen fyysinen ruumiinsa, eli samaa käsitejärjestelmää ei tule hänen mukaansa käyttää kuvaamaan fyysisiä ja mielellisiä prosesseja (ks. Puhakainen 2000).

Eri ihmistieteiden teoreettisissa oletuksissa ja viitekehyksissä korostuu ihmisen eri olemuspuolia koskeva tieto: lääketieteessä kehollisuus, fyysinen ja biologinen, yhteiskuntatieteissä situationaalisuus ja sosiaalinen, psykologiassa ja psykiatriassa tajunnallisuus ja psyykkinen. Kunkin olemispuolen erityisongelmien ympärille on rakentunut sektoroitunut terveydellinen tai sosiaalihuollollinen palvelujärjestelmä. Järjestelmän toiminnassa jokin kolmen ulottuvuuden tietojärjestelmästä saa ensisijaisen aseman. Koska ihminen on holistinen, moniulotteinen kokonaisuus, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen, tulisi esimerkiksi ammattiauttajien tunnistaa toimenpiteidensä vaikutuksia koko systeemiin eikä vain sen rajattuun osaan. Samalla tavoin kuin ihmisen hoitaja tarvitsee kokonaisvaltaista käsitystä ihmisestä, tarvitsevat tutkijat monitieteisyyttä ja palvelujärjestelmät yhteistyötä. Purolan ja Rauhalan mallit ovat pyrkineet erittelyillään kuvaamaan kompleksista kokonaisuutta ja ihmisen olemismuotojen riippuvuutta toisistaan. Mallit toimivat heuristisina ja analyttisinä apuvälineinä myös monitieteisyyden teorian kehittämiseen.

1960- ja 1970-lukujen vaihteessa perinteinen lääketieteeseen nojaava terveyden ja sairauden määrittely kyseenalaistettiin. Terveyden määrittelyyn ei enää riittänyt pelkästään sairauksien poissulkeminen, vaan alettiin etsiä terveyden essentiaalista erilaisuutta ja yhteyttä ihmisen omaan kokemukseen. Suomalainen keskustelu terveydestä alkoi suhteellisen myöhään, verrattuna esimerkiksi WHO:n piirissä käytyyn keskusteluun, joka alkoi ja on jatkunut maailmanjärjestön perustamisesta lähtien. Suomessa sosiaalilääketieteellisiä

terveyskäsitteitä esittivät ensimmäisinä Jeddi Hasan (1969), joka pohti terveyttä ja sairautta toimintakykyisyydestä käsin, Tapani Purola (1971), joka rakensi sairauden kokemisen tiedostamisen lähtökohdista mallia hoitoon hakeutumiselle, Patrik Törnudd (1971), joka puuttui terveys- ja sairauskäsitysten arvoisältöihin ja niiden näkyviksi tekemiseen ja Juhani Lehto (1972), joka kritisoi Purolan systeemistä mallia psykologisen käsitteistön siirtämisestä yhteiskunnallisen ilmiön kuvaamiseen. Jatkokeskusteluissa sosiologisemmin painottuneet näkökulmat (Törnudd ja Lehto) jäivät vähäiselle huomiolle ja keskustelu jatkui koetun terveyden -käsitteen ympärillä. Lääketieteen maailmassa potilaan kokemusten merkityksellisyys huomioiminen tutkimuksessa oli hämmentävää vielä 1980-luvun alussa (ks. Rimpelä 1982). Yhteiskuntatieteissä käytiin hyvinvointikeskustelua, jonka kehityksessä terveys nähtiin ennemmin resurssitekijänä kuin itseisarvona.

Antti Karisto tarkasteli (1984) väitöskirjassaan *Hyvinvointi ja sairauden ongelma* terveyden – sairauden ja hyvinvoinnin yhteyksiä. Terveys oli aikaisemmin tehdyissä hyvinvointitutkimuksissa (Johansson 1970; Roos 1980) osoitettu merkittäväksi hyvinvoinnin resurssiksi. Kariston mukaan terveys ja hyvinvointi ovat lähekkäisiä ja osittain päällekkäisiä käsitteitä ja terveyden mittaaminen on lähes mahdotonta muuta kuin komplementtinsa, eli sairauden kautta (emt., 95). Näkökulmasta riippuen terveys on nähty itseisarvoksi, johon kaikilla tulisi olla oikeus, tai resurssiksi, joka mahdollistaisi paitsi terveellisen myös monipuolisesti hyvinvoivan elämän. Karisto toteaa osuvasti, että niin mielellään kuin puhutaankin terveydestä resurssina rinnastaen terveys rahan, unohdetaan se olennainen ero, että terveys ei ole ihmisen ulkopuolinen ja esineen kaltainen kuten raha, vaan terveys on ihmisessä itsessään. Sitä ei siksi tulisikaan tarkastella yhteisöllisten, ulkoapäin asetettujen käyttötarkoitusten vaan pikemminkin ihmisen omien hyvinvointipyrkimysten suhteen. Hyvinvoinnin samaistaminen terveyteen on ristiriidassa hyvinvoinnin moniulotteisuuden periaatteen kanssa. Hyvä terveys antaa mahdollisuuden rikkaaseen sosiaaliseen elämään, mutta se yksin ei riitä hyvän elämän takeeksi. (Emt., 86, 221.)

Terveys voidaan nähdä yhtä lailla moniulotteisena, kuten Margaret Stacey (1977) on esittänyt. Hän on analysoinut läntisissä yhteiskunnissa käytössä olleita terveyden ja sairauden käsitteitä ja erottanut kuusi käsittekokonaisuutta: 1) terveys taudin puuttumisena, 2) terveys sairauden puuttumisena, 3) terveys kapasiteettina, 4) terveys sosiaalisen järjestyksen ylläpitämisenä, 5) terveys hyvinvointina ja 6) terveys osana sosiaalista järjestystä. Sosiaalinen järjestys viittaa sosiaaliryhmiin, yhteiskunnan organisoitumiseen hierarkkisesti, eli juuri tämä terveyden ominaisuus on olennaisin sosiaalilääketieteessä.

Kansanterveyslaissa (1972) ei määritelty terveyttä, mutta tavoitteessa voidaan nähdä tausta-ajatteluna, että terveys on jotakin, mitä voidaan mitata ja jakaa. Maailman terveysjärjestön määritelmän mukainen terveys ei ole vain sairauden puuttumista, vaan sen lisäksi täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Edellä kuvatussa Purolan mallissa yksilön kokemus oman terveytensä tilasta vaikuttaa siihen hakeutuuko hän hoitoon vai ei. Koettuun terveyteen vaikuttivat sekä luonnonjärjestelmään että sosiaaliseen järjestelmään liittyvät tekijät. Tämä malli ja siihen sisältyvä käsitys terveydestä on johtanut siihen, että mallia on kutsuttu sosiaalilääketieteelliseksi. Terveyskäsitteen monikerroksisuus edellyttäisi, että terveyden yhteiskunnallisuus, yhteiskuntapolitiikan ja yhteiskunnallisten rakenteiden vaikutus terveyteen huomioitaisiin sekä sosiaalilääketieteellisessä terveyden määrittelyssä että tutkimuksessa. Koska terveys on sekä perittyä, ympäristön tuottamaa että käyttäytymisen seurausta, tarvitaan sekä terveyden välittymisen erityistieteellistä että yhteistieteellistä tutkimusta, joissa olennainen kysymys liittyy sosiaalisen ja biologisen välittymisen ongelmatiikkaan.

Filosofoista edellä mainittujen Lauri Mehtosen ja Matti Juntusen lisäksi ovat terveyden käsitettä pohtineet myös Ingmar Pörn (1977, 1990), Maija-Liisa Ollila (1995) ja George Henrik von Wright. Wright (2001) pohtii teoksessaan *The Varieties of Goodness* (1937) utilitaarista ja terveydellistä hyvää, hyväätekevää ja haitallista sekä terveyden ja sairauden käsitteitä päätyen samantapaiseen tulokseen kuin Mehtonen ja Juntunen. Poiminta Wrightin 21-sivuisesta pohdinnasta suomennetusta teoksesta *Hyvän muunnelmat* (2001):

”Jos jonkun olennon ruumiillisen terveyden sanotaan olevan hyvä silloin, kun sen elimet hoitavat niille kuuluvat tehtävät hyvin, ja jos elimet ovat hyviä silloin, kun niissä ei ole mitään vikaa, toisin sanoen ei sairautta tai heikkoutta, silloin myös (hyvän) ruumiillisen terveyden käsite on privatiivinen [privatiivinen = puutetta aiheuttava, negaatiota osoittava, lisäys RA]. Tästä privatiivisen terveyden käsitteestä voidaan erottaa positiivinen terveyden käsite, josta on kyse silloin, kun olento positiivisesti ”nauttii” hyvästä terveydestä, tuntee olevansa kunnossa, kukoistaa fyysisesti. Silti näistä kahdesta käsitteestä privatiivinen vaikuttaa paljon tärkeämmälle. Olisi oikein sanoa jostain henkilöstä, että hänellä on *täydellisen hyvän* ruumiillinen terveys, jo sillä perusteella, että hänen ruumiissaan ja ruumiillisissa funktioissaan *ei ole mitään vikaa.*” (Wright 2001, 102.)

WHO:n paljon siteerattu terveyden käsite sisältyi jo järjestön perustamisasiakirjaan (WHO 1946). ”Terveys ilman sairautta ja täydellisenä psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana” näyttäisi olevan lähellä Wrightin positiivinen terveyden käsitettä. WHO:n ylipositiivisen käsitteen käyttöä on perusteltu sen käyttökelpoisuudella poliittisen painopisteen ohjaamisessa enemmän terveyden suuntaan, siis terveyden käsittämiseksi

laajemmin kuin vain sairauden puuttumisena. Terveys toimii lääketieteellisessä tutkimuksessa sisäisenä normina, arvona, joka korostaa kaikkien yhtäläistä oikeutta terveyteen.

Pörn (1977, 1990) on kehittänyt equilibrium -teorian, jossa ei ole kysymys pelkästä fysiologisesta tasapainosta, vaan myös ihmisen toimintakyvyn ja toimintapäämäärien välisestä tasapainosta. Perusajatuksena Pörnin teoriassa on, että ihminen on terve silloin, kun hän kykenee saavuttamaan päämääränsä. Vastaavasti ihminen on sitä epäterveempi (ruots. vid ohälsa, engl. unhealthy), mitä suurempi juopa jää hänen tavoitteidensa ja saavutustensa väliin. Terveys on tämän teorian puitteissa helppo nähdä myös sosiaalisesti muotoutuneena ilmiönä, koska ihmisten itselleen asettamat tavoitteet eivät koskaan ole puhtaan yksilöllisiä, vaan riippuvat vahvasti yhteiskunnan odotuksista. Samalla teoria antaa tilaa suorituskyvyn kulttuurisille vaihteluille. (Reuter 1994, 23.)

Ollilan (1995) mukaan terveys on myös vahvan vallan käyttöä. Määrittelemällä terveyden ja sairauden rajoja suljetaan henkilöitä esimerkiksi sosiaaliavustusten sisä- tai ulkopuolelle, päästetään tai määrätään eläkkeelle jne. Terveiden käsite on altis muutoksille, jotka liittyvät siihen yhteiskunnalliseen kokonaisuuteen, jossa käsitettä käytetään. Terveiden määrittelyssä kuvastuvat ajan henki politiikassa, juridiikassa, moraalissa, yhteiskunta-ajattelussa, taloudessa sekä yhteiskunnallisessa elämässä. Käsitteellisen tarkastelun ennako-oletukset määräävät keskustelua. Saamme erilaisia terveyden määritelmiä kun vaihdamme ennako-oletuksia: ihmiskuvaa ja hyvän elämän luonnehdintaa. Kun vaihdamme ihmiskuvaa, saamme uusia terveyden määritelmiä. (Ollila 1995, 2–3.)

Sosiaalilääketieteen alkuperäinen ajatusmuoto perustui havaintoihin huonon terveyden ja alhaisen yhteiskunnallisen aseman välisestä riippuvuudesta ja siihen haluttiin vaikuttaa yhteiskuntapoliittisin keinoin. Roosin (ks. Rahkonen 1985) tutkimustyhmineen aloittama elämäntapatutkimus viritti myös elämäntavan ja sairastavuuden yhteyksien tutkimusta. Jeddi Hasan (1989) esitti väitöskirjassaan sosiaalilääketieteellisen teorian elämäntavan ja terveyden keskinäisestä yhteydestä. Hasanin teoria tai malli on esimerkki pyrkimyksestä kokonaisvaltaisuuteen. Teoria on kehitetty sosiaaliryhmien sairastavuus- ja kuolleisuuserojen syiden selvittämiseen. Siihen tulevat mukaan tutkittavien yksilöiden tai ryhmien sosiaalinen ja biologinen perimä sekä elämäntavat ja terveydentila. Teorian mukaan elämäntapa rakentuu objektiivisista olosuhteista, subjektiivisista havainnoista ja ihmisen teoista. Näiden muodostelmassa elävät ihmiset ovat koko ajan riippuvaisia paikastaan tässä muodostelmassa, jota voi kutsua kentäksi. Se taas puolestaan on muotoutunut tuotantovoimien, sosiaalisten suhteiden ja kulttuuristen perinteiden historiallisen kehityksen myötä. Se heijastaa vallitsevan

tuotannon, jakelun ja kuluttamisen malleja. Ne puolestaan ovat muotoutuneet tradition ja sisäistettyjen normien kautta. Ne ovat toisin sanoen kehittyneet elämäntavan evoluutiossa. Ihmiset ilmaisevat subjektiivisia ominaispiirteitään, pyrkimyksiään ja kykyjään oman elämäntapansa rakenteiden puitteissa. Henkilön elämäntapa on ominaisuuksien kokonaisuus, jonka osia ei voida vähentää kokonaisuudesta erilleen. Päinvastoin osilla on ominaisuuksia, jotka ilmentävät tietyn rakennekokonaisuuden osia. Elämäntapajärjestelmä on jatkuvassa muutosprosessissa. Yksi seuraus monimutkaisista sisäisistä suhteista ja vuorovaikutuksista on, että niiden välillä on harvoin lineaarisia tai pysyviä suhteita ja kausaalisuhteet ovat monensuuntaisia. Tietyn yhteiskunnan elämäntavan kokonaisuus tietyllä hetkellä sisältää useita elämäntavan alasysteemejä. Esimerkiksi ammattiryhmät ovat hankkineet ominaisuuksia, jotka ovat tulleet niille olemalla osia jonkin sosiaaliluokan elämäntavasta. Hasan esittää, että mikäli hänen oletuksensa tietynlaisen ”elämäntapaihmissen” yleisestä luonteesta sosiaaliluokan kokonaisuudessa on oikea, pyrkimys erityisen ”tekijän” löytämiseksi joka ”selittäisi” sairastavuus- ja kuolleisuuserot sosiaaliluokkien välillä, olisi harhaanjohtava. Eroa tulee hänen mukaansa etsiä sosiaaliluokkien elämäntapakokonaisuuksien väliltä. (Hasan 1989.)

1980-luvulla Suomalaisen naisen terveystutkimuksessa esitettiin käsitys naisen terveydestä arkielämän sujumisena, erilaisten yhtäaikaisten sidonnaisuuksien ja velvollisuuksien joustavana ja kuormittamattomana yhteenliittymisenä, osana elämän kokonaisuutta (Rauhala ym. 1987). 1990-luvulla sosiaalilääketieteen keskusteluissa pohdittiin koetun terveyden käsitettä ja yleensäkin terveystieteiden merkityksiä (Gissler ym. 1998). Terveyden ja elämäntavan yhteyksiä selvittävä tutkimus on tuonut uuden komponentin hyvän terveyden saavuttamiseen: yhteisöllisyydellä on todettu olevan siinä merkittävä osa (Hyypä & Mäki 2001a ja 2001b). 2000-luvulla terveys on liitetty sosiaaliseen pääomaan (esim. Ellonen 2008).

Terveystutkimuksessa on korostunut yksilöllinen lähtökohta: terveys yksilössä todettavana tilana, kokemuksena, oireiluna tai sairauksina. Vähemmän on tutkittu terveyttä prosessina, jatkuvassa muutoksessa olevana tilana, johon vaikuttavat oman elimistön prosessien lisäksi elämäntapa, kulttuuri ja muut yhteiskunnalliset tekijät. Erityisesti henkilön asema yhteiskunnallisessa tuotannossa, työnjaossa, sosiaaliryhmä, koulutus ja tulotaso ovat osoittautuneet oleellisiksi terveyteen vaikuttaviksi tekijöiksi. Sosiaalilääketieteellisessä terveyden määrittelyssä juuri viimeksi mainitut terveyden determinantit ovat oleellisia. Sairastavuuteen, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen ja niissä ilmeneviin eroihin on sosiaalinen asema keskeinen määrittäjä. Situaatio-näkökulmasta katsoen sosiaalilääketieteen oma

erityisyys on tuottaa tietoa sosiaalisen aseman, tilanteen ja terveydellisten erojen välisestä yhteydestä. Tilanne määräytyy sekä yksilöllisistä että ympäristöllisistä, yhteiskunnallisista tekijöistä, joten tutkimuksen keskiöön tulevat erilaiset välittymisen ja vuorovaikutuksen mekanismit sekä kokonaisvaltainen lähestymistapa.

Angloamerikkalainen sosiaalilääketieteen perinne (ks. Porter 2006) korostaa ratkaisuna yksilöiden käyttäytymisen ohjaamista terveyttä edistävään suuntaan. Suomessa elämäntavan terveystutkimusta (Suomen Akatemia 1980b ja 1980c) on koettu tukea, mutta terveystutkimuksessa elämäntapa redusoituu yksittäisten (alkoholi, tupakka, liikunta, ravitsemus) terveystapojen ja tottumusten terveysvaikutusten tutkimukseksi. Suomessa käyttäytymislääketiede on kasvattanut suosiotaan ja sitä tukee erityisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuspolitiikka (ks. www.thl.fi). Kriittinen ja radikaali sosiaalilääketiede määrittää yhteiskunnalliset ja taloudelliset tekijät keskeisiksi terveyteen vaikuttaviksi tekijöiksi. Rakenteelliset tekijät ovat poliittisia, yksilölliset ovat itseen kohdistuvia käyttäytymisvalintoja. Vain poliittinen terveyden määrittely voi johtaa sellaisiin muutoksiin, jotka edistävät sosiaalilääketieteellistä päämäärää, terveyden tasaista jakautumista väestössä, oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa. Tällaisiin tavoitteisiin on mahdollista päästä solidaarisella yhteiskuntapolitiikalla.

2.3.4 Monitieteisyys

Pohjoismaiset sosiaalilääketieteilijät aloittivat 1970- ja 80-lukujen vaihteessa keskustelun yhteiskuntatieteellisten ja lääketieteellisten lähtökohtien yhdistämismahdollisuuksista sosiaalilääketieteellisessä tutkimuksessa. Keskustelut tapahtuivat Pohjoismaisen kesäakatemian (NSU = Nordiska Sommaruniversitet) kesäseminaareissa, niiden yhteyteen järjestetyissä tapaamisissa sekä sosiaalilääketieteen pohjoismaisissa konferensseissa. Näille tapaamisille oli ominaista aito teoreettinen kiinnostus monitieteisyyteen, käsitteanalyysiin, filosofiaan, moraalisiin ja kulttuurisiin näkökulmiin terveyden alueella (Sandstedt 1979; Lindskoug 1980).

Suomen Akatemian lääketieteellisen toimikunnan piirissä (Ojaluoto 1974; Suomen Akatemia 1979) sekä yliopistojen kansanterveystieteiden laitoksilla (Tuovinen 1981) käytiin 1970- ja 1980-luvuilla vilkasta keskustelua monitieteisyydestä. Keskusteluun johtivat uudet poikkitieteelliset professorit sekä suuret kansantautitutkimukset, joihin palkattiin tutkijoiksi sekä lääketieteen, yhteiskuntatieteen että muiden tieteiden edustajia, kuten esimerkiksi psykologeja, ravitsemustieteilijöitä ja liikuntatieteilijöitä. Monitieteisyyttä opeteltiin

käytännön tutkimustyössä ja pohdittiin tieteellisissä seminaareissa (Laaksovirta 1980; Sandstedt ym. 1981).

Bruun ym. (2005) ovat esittäneet, että tieteiden hierarkkiseen malliin sisältyy ajatus, että yksittäiset tieteenalat ovat arvokkaampia kuin tieteidenvälisyys. Mallissa oletetaan, että eri aineet voidaan selvästi erottaa toisistaan ja että ne ovat vakaita itsenäisiä kokonaisuuksia. Bruunin ym. mukaan malli liioittelee tieteenalojen eristyneisyyttä toisistaan ja muusta yhteiskunnasta. Tiede ja sen alatieteet nähdään ikään kuin yksidimensionaalisina yksikköinä. Todellisuudessa tieteenalat ovat monien eri alojen muodostamia rykelmiä, joilla on monenlaisia yhteyksiä toisiin tieteenaloihin ja niiden sisäisiin alueisiin. Verkkonäkökulmasta tieteenalat ovat moniulotteinen verkosto, josta on vaikea identifioida puhdas ydin, joka olisi riippumaton muista tieteenalosta. (Bruun ym. 2005, 27.)

Tieteiden maailmassa ihmiset kilpailevat, kamppailevat, vetävät rajoja ja rakentavat arvojärjestyksiä (Ylijoki 1994 ja 1998). Niitä tekevät myös tieteen ulkopuoliset tahot. Tieteiden arvoa voivat määrittää ihan muut kuin tieteen sisäiset arvot, kuten esimerkiksi yhteiskunnallinen sovellettavuus tai taloudellisen tuoton maksimointi. Näissä hierarkioissa luonnontieteet, lääketiede ja tekniset tieteet yltävät korkeammille paikoille kuin yhteiskunta- ja humanistiset tieteet. Lääketieteen ylivertaisuus selittyy pitkälti sillä, että sen tuottama tieto on yhteydessä ihmisen selviämiseen hengissä. Edellä kuvattua verkkonäkökulmaa vasten näyttävät erilaiset yritykset pilkkoa monitieteisyyden käsitettä vanhanaikaisille tai turhille. Jo 1970-luvulla eläneet käsiteanalyysit monitieteellisyydestä, poikkitieteellisyydestä, tieteidenvälisyydestä ja yhteistieteellisyydestä esitellään uudemmissakin oppikirjoissa (Mikkeli & Pakkasvirta 2007).

Monitieteisyys on toisaalta inspiroiva haaste, toisaalta vaivalloinen toimintatapa. Tutkijoiden kannalta oleellinen on kysymys siitä, kuka rahoittaa niin hyvin ja kauan monitieteistä projektia, että sen piirissä voidaan kehittää monitieteisyyden teoriaa? Tieteen tuottamislaitokset, esimerkiksi yliopistolliset laitokset ovat luonteeltaan konservatiivisia ja käyvät tiukkaa rajanvetokamppailua omaa reviiriä puolustaessaan. Terveystutkimus on sektoroitunut erillisyyksiköihin, joita ohjaavat valtionhallinnon ja työelämän tarpeet tai jonkin sairausryhmän tutkimusta rahoittavat intressiryhmät. Monitieteisyydelle voidaan tietoisesti luoda ympäristöjä, jotka mahdollistavat kanssakäymisen ”erilaisten toisten” kanssa, esimerkiksi niputtamalla tieteenaloja suuriksi laitoksiksi (Sosiaaliturvan tutkimuslaitos), yhdistämällä samaan yliopistoon eri korkeakouluja (Aalto-yliopisto) tai rahoittamalla monitieteisyydelle rakentuvia tutkimusohjelmia ja -projekteja (Suomen Akatemia).

Rakenteelliset ratkaisut eivät kuitenkaan ole riittävä tae monitieteisyyden kehitykselle, mutta niiden avulla voidaan yrittää luoda perustaa luoville ja innovatiivisille tutkimushankkeille.

Sosiaalilääketieteilijöiden joukossa oli runsaasti henkilöitä, jotka olivat hankkineet itselleen kaksi tai useampia peruskoulutuksia (Lahelma 1995; Aukee 2004). Esimerkiksi lääketieteilijöiden on ollut mahdollista suorittaa yhteiskuntatieteen opintoja omien opintojensa rinnalla, koska yhteiskuntatieteiden opetusohjelmat eivät edellytä yhtä tiivistä läsnäoloa opetustilanteissa kuin lääketieteen. Lääketieteen opinnot ovat tiivistä kurssimaista ryhmäopiskelua, johon muiden tieteiden opiskelijoille ei ole ollut pääsyä. Koulutusohjelmiin oli 1990-luvulla Suomessa hyvin vähän rakennettu sisään esimerkiksi tiedekuntien rajat ylittäviä poikkitieteellisiä ohjelmia tai suuntautumisvaihtoehtoja.

Risto Willamon (2005) mukaan toteamus, jonka mukaan tutkittavassa todellisuudessa tai ”oikeassa elämässä” asiat kytkeytyvät toisiinsa tieteenalarajoista piittaamatta moniulotteiseksi kudelmaksi, ei saisi jäädä tutkimuksessa pelkäksi fraasiksi tai anekdootiksi, vaan sen pitää vaikuttaa tutkimuksen teon malleihin. Eriyttämällä tuotettuja ongelmia on vaikea ratkaista eriyttämällä lisää. Hajottamisesta ja rajoittamisesta johtuvat ongelmatyypit ovat erilaisia ja molemmat omalla tavallaan yhtä pahoja. Toiminta alkaa muuttua haitalliseksi pirstomiseksi siinä vaiheessa, kun vuorovaikutukset sivuutetaan ja osaelementtejä aletaan käsitellä pääasiassa erillisinä. (Willamo 2005, 292, 140.)

Mikä sitten estää monitieteisyyden menestyksen, vaikka sen hyvyttä usein korostetaan ja esitetään innovaatioiden usein syntyvän juuri tieteiden rajapinnoilla (Kiikeri & Ylikoski 2004; Mikkeli & Pakkasvirta 2007). Bruun ym. ovat kirjanneet syitä, jotka estävät monitieteisten hankkeiden syntymistä ja menestymistä. He nimesivät esteet rakenteellisiksi, tiedollisiksi, kulttuurisiksi, epistemologisiksi, psykologisiksi ja vastaanottoon liittyviksi (Bruun ym. 2005, 60–76). Rakenteelliset viittaavat nimensä mukaisesti siihen, miten tiede on organisoitu sisältäen itse organisaatioon liittyvät paineet ja aiheet. Tiedolliset esteet syntyvät siitä, että eri tieteiden edustajat vierastavat toistensa aloja. Se johtaa usein väärinymmärryksiin ja epäonnistumisiin yhteydenpidossa ja estää näkemästä mahdollisia yhteyksiä alojen välillä. Kulttuuriset muurit johtuvat usein kielellisistä eroista ja esimerkiksi erilaisista argumentointityyleistä. Epistemologiset esteet johtuvat erilaisesta maailmankatsomuksesta ja käsityksistä siitä mikä on tärkeää. Metodologiset esteet nousevat kun erilaiset tavat tehdä tutkimusta törmäävät. Psykologiset esteet näyttäytyvät kun ilmenee, miten eri tutkijat ovat panostaneet aiheeseen ja yhteistyöhön. Monitieteisyys voi edellyttää paitsi asenteiden, jopa identiteetin muuttamista, mutta tutkijat voivat kokea ettei sellaiseen muutokseen saa riittävästi

tukea. Vastaanottoon liittyvät muurit tai esteet tulevat ilmi, kun valmista tutkimusta esitellään yleisölle, rahoittajille tai arvioitsijoille, jotka eivät tahdo ymmärtää monitieteisyyden arvoa.

Tarkastellessaan tieteellisen integraation esteitä ja mahdollisuuksia Erkki Kaukonen ja Pirkko-Liisa Rauhala (1989) korostavat, että tieteellisen kommunikoinnin käsite on integratiivinen käsite, joka yhdistää sekä tietoon perustuvan tieteellisen kommunikoinnin että kommunikoinnin, joka määrittyy sosiaalisin ja institutionaalisin kriteerein. Vaikka tieteiden integraatiossa keskeisimmät ja dynaamisimmat tekijät liittyvät teorioihin, menetelmiin ja käsitteisiin sekä niiden kykyyn vastata kompleksisen reaali maailman ongelmiin, on tieteenhistoria kuitenkin osoittanut, että kaikki pyrkimykset luoda ”yhtenäistiede” ovat tuhoutuneet käytännön ongelmiin. Tieteellisen integraation tarve syntyy todellisuuden kompleksisesta luonteesta. Tiedeyhteisön tulee olla tietoinen tieteen sosiaalisista kytkennöistä ja omasta yhteiskunnallisesta vastuustaan. Integratiivinen ajattelu edellyttää tiedeyhteisöltä myös itsereflektiota. Tutkijoiden pitäisi kysyä itseltään, missä määrin heidän tutkimustuloksensa kommunikoivat kollegojen ja samalla alueella toimivien muiden tutkijoiden tulosten kanssa ja millaisia vaikutuksia tutkimustuloksilla on. Tiedepolitiikan tasolla ovat keskeisiä kysymykset instituutioiden kehityksestä, rahoituksesta ja priorisoinneista. Kaukonen ja Rauhala käyttävät esimerkkinä Suomen Akatemian painoalapolitiikan osittaista epäonnistumista 1970-luvun alussa. Suunnitelmat jäivät keskeneräisiksi, koska akateeminen yhteisö ei kyennyt muuntamaan moninaista priorisoitujen hankkeiden kenttää todellisiksi monitieteisiksi tutkimusaloiksi eikä tieteellisiksi ongelmiksi. (Kaukonen & Rauhala 1989, 24–25.)

Sosiaalilääketieteen monitieteisyys tarvitsisi nähdäkseni kehittyäkseen syvällisempää analyysiä ”heimojensa” kulttuurisesta luonteesta, esimerkiksi samantyyppisesti kuin Oili-Helena Ylijoki (1989) on tehnyt vertaillessaan kirjastotieteen ja informatiikan, sosiologian, ja julkishallinnon akateemisia heimokulttuureita ja opiskelijoiden sosiaalistumista niihin. Vaikka Ylijoki tarkastelee myös sosiaalitieteiden heimoa, nousee sieltä itsetietoisten sosiologien joukko, joiden tiedettä muutkin ovat valmiit arvostamaan aitona ja puhtaana yhteiskuntatieteenä (Emt., 92). Sosiologeilla on sosiaalilääketieteessä vastassaan lääkärit, joiden itsetunto on vähintään samaa luokkaa. Monitieteisyyden kannalta nousee kiinnostava haaste siitä, että lääketiede ei ole eri tieteiden monitieteellisyyttä vertailtaessa osoittautunut erityisen monitieteelliseksi alaksi, mikä puolestaan voi johtua siitä, että lääketiede on jo osittain monitieteinen tieteenala (ks. Bruun. ym. 2005, 42).

Toisen kiinnostavan haasteen monitieteisen sosiaalilääketieteen tutkimukselle asettaa se, että sosiologit ja muiden tieteiden alan edustajat ovat tulleet tutkimaan terveyttä, aluetta joka on yleisesti mielletty lääketieteilijöiden ja terveystieteilijöiden alueeksi. Lääke- ja terveystieteilijöiden omin kenttä on kuitenkin sairaudet ja niiden hoito. Kentät risteytyvät ja kenties sotkeutuvatkin auttamattomasti, sillä terveydenhuollon käytännön toiminnan sisällä vaikuttava yksilöllisyyttä korostava paradigma ei voi ”irrottautua” siitä tosiasiaista, että terveydenhuoltoa säätelevät yhteisölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Ja vastaavasti terveyden yhteiskunnallisuutta korostava paradigmaattinen ajattelu ei voi irrottautua terveyden biologisesta siteestä. Terveyskäsitteen alan laajeneminen, moniulotteisuus ja muuntuvuus tekee vaikeaksi kokonaisvaltaisuuden huomioimisen konkreettisissa tutkimusasetelmissä. Uudet terveystieteet kasvattavat tiedon määrää, jota kenenkään on mahdotonta kokonaisuudessaan hallita. Sosiaalilääketieteellinen näkökulma kokoaa yhteen tutkijoita ja toimijoita, joille tieteen arvopäämäärä, tasa-arvo ja yhteisvastuullisuus ovat tärkeitä.

2.3.5 Radikalismi ja yhteiskuntakriittisyys

Sosiaalilääketieteessä kriittisyys ja radikaalit uudistuspyrkimykset ovat kohdistuneet sekä terveyden ja sairauden yhteiskunnallisiin tuottamistapoihin, niitä sääteleviin järjestelmiin ja laitoksiin että tieteenalan tutkimuksiin. 1800-luvun sosiaalilääketieteilijät olivat lääkäreitä, jotka toimivat silloisen radikaalin porvarillisen reformismin hengessä. Uuden 1960- ja 70-lukujen murroksessa syntyneen sosiaalilääketieteen sosiaalilääketieteilijät olivat eri tieteenalojen edustajia ja käytännön toimijoita, joita innoittivat ajan hengen mukainen kulttuuriradikalismi ja vasemmistolaiset yhteiskuntapoliittiset aatteet. Uuden sosiaalilääketieteen kärkijoukon muodostivat nuoret vasemmistolaiset lääkärit, mutta terveys- ja tiedepoliittisessa reformissa oli mukana toimijoita eri puolueista, puolueiden ulkopuolelta ja työelämän eri paikoista. Osa sosiaalilääketieteilijöistä oli hyvinkin radikaaleja, mutta kaikki halusivat uudistaa terveys- ja tiedepoliittikkaa. Radikaalin pelottavuus voi johtaa kielteisten lisämerkitysten antamiseen sille. Kansainvälisen radikaalikirjallisuuden yksi keskeinen teos Nick Heatherin *Radikaali psykologia* (1978), määrittelee radikaalin:

”Paras aloittaa määritelmästä. Sana ’radikaali(nen)’ tulee latinan kielen sanasta ’radix, icis’ = ’juuri’ ja merkitsee siis alun perin ’juuriin asti ulottuvaa’, ’perinpohjaista’, ’perusteellista’. Se ei siis alun perin tarkoita ’hourupäistä’, ’äärimmäismielistä’, ’vastuutonta’, ’merkityksettömän vähemmistön näkemyksiä kuvaavaa’ eikä ’näkemystä, joka ei ole vakavan tarkastelun arvoinen’. Nämä ovat kaikki sanan lisämerkityksiä, joita viljelevät ne, joiden mielestä radikaalit näkemykset ovat pelottavia ja uhkaavia.” (Heather 1978, 7.)

Radikaali voi epäonnistua tavoitteidensa konkreettisessa saavuttamisessa, mutta hänen vaikutuksensa ajatteluun, luovuuteen ja uusiin innovaatioihin saattaa olla suuri. Radikaali-termin kaihtajat puhuvat mieluummin edistyksestä ja edistysaskelista, kehityksestä ja muutoksesta. Reformismi on lähellä yleistä kehittämistä ja uudistamistyötä. Radikalismi on yhdistetty ääri-vasemmistoon ja reformismi sosiaalidemokratiaan. 1960- ja 70-lukujen aktiiviset sosiaalilääketieteilijät olivat molempien suuntausten edustajia, mutta joukossa oli myös puolueisiin sitoutumattomia.

Radikaali kuten sosiaalinenkin saa eri merkityksiä eri aikakausina. 1960- ja 1970-lukujen radikaalit sosiaalilääketieteilijät arvostelivat kriittisesti terveydenhuollon laitoksia ja niiden käytäntöjä. Erityisesti kiinnitettiin huomiota nk. totaalisiin instituutioihin, kuten mielisairaaloihin, koulukoteihin ja vankiloihin. Suomessa 1960- ja 70-luvun terveysliikehinnässä paljastettiin hoitolaitosten epähumaaneja ja kontrolloivia käytäntöjä, mikä vaikutti monilla tavoin, aina lainsäädäntöön asti (ks. luku 2.2.1). 1960-luvun kansainväliset radikaalit antipsykiatrit Thomas Szasz, Michael Foucault, Ronald Laing ja Francesco Basaglia sekä sosiologi Irving Goffman olivat vaikuttajia, nyt jo klassikkoja, joiden teoksia on käännetty suomenkielelle ja joita luetaan edelleen. He kritisoivat erityisesti mielisairauden käsitettä ja mielisairaalahoitoja ja -käytäntöjä. Ilman heidän kaltaisiaan ajattelijoita ei tietoisuutemme laajenisi, vaan junnaisimme opittujen tapojen ja rutiinien virrassa kyseenalaistamatta niitä.

Suomessa radikaalin sosiaalilääketieteilijän arkkityyppiä voisi edustaa psykiatri Ilkka Taipale, joka on tehnyt lukemattomia havaintoja systeemin epäkohdista, puhunut niistä, tehnyt tutkimuksia, kirjoittanut kirjoja, ottanut kantaa (esim. Taipale 1975, 1980, 2001), järjestänyt performansseja, keräyksiä, ollut kansanedustajana ja myös väitellyt sosiaalilääketieteen alalta (Taipale 1982). Sosiaalilääketieteen aktivisti kiinnittää huomiota yhteiskunnan vähäosaisiin, heidän terveysoikeuksiensa puuttumisiin.

Sosiaalilääketieteilijät osoittivat tutkimuksillaan muun muassa Suomen eri maantieteellisten alueiden välisiä eroja terveydenhuoltopalvelusten tarjonnassa, hoitoon pääsyssä ja hoitoon hakeutumisessa. Köyhyys, sairaus ja ennenaikainen kuolleisuus kytkeytyivät yhteen ja kasaantuivat maan pohjoisille ja itäisille alueille, missä asui myös keskimäärin köyhin väestö. Ammatti määräiti näitä samoja asioita siten, että raskaat, likaiset ja vaaralliset työt tuottivat enemmän sairautta ja kuolevuutta ja olivat huonosti palkattuja. Hoitoon jättivät tulematta usein ne, jotka olisivat eniten tarvinneet sitä. Useimmiten syynä olivat pitkät matkat hoitopalvelujen piiriin ja pienet tulot, joista ei riittänyt tarpeeksi terveydenhuoltomenoihin.

Hoitoa eivät osanneet hakea ajoissa usein myöskään ne, joiden yleinen tietämisen ja osaamisen taso oli heikko. Hyvä koulutus ja vauraus puolestaan tuottivat monia terveydelle edullisia asioita, kuten valinnan vapautta palvelusten suhteen, hyvää itsehoidon tasoa ja kykyä tuntea sairauden merkkejä ja puolustaa oikeuksiaan (esimerkiksi Purola ym. 1967; Harni 1973; METELI 1977; Aro 1981; Taipale 1982; Karisto 1984; Honkasalo 1988; Salmela 1988; Lahelma 1989; Kokko 1990; Rimpelä ym. 1990; Sihto 1990; Valkonen ym. 1990; Suominen 1993; Rahkonen 1994; Gissler ym. 1995; Keskimäki 1997; Luoto ym. 1997; Topo ym. 1999; Keskimäki ym. 2004; Palosuo ym. 2007). Sairaus ei aina valitse kohdettaan eikä elämän pituus ole rahalla ostettavissa. Tämä sairastumisen ja kuoleamisen tietynlainen myös sattumasta johtuminen on saanut hyväosaiset huolehtimaan vakuutuksista ja muusta terveysturvasta sekä suostumaan osallistumaan progressiivisella verotuksella varojen keräämiseen hyvinvointipalvelujen tuottamiseen.

Ehkä sosiaalilääketieteen merkittävin kriittinen tehtävä on ollut inhimillisen, humanistisen terveysetoksen esille tuominen ja esillä pitäminen. Ihmisten tasa-arvoisuus, oikeus elää, toimia, vaikuttaa ja nauttia elämästä on kaikille yhteinen. Hyvät elämisen ehdot auttavat luomaan myös terveydelle otollisia ympäristöjä ja käytäntöjä. Terveys taas puolestaan tuottaa hyvää oloa myös muille kuin itselle. Kysymys on eräänlaisesta kehästä, hyvinvoinnin ympyrästä tai spiraalista, jonka kiertoon jokaisella tulisi olla oikeus päästä mukaan. Ja se on mahdollista siten, että vahvemmat auttavat heikompia. Jos he eivät näin tekisi, ei mikään muuttuisi.

Sosiaalilääketieteen radikaalisuus on siinä, että se taistelee vallitsevaa itsekkyyden kulttuuria vastaan puolustaessaan heikkojen oikeuksia. Jollakin voi olla hyviä kriittisiä ja radikaaleja ajatuksia ja kirjoituksia, joku toinen lähtee käytännön toimin muuttamaan käytäntöjä. Yhteiskuntakriittisyys tai terveydenhuoltokriittisyys kytkee sosiaalilääketieteen yhteiskuntapolitiikkaan, koska radikaalit sosiaalilääketieteilijät pyrkivät vaikuttamaan yhteiskunnallisiin muutoksiin oman työnsä kautta. Tällöin sosiaalilääketieteen arvopohja, yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus ja sosiaaliryhmien terveydellisten erojen poistaminen nostetaan yhteiskuntapoliittiselle agendalle. Terveysalan Sos.Dem. Yhdistyksen vuonna 1975 kustantama teos *Terveys ja talouspolitiikka* (Kokko & Rajala 1975) on esimerkki laaja-alaisuudesta ja perusteellisuudesta, joilla asioihin paneuduttiin ja yritettiin luoda rakenteellista terveystaloutta.

Tieteessä radikaalisuus on lähellä paradigman murtamista. Tutkimukseni kyselyyn vastanneet (ks. Aukee 2010) nimesivät sosiaalilääketieteen paradigman muuttajaksi

ainoastaan Tapani Purolan hänen kehittämänsä sosiaalilääketieteellisen mallin perusteella. Purolan malli ei ilmeisesti ollut liian radikaali sosiaalilääketieteen tutkijoille. Sen sijaan tiedeyhteisö ei kyennyt keskustelemaan Jeddi Hasanin kehittämästä teoriasta eikä hänen esittämälleen teorialle löytynyt jatkotutkimusta (Jeddi Hasanin haastattelu 23.6.1999). Väitöskirjatyössään Hasan (1989) kehitti teoriaa sairastavuuserojen pysyvyyden syille. Hasanin teoria tuli joko liian myöhään tai liian aikaisin suomalaiseen keskusteluun. Se oli ilmeisesti liian radikaali suhteessa perinteiseen luonnontieteellisen mallin mukaiseen kausaaliajatteluun. Yksi selitys voisi olla, että se oli monimutkaisuudessaan liian vaativa haaste tutkijoille, joiden rahoittajat odottivat nopeita tutkimustuloksia.

Sosiaalilääketieteellinen paradigman muutos kytkeytyi yhtäältä tieteenalan tiedepohjan laajenemiseen ja toisaalta terveyslähtöisyyteen sairauslähtöisyyden sijasta. Käytännön työssä ja tieteellisessä työssä toiminnan kytkeminen terveyteen on osoittautunut vaikeaksi, johtuen sekä terveyden määrittelyn ja mittaamisen ongelmista että terveyteen vaikuttamisen keinojen laajentumisesta terveydenhuollon ulkopuolelle.

2.4 Kirjallisuuskatsauksesta kyselytutkimukseen

Kirjallisuuskatsaukseen, dokumenttiaineistoihin ja haastatteluihin perustuvien tarkastelujen perusteella uuden sosiaalilääketieteen syntyyn vaikuttivat uusi terveystalitiikka, uusi tiedepolitiikka, sosiologinen terveystutkimus, Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. ja kriittinen ja radikaali perinne. Nämä sosiaalilääketieteen muotoutumiseen vaikuttaneet keskeiset tekijät on esitetty kuvion 1 vasemmassa laidassa. Kuviossa Sosiaalilääketieteen yhdistys on yhtäältä uuden sosiaalilääketieteen muotoutumiseen vaikuttava tekijä, toisaalta tekijä, johon liittyen tutkitaan jäsenten käsityksiä sosiaalilääketieteestä vuosituhannen vaiheessa. Sosiaalilääketiede on kuviossa yhtäältä osa sosiaalilääketiedettä muotouttavaa prosessia, toisaalta tämän prosessin tuloksena jäsenistössä muotoutunut käsitys sosiaalilääketieteestä.

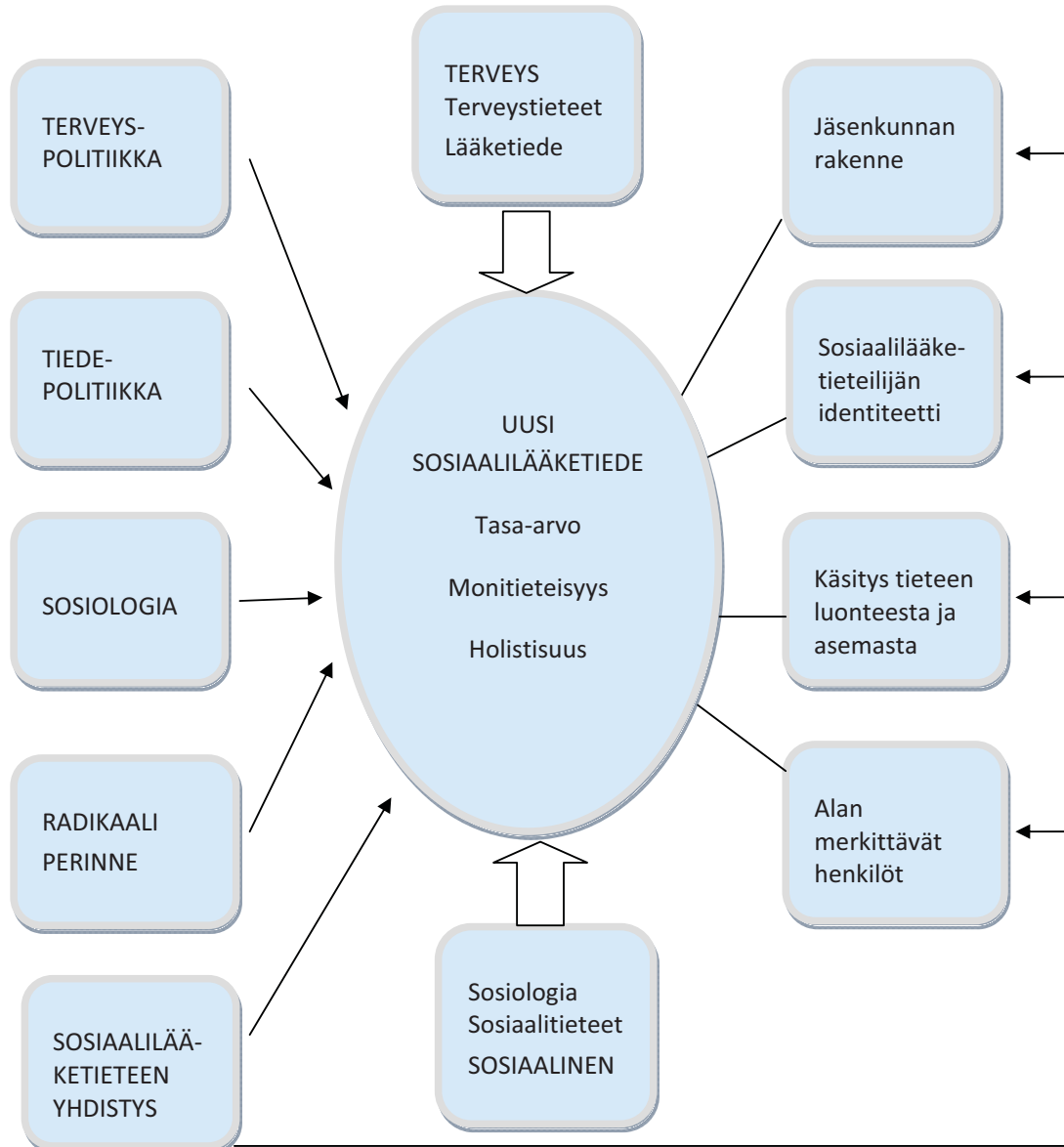
Kuvion 1 vasemmassa reunassa olevat laatikot kuvaavat niitä tekijöitä, joiden tässä tutkimuksessa todettiin olennaisesti vaikuttaneen uuden sosiaalilääketieteen syntyyn. 1960-luvulla alkoi kerääntyä tietoa suomalaisten suuresta sairastavuudesta ja alhaisesta terveystalitiikan käytöstä sekä terveydellisestä eriarvoisuudesta. Sairaalalaitoksen rakentamisen jälkeen haluttiin siirtää terveydenhuollon painopiste avoterveydenhuoltoon ja tasoittaa väestöllisiä eroja palvelujen saatavuudessa. Uusi terveystalitiikka kiteytyi kansanterveyslaissa 1972. Uusi politiikka generoi uutta kansanterveystutkimusta, jota myös

uusi tiedepolitiikka, uudet kansanterveystieteen laitokset ja Suomen Akatemian kansanterveyden painoalatutkimuspolitiikka tukivat. Väestön sairastavuutta ja palvelusten käyttöä tutkimaan tarvittiin lääketieteellisen tiedon lisäksi muiden, lähinnä yhteiskuntatieteiden, erityisesti terveyden sosiologian tutkimuksellista osaamista. Terveyden sosiologit niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa ja Amerikassa olivat kritisoineet vallitsevia terveydenhuoltojärjestelmiä ja potilaiden hoitoa sekä eriarvoistavia järjestelmiä ja käytäntöjä. Oman maan tilanne ja kansainvälisen tutkimuksen seuraaminen sai joukon edistyksellisiä tutkijoita, virkamiehiä ja kansalaisaktivisteja perustamaan uuden yhdistyksen sosiaalilääketieteen edistämiseksi. Uuteen sosiaalilääketieteeseen sisältyi vanhan sosiaalilääketieteen perusarvo, sairastavuuden/terveyden sosiaalisten erojen kaventaminen. Uusi sosiaalilääketiede erosi vanhasta sosiaalilääketieteestä olennaisesti siinä, että se oli alun perin monitieteinen tiede, jossa erityisesti lääketiede ja yhteiskuntatieteet yhdessä pyrkivät kehittämään tutkimuksia ja ratkaisemaan väestötason terveysongelmia. Terveyden tavoittelu edellyttää monitieteistä ja laaja-alaista sekä kokonaisvaltaista lähestymistapaa niin tutkimuksessa kuin käytännön toiminnassakin. Vaikka sosiaalilääketieteen tilalle tuli yliopistossa kansanterveystiede, säilytti alan tieteellinen yhdistys nimessään ja lehtensä nimessä sosiaalilääketieteen.

Tämän tutkimuksen kyselytutkimus kohdistui Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistöön vuonna 1999. Tehtävänä oli kuvata yhdistyksen jäsenistön rakennetta ja jäsenistön käsityksiä tieteenalastaan ja omasta tieteenalaidentiteetistään. Kuvion 1 oikeassa reunassa olevat laatikot kuvaavat kyselystä tehtyjen neljän artikkelin olennaisia sisältöalueita.

KIRJALLISUUSKATSAUS

KYSELYTUTKIMUS



Kuvio 1. Sosiaalilääketieteen muotoutuminen kirjallisuuskatsaukseen ja kyselytutkimukseen perustuen.

Kuvion keskellä kuvataan miten sosiaalilääketieteessä yhdistyivät terveys ja sosiaalinen sekä niiden yhteyksiä tutkivat tieteet. Kirjallisuuskatsauksen perusteella uuden tieteen keskeisiksi

määreiksi nousivat tasa-arvoisuus terveydessä, monitieteisyys ja kokonaisvaltaisuus (holistinen ihmis- ja terveystieteiden). Tutkimuksen ensimmäisessä osassa tarkasteltiin näitä ilmiöitä ja prosesseja.

Uutta sosiaalilääketiedettä luonut terveys- ja tiedepolitiikka korostivat terveydellistä tasa-arvoa sekä palvelusten alueellisessa saatavuudessa että eri väestöllisten ryhmien kesken. Kansanterveystutkimuksen valtalinjassa terveydellisiä eroja kuvattiin koko väestön, kansan tasolla. Kansanterveystieteen tutkimus oli pitkälti jatkoa sosiaalitieteiden piirissä vaikuttaneelle väestötutkimukselle ja terveyden sosiologian piirissä tehdylle terveyden eriarvoisuustutkimukselle. Kansanterveystieteessä yhdistyivät nämä kaksi, sosiaalitieteellinen ja terveystieteellinen (epidemiologinen) väestötasoinen eriarvoisuuden tutkimus. Sen sijaan traditiossa jäi vähemmälle huomiolle sosiaalisen aseman ja terveyden yhteyksien elämäntavallinen, elämänhistoriallinen ja sosio-biologinen tutkimus, joissa todettujen eriarvoisuuksien syitä ja vaikutuksia lähestytään myös muunlaisin kuin tilastollisin tutkimusmenetelmin ja muiden tieteiden kuin terveystieteiden lähtökohdista. Sosiaalilääketieteellisissä keskusteluissa ja tavoitteidenasettelussa korostettiin oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa, mutta tutkimustraditio ohjasi pitäytymään väestötasoisien eriarvoisuustietojen tuottamisessa; eroihin johtaneiden syiden selvittely jäi vähemmälle huomiolle.

Sosiaalilääketieteen ydinparadigma, terveyden sosiaaliseen eriarvoisuuteen liittyvät kysymykset sisältyivät todennäköisesti kyselytutkimukseeni vastanneiden tutkimustoimintaan monella tavoin, mutta koska itse tutkimukset eivät olleet tämän tutkimuksen kohteena, jää syvempi tieto niihin sisältyvistä sosiaaliryhmien eriarvoisuuden sisällöstä ja merkityksestä uuden tutkimuksen kysymykseksi.

Empiirisiä tuloksia esittelevässä tutkimuksen kolmannessa luvussa tarkastellaan kyselytutkimukseen perustuvien artikkeleiden (ks. liite 3) tuottamaa kuvaa sosiaalilääketieteestä ja koetetaan vastata siihen kysymykseen, miten hyvin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten itseymmärrys omasta tieteenalastaan vastasi sitä kuvaa, joka tieteestä syntyi kirjallisuuskatsauksen ja haastattelujen perusteella. Sosiaalilääketieteen tutkimuskohteen määrittely ei auta erottamaan sitä muista samaa kohdetta tutkivista tieteistä. Mikä on se erityinen, jolla sosiaalilääketiede erottautuu tai erottautui omaksi tieteenalaksi? Vastauksia voi etsiä tutkimalla esimerkiksi sosiaalilääketieteellisiä tutkimuksia, oppialan opetussisältöjä tai vaikka kysymällä joiltakin asiantuntijoilta, mikä on olennaista sosiaalilääketieteessä? Valitsin viimeksi mainitun lähestymistavan ja kysyin asiaa sekä alan vaikuttajahenkilöiltä (haastattelut) että Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäseniltä (kysely).

Olivatko he huolissaan, vai mielissään tieteenalan asemassa tapahtuneesta muutoksesta, sen vaihtumisesta kansanterveystieteeksi, tieteenalan nimestä ja kokivatko he olevansa sosiaalilääketieteilijöitä. Kuvion 1 oikeanpuoleinen osa kuvaa niitä aiheita, jotka kyselytutkimukseen perustuvista artikkeleista nousivat kiinnostavimmiksi teemoiksi. Artikkelit rakentuivat toistensa päälle siten, että ensin selvitettiin, millaisia Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet olivat. Jäsenistön monialaisuus nosti kysymyksen: voiko näillä eri ryhmiin lukeutuvilla jäsenillä olla yhteinen tietenalaidentiteetti. Kun sellainen oli osalla ja osalla ei, ja kun suurin itsenäinen toinen identiteettiryhmä oli kansanterveystieteilijät, nousi kysymys, miten eri taustaiset jäsenet kokivat tieteen ja sen asemassa tapahtuneet muutokset. Neljäs kysymys ja artikkeli pyrki lisäämään tietoa ja täsmentämään vielä merkkihenkilöiden valinnan avulla millaisia olivat hyvät ja arvostetut sosiaalilääketieteilijät, mitä piirteitä ja tekoja tarvittiin tullakseen merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi.

3 SOSIAALILÄÄKETIETEEN YHDISTYKSEN JÄSENTEN KÄSITYKSET SOSIAALILÄÄKETIETEESTÄ

3.1 Kyselytutkimuksen toteuttaminen

Tässä luvussa esittelen kyselytutkimukseen perustuen Sosiaalilääketieteellisen yhdistyksen jäsenten käsityksiä sosiaalilääketieteestä ja sosiaalilääketieteilijöistä. Alkujaan olin aikonut käyttää aineistona Sosiaalilääketieteellisen yhdistyksen matrikkeleja. Yhdistyksen kansiot kymmenen vuoden ajalta olivat kadoksissa ja minun täytyi muuttaa suunnitelmaa. Päätin tehdä kyselyn Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenille. Kyselytutkimuksen tarkoitus oli kuvata, millainen tiede uusi sosiaalilääketiede oli alan tieteellisen yhdistyksen jäsenten käsitysten mukaan. Tutkimuksen toisessa luvussa kuvasin sosiaalilääketieteen varhaisvaiheita sekä niitä yhteiskunnallisia tekijöitä, jotka muokkasivat vanhasta sosiaalilääketieteestä uutta sosiaalilääketiedettä. Tieteen sisältöön vaikuttavien yhteiskuntapoliittisten toimijoiden osallistuminen uuden tieteen muokkaamiseen, jopa synnyttämiseen, oli 1970-luvun alussa erittäin aktiivista.

Sosiaalilääketieteen päivät vuonna 1999 järjestettiin yhdistyksen 30-vuotispäivien merkeissä Tampereella, muutama viikko ennen kuin postitin tämän tutkimuksen kyselylomakkeet. Lea Henrikssonin ja Pekka Virtasen kirjoittamassa avauspuheessa todettiin:

”Päivillä tarkastellaan ”sosiaalihistoriaa” ja ”sosiaalitulevaisuutta”. Lähtökohtana on kysymys siitä, miten käsitteen sosiaalilääketiede sisältö on ymmärretty kuluneina vuosikymmeninä. Millaista tutkimusta on harjoitettu sosiaalilääketieteen nimissä ja mitä se merkitsee tänä päivänä ja tulevaisuudessa? Mitkä ovat merkittävimmät sosiaalilääketieteelliset innovaatiot: voidaanko lähihistoriassa erottaa tutkimuksellisia, rakenteellisia tai tietotaidollisia virstanpylväitä, joilla on ollut todellista merkitystä kansan terveydelliselle hyvinvoinnille? Oliko suomalaisten terveyden nopea kohentuminen selitettävissä spesifien terveydenhuoltointerventioiden ansioksi, vai oliko kyse siitä, että enää harvassa kodissa vesi jäätyn keittiön nurkkaan pakkasyönä. Käsitteenä sosiaalilääketiede näyttää olevan katoamassa sekä kansallisesta, pohjoismaisesta että kansainvälisestä kielenkäytöstä. Mitkä ovat ne uudet kontekstit, joissa sosiaalilääketieteessä esillä pidettyjä teemoja ja kysymyksiä tieteellisesti tutkitaan 2000-luvulla? Miten esimerkiksi tutkimme ja tuemme huonompiosaisten elämää heikkenevään ’sosiaalivaltion’ muuttuvissa järjestelmissä? Tämäntyyppisistä kysymyksistähän suomalainen sosiaalilääketiede aikanaan lähti liikkeelle klinisen lääketieteen erikoisalana, ns. kurjien lääketieteenä. Tutkimus ja tiede tulivat kuvaan vähän myöhemmin.” (Henriksson & Virtanen 1999, 3.)

Samat kysymykset näyttivät askarruttaneen yhdistyksen silloisia aktivisteja kuin minuakin vuonna 1999. Päivillä pitämäni (Aukee 2000) puheenvuoro toimi lähtökohtana tämän

tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen. Kyselytutkimuksen ensimmäiset pohdinnat liittyivät siihen, ketkä ja missä edustaisivat sosiaalilääketieteilijöitä adekvaatisti ja kattavasti? Eri instituutioilla on oma erityinen intressinsä ja näkökulmansa sosiaalilääketieteeseen. Ainoa mahdollisuuteni ”saada kiinni” sosiaalilääketieteilijöitä monipuolisesti ja rajatusti oli valita tutkimuskohteekseni henkilöitä, jotka olivat kyseisen tieteenalayhdistyksen jäseniä. Sosiaalilääketieteen yhdistys oli ”puolueettomin” tieteenalan edustajista koottu yhteisö. Yhdistyksen jäsenistössä painottui tieteentekijöiden osuus, mutta mukana oli myös käytännön edustajia. Ideana oli, että henkilöt, jotka olivat liittyneet Sosiaalilääketieteen yhdistykseen, ja joilla siis voi odottaa olevan kiinnostusta tähän tieteenalaan, määrittelisivät tieteenalan luonnetta ja merkitystä. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenille oli vuonna 1977 tehty pienimuotoinen kysely, jossa kartoitettiin jäsenistön rakennetta (Forsberg 1979). Tieteelliset yhdistykset julkaisevat usein merkivuosiensa kunniaksi historiikkeja, esimerkiksi Valtiotieteellinen yhdistys (Paakkunainen 1985), Kansantaloudellinen yhdistys (Koskenkylä ym. 1984), Suomen kasvatustieteellinen seura (Tähtinen & Havu-Nuutinen 2007) ja Sosiaalipoliittinen yhdistys (Jaakkola ym. 2009). Samantyyppisiä tieteellisten yhdistysten jäsenistöstä tehtyjä tutkimuksia kuin omani, en löytänyt. Lähimmäksi omaa aiheitani tulivat Erkki Kaukonen tutkimukset suomalaisesta sosiologiasta (Kaukonen 1984 ja 1986) sekä Oili-Helena Ylijoen tutkimukset akateemisista heimokulttuureista (Ylijoki 1994 ja 1998).

Kun ryhdyin suunnittelemaan tätä tutkimusta, minulla oli takanani pitkä kokemus sekä kansanterveystutkijana että Sosiaalilääketieteen yhdistyksessä toimimisesta. Ennakko-käsitykseni oli, että kansanterveystieteessä ja sosiaalilääketieteessä oli kyse eri oppiaineista, tieteistä tai ”heimoista”. Yhteiskunta- ja lääketieteilijöiden välillä näytti olevan näkemyseroja, mutta ei mitenkään johdonmukaisesti. Mihän leiriin muiden koulutusryhmien edustajat kuuluivat ja johtuivatko erot ryhmien välillä ollenkaan koulutus- tai tiedealaryhmistä? Eri yhteyksissä esitetty näkemys siitä, että kansanterveystiede ja sosiaalilääketiede ovat yhtä, ei tuntunut uskottavalle. Halusin selvittää, mitä mieltä muut olivat asiasta. Omiin käsityksiini sosiaalilääketieteestä oli vaikuttanut, paitsi yhteiskuntatieteiden opiskelu ja kansanterveystutkimuksen tekeminen, myös aktiivinen toiminta vasemmistolaisessa liikkeessä ja asukastoiminnassa. Ideat sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta, yhteiskunnallisesta tasa-arvosta ja heikompiensa puolustamisesta kumpusivat näistä lähteistä.

Tutkimussuunnitelmastani keskusteltiin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksessa ja Tampereen yliopiston sosiaalipoliittikan laitoksen jatkokoulutusseminaareissa. Molemmilta

tahoilta sain kannustusta ja tukea jatkamiseen. Myönteiset asiantuntijalausunnot ja apurahat omalta osaltaan vahvistivat uskoa tutkimusaiheen merkityksellisyyteen.

3.1.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselyn tarkoituksena oli selvittää millainen tiede sosiaalilääketiede oli alan tieteellisen yhdistyksen jäsenistön näkemysten ja kokemusten mukaan. Tutkimuskohteena oli monitieteinen ala, jota ei tällaisella menetelmällä ole aikaisemmin tarkasteltu, ainakaan Suomessa. Kyselytutkimuksen ”teoria” eli lähtökohta on jonkun idean testaaminen tai alustavan kartoituksen tekeminen vähemmän tunnetusta ilmiöstä tai aiheesta. Tutkimuksen kohteen olennaiset piirteet tulee kyetä ”operationalisoimaan” esitettyjen kysymysten muodossa. Käsitteellä tiede voidaan asiayhteyden mukaan viitata joko tietoon, tiedon hankkimisen menetelmiin tai sosiaalisiin muodostelmiin, jotka hankkivat ja ylläpitävät tietoa; yhden ja oikean tieteen määritelmän esittäminen on mahdotonta (Kiikeri & Ylikoski 2004, 14–19). Tiedettä ja sen eri aloja määrittävät Erkki Kaukosen (1990, 16–17) mukaan neljä olennaista aspektia: 1) tieteellisen tiedon luonne ja spesifiikka, 2) tieteellinen toiminta ja kommunikaatio, 3) tiede instituutiona ja 4) tieteen/tieteenalan yhteiskunnalliset tehtävät. Kyselylomakkeeseen sisältyi elementtejä kaikista näistä.

Tutkimuslomakkeen laadinta perustui pääosin siihen menetelmälliseen koulutukseen, jota sain sosiologian opinnoissa 1960–70-luvuilla (Eskola 1962 ja 1967; Valkonen 1971). Nämä olivat silloin sekä uusia että vallitsevia menetelmiä sosiologiassa, esimerkiksi laadullista tutkimusta tällä nimellä ei tunnettu. Silloin puhuttiin myös kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Keskustelua kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen käsitteistä, ”paremmuudesta” ja historiasta on tullut pintaan myöhemmin (esim. Töttö 1997 ja 2000; Alastalo 2005).

Lomakkeen (liite 2) suunnittelua ohjannut pääperiaate oli, että saisin mahdollisimman kattavasti ja taloudellisesti tietoa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä. Koska vastaajista suuri osa oli tutkijoita, uskalsin odottaa vastauksia myös avoimiin kysymyksiin. Toisaalta lomake oli suunniteltava sisällöltään sellaiseksi, että myös muut kuin tieteentekijät motivoituisivat siihen vastaamaan. Lomakkeen alussa oli suhteellisen helppoja kysymyksiä, koskien yhdistykseen liittymistä ja siinä toimimista. Tämän jälkeen tulivat sisällöllisesti tärkeimmät kysymykset. Loppupuolella oli yhteiskunnallista osallistumista arvioivat kysymykset ja henkilön taustaan ja asemaan liittyvät kysymykset. Viimeisenä kysyttiin Sosiaalilääketieteen yhdistykseen liittyviä muistoja, joihin vastaamista oli syytä pitää epävarmana kyselytutkimuksessa. Lomake oli tavanomaista kyselyä vaativampi ja esitestaajat

varoittivat siitä. Tutkijana pelasin tavallaan uhkapeliä sen kanssa, että saadakseni haluamiani tietoja, jouduin ottamaan riskin siitä, että vastausprosentti jäisi liian alhaiseksi. Tutkimuksen empiirisen aineiston keruun aikoihin oli jo ilmaantunut Suomessakin haluttomuutta vastata kyselytutkimuksiin. Postikyselyt ja haastattelututkimukset ovat työläitä ja kalliita – sähköisistä kyselyistä ei vielä ollut juurikaan kokemusta. Lomakkeessa oli 47 kysymystä ja se oli 11 sivua pitkä. Vastausvaihtoehdot olivat sekä standardoituja että avoimia; täysin avoimia kysymyksiä oli 10. Osaan valmiista vastausvaihtoehdoista pyydettiin kirjoittamaan valinnan lyhyt perustelu. Lomakkeen keskeiset aiheet olivat:

- 1) Mitä on sosiaalilääketiede, tieteen määrittely.
- 2) Millaisia tieteen ja tutkimuksen aloja sisältyy sosiaalilääketieteeseen.
- 3) Millainen on sosiaalilääketieteen asema, onko se muuttunut.
- 4) Ketkä ovat merkittäviä sosiaalilääketieteilijöitä, millä perusteella.
- 5) Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistön kuvaus.
- 6) Sosiaalilääketieteen yhdistyksen merkitys jäsenille.
- 7) Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti jäsenistön kokemana.
- 8) Jäsenistön aktiivisuus sosiaalilääketieteen eri alueilla.
- 9) Keillä oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti.
- 10) Millaiseksi sosiaalilääketieteilijät olivat kokeneet tieteellisen uransa.

Tein lomakkeesta useita versioita, joita arvioivat Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksen jäsenet, tutkijakollegani, ohjaajani ja ystäväni. Lomaketta arvioitiin myös Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen jatkokoulutusseminaareissa.

3.1.2 Aineiston keruu ja analyysi

Saatuani Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallitukselta luvan yhdistyksen jäsenrekisterin käyttöön, sain taloudenhoitajalta jäsenluettelon, jossa oli elokuussa 1999 osoitetiedot 677 jäsenestä. Lomakkeiden ensimmäinen postitus tapahtui 26.–28.10.1999. Lomakkeet postitettiin Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen kuorissa ja niissä oli mukana lähetekirje ja palautuskuori. Lomakkeista palautettiin 231 kpl (36 %). Postitin uuden lähetekirjeen ja lomakkeen 440:lle henkilölle yksityisenä postina. Uusintakysely tuotti 120 vastausta, eli sen jälkeen oli noin puolet jäsenistä vastannut kyselyyn. Lähetin vielä toisen uusintakyselyn lähetekirjeineen 26.1.–2.2.2000 ja liitin mukaan katokyselyn. Kolmas kierros tuotti 78 palautusta, eli lopulliseksi lomakkeiden määräksi tuli 429 ja palautusprosentiksi 63.

Noin kolmasosa (75 henkilöä) vastaamatta jättäneistä palautti katokyselyyn, jossa kysyttiin joitakin taustatietoja ja syytä vastaamattomuuteen.

Suurin kadon aiheuttaja oli se, etteivät lomakkeet menneet perille osoitemuutosten takia. Posti ei kääntänyt kirjeitä. Väestörekisteritoimistosta löytyi korkeaan hintaan vain muutama osoite. Kaksi jäsentä oli kuollut, yksi oli joutunut vankilaan ja yksi ilmoitti ulkomailta, ettei ollut motivoitunut vastaamaan. Yksi ilmoitti olevansa liian vanha ja huonosti motivoitunut vastaamaan. Kymmenen henkilöä palautti tyhjän tai lähes tyhjän lomakkeen erilaisten selitysten kera, kuten ettei ollut enää jäsen, tai oli vaihtanut toisentyypoiseen työhön tai oli sairas tai eläkkeellä. Katokyselyyn vastanneet ilmoittivat yleisimmäksi syyksi sen, että kyselyyn vastaaminen veisi liikaa aikaa. Katokyselyn palautti 23 sellaista henkilöä, jotka samalla palauttivat myös täytetyn lomakkeen. He selittivät, miksi vastaaminen oli viivästynyt. Lomakkeen vastausprosentti oli odotettua parempi. Sain lomakkeen mukana monenlaisia terveisiä ja kannustusta, myös valitusta lomakkeen hankaluudesta ja pituudesta. Monet vastaajat tunsivat minut, koska olin ollut mukana Sosiaalilääketieteen yhdistyksen toiminnassa useita vuosia. Lähetekirjeestä kävi ilmi, että vastaajat olivat tunnistettavissa. Jotkut huomauttivat siitä, mutta vastasivat silti. Olin kiitollinen saamastani luottamuksesta.

Kyseessä oli kokonaistutkimus, johon vastanneet edustivat koko jäsenistöä sukupuolen ja kotipaikkakunnan mukaan. Katokyselyyn vastanneet edustivat myös näiden tekijöiden suhteen koko jäsenistöä. Vaikka tutkimuksen vastausprosentti oli hyvä, jätti 27 prosenttia jäsenistä vastaamatta kyselyyn. On mahdotonta arvioida, miten näiden 248 henkilön vastaukset olisivat muuttaneet tuloksia. Vastaamatta jättäneet olivat sekä niitä, jotka eivät osoitteemuutoksen takia koskaan saaneet kyselylomaketta että niitä, jotka eivät kiireidensä tai alhaisen vastausmotivaation vuoksi vastanneet. Poikkileikkaustutkimus kuvaa tilannetta tietyllä hetkellä. Tutkimukseni sosiaalilääketieteilijät olivat alan tieteellisen yhdistyksen jäseniä ja sillä perusteella heidän voi olettaa edustavan hyvin tieteenalaansa.

Kerätty aineisto tarjosi runsaasti mahdollisuuksia erilaisiin tutkimusasetelmiin ja analyyseihin. Käytännössä monet osa-aineistot olivat liian pieniä kvantitatiiviselle analyysille. Joidenkin suurelta näyttävien kokonaisuuksien taustoittaminen olisi puolestaan vaatinut kohtuuttoman paljon uusia tutkimuksia. Näistä syistä jätin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen ja Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden syvällisemmän tutkimisen seuraaville tutkijoille. Ilman taustoitusta taas pelkkien prosenttilukujen- ja taulukoiden kavalkadi olisi ollut ikävää luettavaa. Tutkimuksen pioneeriluonteen vuoksi periaatteessa kaikki sen tuottama tieto oli uutta. Artikkelien aiheiden valinta jätti osan aineistoa hyödyntämättä, mutta aineistot ovat

edelleen käytettävissä. Kyselyvastauksia lukiessa alkoi hahmottua, mitkä kysymykset olisivat olennaisia sosiaalilääketieteen jäljittämisen kannalta. Analyysisuunnitelmassa ensimmäisen artikkelin (2004) tarkoitus oli kuvata Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistö mahdollisimman hyvin käyttäen prosenttilukuja ja ristiintaulukointeja. Toisessa artikkelissa (2006) oli ristiintaulukointien ja regressioanalyysin avulla tarkoitus ”selittää” sosiaalilääketieteen identiteettiin vaikuttavia tekijöitä. Kolmannessa artikkelissa (2007) ”selitetään” taulukointien ja regressioanalyysin avulla sosiaalilääketieteen nimeen ja asemaan liittyviä seikkoja. Neljännessä artikkelissa (2009) etsittiin sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen analyysin avulla merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi pääsemisen syitä sekä rakennettiin typologioita kuvaamaan erilaisia sosiaalilääketieteilijä-tyyppejä.

Kyselytutkimuksen valmiit vastausvaihtoehdot tallennettiin SPSS-tiedostoksi. Avovastaukset purettiin tekstitiedostoiksi. SPSS -tiedostosta tehtiin ristiintaulukointeja, tilastollisia testejä ja logistisia regressioanalyyssejä. Kyselylomakkeen SPSS-tiedostojen analyyseissä käytin opetusmonisteita ja ensimmäisiä alan julkaisuja (Kanniainen 1999; Muhli & Kanniainen 2000; Tähtinen & Isoaho 2001). Tilastotieteen osaamista päivitin Mellinin teoksista (Mellin 1996a ja 1996b). Avovastauksia analysoitiin sisällönanalyysillä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Analyysimenetelmiä on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteenä olevissa artikkeleissa, joista neljä (I–IV) on laadittu kyselyaineistosta ja julkaistu Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä vuosina 2004–2009.

3.2 Kyselytutkimuksen tulokset

Tässä luvussa esitetään kyselytutkimuksen tulokset tiivistetysti. Ne perustuvat sekä julkaistuihin artikkeleihin I–IV (liite 3) että kyselyn SPSS -tiedostosta tehtyihin täydentäviin taulukoihin. Aiemmin julkaisemattomia tuloksia on esitetty aiheista, joista ei tehty erillisiä julkaisuja: Sosiaalilääketieteen yhdistys ja lehti (3.2.3), sosiaalilääketieteilijöiden tekemä tutkimus (3.2.6) ja merkittävistä sosiaalilääketieteilijöistä tehty lisäanalyysi (3.2.7). Keskeisten tulosten merkitystä ja niiden pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä esitetään luvussa neljä.

3.2.1 Sosiaalilääketieteilijän muotokuva

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä on käytetty termiä sosiaalilääketieteilijä. Liittyessään tieteelliseen yhdistykseen henkilö osoittaa kiinnostusta alaan ja sitoutuu sillä tavoin yhdistyksen ajamaan asiaan ja aatteeseen. Sosiaalilääketieteilijä-käsitettä on käyttänyt

muun muassa Antti Karisto tutkimuksessaan *Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta* (1981a). Termillä hän viittasi niihin 1800-luvun loppupuolen lääketieteen tutkijoihin, jotka tekivät tautikohtaisia tutkimuksia sairastavuuden ja kuolleisuuden sosiaaliryhmittäisistä eroista. Tämän tradition merkitystä Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustajat jatkoivat nimetessään yhdistyksen vuonna 1968 Sosiaalilääketieteen yhdistykseksi. Perinnettä eivät ole horjuttaneet yliopistojen eikä tieteiden kehityksessä tapahtuneet muutokset.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten määrä oli perustamisajankohdasta lähtien kasvanut kuusinkertaiseksi, ollen noin 650 vuonna 1999. Yhdistyksen jäsenistö oli naisvaltainen, 70 prosenttia jäsenistä oli naisia. Naiset olivat keskimäärin miehiä nuorempia. Naisjäsenistön enemmistö keskittyi ikävuosien 35–54 välille, miesten vuosien 45–64 välille. Jäsenistöstä 61 prosenttia oli liittynyt yhdistykseen 1990-luvulla, naisista 70 prosenttia, miehistä 30 prosenttia.

Lääketieteilijät (29 %) olivat suurin peruskoulutusryhmä, seuraavaksi suurimmat olivat yhteiskuntatieteilijät (20 %) ja sairaanhoitajat (18 %). Muun alan peruskoulutuksen saaneita oli 15 prosenttia ja useita peruskoulutuksia omaavia oli 17 prosenttia jäsenistöstä. Muu ala koostui ravitsemustieteestä, hammaslääketieteestä, terveydenhuolto-alasta tarkemmin määrittelemättä ja psykologiasta. Useita peruskoulutuksia omaavista (n=70) 37 prosentilla oli ensimmäisenä peruskoulutuksena sairaanhoidon ala, 19 prosentilla lääketiede.

Yhdistykseen liittyneiden peruskoulutusjakauma kullakin vuosikymmenellä osoitti, että lääketieteellisen koulutuksen saaneiden osuus oli huomattava muihin koulutusryhmiin verrattuna yhdistyksen kahden ensimmäisen toimintavuosikymmenen aikana (n. 40 %), mutta 1990-luvulla liittyneistä lääkäreiden osuus oli 20 prosenttia. 1960-luvun lopun ja 1990-luvun lopun välisenä aikana eri peruskoulutusryhmien osuus liittyneistä oli tasoittunut. Sairaanhoidon koulutuksen saaneiden kohdalla oli tapahtunut suuri muutos: vuosina 1968–79 heidän osuutensa liittyneistä oli neljä prosenttia, 1980-89 kahdeksan prosenttia ja vuosina 1990-99 heidän osuutensa liittyneistä oli 27 prosenttia. Muiden alojen ja useita koulutuksia omaavien kohdalla jäseneksi liittymiset vuosikymmenittäin olivat: muu ala 13, 13 ja 16 prosenttia ja useita koulutuksia omaavilla 22, 15 ja 18 prosenttia.

Naisjäsenten ammattirakenne oli tasaisemmin jakautunut eri peruskoulutusryhmiin kuin miesten; miehistä yli puolet oli lääketieteilijöitä (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen naisten ja miesten peruskoulutusryhmät suuruusjärjestyksessä vuonna 1999, %.

Naiset	%	Miehet	%
1. Sairaanhoidajia	25	1. Lääketieteilijöitä	54
2. Muut koulutukset yhteensä	20	2. Yhteiskuntatieteilijöitä	25
3. Lääketieteilijöitä	19	3. Muut koulutukset yhteensä	11
4. Yhteiskuntatieteilijöitä	18	4. Useita peruskoulutuksia	10
5. Useita peruskoulutuksia	18	5. Sairaanhoidajia	2
Yhteensä	100		100
N	302		123

Yhdistykseen liittymisellä oli sekä tieteellisiä ja ammatillisia että sosiaalisia intressejä. Yleisimmiksi syiksi liittyä Sosiaalilääketieteen yhdistykseen mainittiin yhdistyksen lehti, tiedon saaminen ja tutkimustyöhön liittyvät seikat. Seuraavaksi suurimmiksi syyryhmiä tulivat tuttavien suositukset, monta syytä ja yhdistyksen toiminta. Yhdistyksen toiminta ei ollut ensiksi mainittujen syiden alkupäässä, mutta yhdistyneenä omaa ryhmää ja identiteettiä hakevien ryhmään toiminnan merkitys huomattavasti nousi. Yhdistyksen toiminnan ehkä keskeisin osa, oman lehden julkaiseminen on ollut merkittävä myös uusien jäsenten saamisessa. Sairaanhoidajista 41 prosenttia oli liittynyt yhdistykseen lehden vuoksi.

Sosiaalilääketieteen yhdistys oli monitieteinen paitsi jäsenistönsä peruskoulutuksen mukaan, myös siten, että jäsenet kuuluivat yhteensä noin 200:aan tieteelliseen tai ammatilliseen yhdistykseen. Neljäsosalle jäsenistä Sosiaalilääketieteen yhdistys oli ainoa tieteellinen yhdistys, kolmasosa oli lisäksi yhden muun yhdistyksen jäsen ja 41 prosenttia kuului useampaan kuin yhteen muuhun yhdistykseen.

Yleisimmät oppiarvot olivat tohtori, 39 prosenttia (tohtori, dosentti, professori, yhteensä) ja korkeakoulututkinto (33 %). Sukupuolen mukaiset koulutuserot olivat melko suuria. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat voittopuolisesti naisia. Lääketieteen lisensiaatit olivat useammin miehiä, muut lisensiaatit olivat useammin naisia. Tohtoreita oli lähes yhtä paljon naisten ja miesten joukossa, mutta dosentteja ja professoreita oli miesjäsenistössä enemmän. Miehistä 83 prosenttia oli tehnyt sosiaalilääketieteen alan tutkimustyötä, naisista 57 prosenttia ja miehet olivat tehneet tutkimustyötä kauemmin kuin naiset. Jäsenistön suurin yksittäinen ammattiryhmä olivat tutkijat (30 %). Opetustyötä teki 15 prosenttia, hallinnollista työtä 14 prosenttia, terveydenhuollon käytännön työtä 12

prosenttia ja muut työssä olevat tekivät erilaisia yhdistelmiä tutkimus-, opetus-, hallinto- ja käytännön töistä.

Erilaisessa yhteiskunnallisessa osallistumisessa miehet olivat naisia aktiivisempia. Tiede- ja tutkimuspolitiikkaan liittyvät tehtävät kasaantuivat miespuolisille tohtoreille. Kansanterveysyhdistyksissä ja -järjestöissä toimivat aktiivisimmin miespuoliset lääkärit. Kunnanvaltuustoissa ja kunnanhallituksissa aktiivisin ryhmä oli useita koulutuksia omaavat ja heistä seuraavaksi aktiivisimpia olivat miespuoliset lääkärit. Oman tieteenalan yhdistyksen hallituksessa oli tai oli joskus ollut lähes kolmannes (30 %) miesjäsenistä ja naisista joka kymmenes. Kaikki peruskoulutusryhmät sekä naisista että miehistä olivat saaneet edustajia Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallitukseen.

Yhteenvedon voidaan todeta, että Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistö oli korkeasti koulutettu, monitieteinen ja naisvaltainen. Jäsenistön määrä oli kasvanut alkamisajankohdasta noin kuusinkertaiseksi. Lääkäreiden suhteellinen osuus oli vähentynyt ja sairaanhoitajien lisääntynyt. Yhdistys oli tieteellistynyt jäsenistön koulutustason nousun myötä ja lähes joka kolmas jäsen oli ammatiltaan tutkija. Sairaanhoitajat olivat liittyneet runsain määrin yhdistykseen 1990-luvulla, heistä runsas puolet edusti käytännön sairaanhoitotyötä.

3.2.2 Sosiaalilääketieteilijän identiteetti

Tieteellinen identiteetti viittaa siihen tieteeseen tai tieteenalaryhmään, johon henkilö identifioituu. Kysyin: ”Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä? Valmiit vastausvaihtoehdot olivat: 1. kyllä, 2. en ja 3. riippuu tilanteesta. Vastaajia pyydettiin perustelemaan vastauksensa. Vajaa kolmasosa, 30 prosenttia vastaajista koki itsensä sosiaalilääketieteilijäksi. Miehillä kokemus oli selvästi yleisempi (45 %) kuin naisilla (23 %). Lääkäreillä oli useimmin sosiaalilääketieteilijän identiteetti, sairaanhoitajilla harvimminkin. Kaikissa peruskoulutusryhmissä oli hieman yli 20 prosenttia sellaisia, jotka eivät ottaneet kantaa kysymykseen.

Selkeän identiteetin ryhmässä kolmasosa perusteli sosiaalilääketieteilijän identiteettiään sillä, että teki alan tutkimusta, lähes viidennes (18 %) sillä, että voi soveltaa sosiaalilääketiedettä ammatillisesti ja lähes yhtä moni monitieteisyydellä. Ne, joilla ei ollut sosiaalilääketieteilijän identiteettiä perustelivat sen puuttumista sillä, että joku toinen ala oli heille tärkeämpi, ammatillinen identiteetti oli tärkeämpi tai ettei heillä ollut minkään tieteenalan identiteettiä. Tilannesidonnaisen identiteetin omaavista moni opetti muun työnsä lisäksi ja koki, että asettuessaan opettajan positioon, hän tunsi itsensä sosiaalilääketieteilijäksi.

Koko aineistossa iän ja identiteetin välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Sukupuolen mukaan tarkastellen iällä oli kuitenkin merkitystä: naisista alle 40-vuotiaat kokivat itsensä muita useammin sosiaalilääketieteilijöiksi, miehistä yli 60-vuotiaat. Yhdistykseen liittymisen ajankohdalla oli selvä yhteys identiteettiin: kuta varhemmin henkilö oli liittynyt Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseneksi, sitä useammin hänellä oli vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Käytännön työntekijöiden ja monenlaisia erilaisia työtehtäviä tekevien identiteetti ei ollut paljoakaan heikompi keskimäärin kuin tutkimustyön tekijöillä. Regressioanalyysi tuotti kolme tilastollisesti merkitsevää tulosta. Ensinnäkin miehillä oli lähes kaksi kertaa suurempi todennäköisyys muodostaa sosiaalilääketieteilijän identiteetti kuin naisilla. Vastaavasti 40–54-vuotiailla oli pienempi todennäköisyys identiteetin muodostukseen verrattuna alle 40-vuotiaisiin, kun yli 50-vuotiaat eivät osoittaneet tilastollisesti merkitsevää eroa. Koulutustaustasta ainoaksi merkitseväksi nousi lääkäreiden koulutus suhteessa sairaanhoitajiin: lääkäreillä oli 2,6-kertainen todennäköisyys muodostaa sosiaalilääketieteilijän identiteetti verrattuna sairaanhoitajiin muiden koulutustaustojen jäädessä tilastollisesti merkityksettömiksi.

3.2.3 Sosiaalilääketieteen yhdistys ja lehti

Kysyin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniltä: ”Mikä merkitys Sosiaalilääketieteen yhdistyksellä on ollut sinulle?” Luokittelin vastaukset seitsemään luokkaan, jotka on esitetty taulukossa 2 peruskoulutusryhmittäin.

TAULUKKO 2. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen merkitys jäsenille peruskoulutusryhmittäin vuonna 1999, %.

Yhdistyksen merkitys	Peruskoulutus					
	Sairaanhoidon	Lääketieteen	Yhteiskunta-tieteen	Muu	Useita	Yhteensä
Tieto, SLA*	65	35	40	46	56	47
Useita merkityksiä	19	11	13	11	10	13
Ei juuri mikään	3	18	13	18	8	13
Sosiaalinen/ammattillinen	7	13	13	15	10	11
Tärkeä, tukijärjestö	5	19	16	6	6	11
Jokin muu	1	4	5	4	10	5
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	74	110	79	72	61	401

* = Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti

Yhdistyksen merkityksen perustelut olivat samantyyppisiä kuin yhdistykseen liittymisen syyt. Taulukon 2 voi tulkita niin, että Sosiaalilääketieteen yhdistykseen kuulumisella oli yhdistyksen ”vanhoille” ryhmille, lääketieteilijöille ja yhteiskuntatieteilijöille useammin sosiaalinen ja tukeva merkitys kuin ”uudempiin ryhmiin” kuuluville sairaanhoitajille, joille tiedon saaminen oli erityisen tärkeää. Myös muille ”uudemille” ryhmille tiedon saaminen oli tärkeämpää kuin lääketieteilijöille ja yhteiskuntatieteilijöille, mutta niille myös varsinkin sosiaalinen/ammattillinen merkitys oli suhteellisen tärkeä.

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti oli perustettu vuonna 1962 Suomen Lääkäriliiton toimesta, kuusi vuotta ennen Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamista. Lehden perustaminen heijasti suomalaisessa lääketieteessä uuden sosiaalilääketieteen syntyä. Suomen Lääkäriliitto jatkoi lehden julkaisemista vielä Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamisen jälkeen neljä vuotta, mutta päätti lopettaa kustantamisen vuonna 1972. Sosiaalilääketieteen yhdistys alkoi julkaista lehteä vuonna 1974. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti on ilmestynyt vuodesta 1974 lähtien neljä–kuusi -numeroisena alan ainoana tieteellisenä aikakauslehtenä Suomessa. Sen merkitys sekä yhdistykselle että koko tieteenalalle on ollut merkittävä.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä 78 prosenttia oli tyytyväisiä Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden linjaan; tyytyväisimpiä olivat sairaanhoitajat (92 %) ja useita koulutuksia omaavat (86 %). Tyytymättömiä oli 18 prosenttia; tyytymättömmimpiä olivat yhteiskuntatieteilijät (28 %), muun koulutuksen omaavat (21 %) ja lääkärit (20 %). Vaikea sanoa -vastaajia oli eniten yhteiskuntatieteilijöiden joukossa (9 %) ja kantaa ottamattomia oli keskimäärin neljä prosenttia vastaajista. Lehteä seurattiin aktiivisesti: 62 prosenttia luki lehden tarkasti tai melko tarkasti. Ahkerimpia lukijoita olivat sairaanhoitajat ja muun alan edustajat (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden seuraaminen peruskoulutuksen mukaan vuonna 1999, %.

Seuraa lehteä	Peruskoulutus					
	Sairaanhoidon	Lääketieteen	Yhteiskuntatieteen	Muu	Useita	Kaikki
Tarkasti	28	6	12	18	9	13
Melko tarkasti	57	48	43	54	43	49
Satunnaisesti	14	41	42	24	45	34
Harvoin tai ei lainkaan	1	5	3	4	3	4
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	77	124	84	74	65	424

Lehteä lukivat ahkerimmin ne, joille uuden tiedon merkitys tältä alalta oli suurin, eli sairaanhoitajat ja muun koulutuksen saaneet ja vähiten ”vanhat ryhmät”, yhteiskuntatieteilijät, lääkärit ja useita koulutuksia omaavat. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä olivat omassa lehdessä julkaisseet eniten yhteiskuntatieteilijät (40 %) ja vähiten sairaanhoitajat (10 %). Useita julkaisuja oli useimmin yhteiskuntatieteilijöillä ja muiden alojen edustajilla.

3.2.4 Sosiaalilääketieteen määrittely ja nimi

Sosiaalilääketieteestä on esitetty useita kymmeniä määritelmiä. Pirkko-Liisa Rauhala (1988) on tutkinut Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden pääkirjoitusten antamaa kuvaa sosiaalilääketieteestä vuosien 1962–1985 välisenä aikana. Hän luokitteli määritelmät viiteen

tyyppiin, joissa sosiaalilääketiede nähtiin: 1) tieteenä, jolla on oma tutkimuskohde ja itsenäinen tieteellinen identiteetti, 2) lääketieteen erikoisalana tai tutkimusalana, joka tarvitsee yhteistyötä muiden tieteiden kanssa menestyäkseen, 3) prosessuaalisena eriyttävänä ja yhdistävänä tieteenä tai tutkimusalana, joka tarjoaa välilaskupaikkoja uusiin tutkimusaiheisiin ja näkökulmiin, 4) pragmaattisena terveystieteeksi avustavana tieteen tai tutkimuksen alana ja 5) terveyden ja sairauksien ongelmien kokonaisuutena, johon eri perustieteet tuovat tutkimusperinnettään ja jota erityisesti menetelmät sitovat muihin tieteisiin. Rauhala veti johtopäätöksen, että pääkirjoituksissa esiin tulleiden identiteettipohdiskelujen perusteella kognitiivisella institutionalisoitumisella ei ole sosiaalilääketieteessä yksiselitteistä sisältöä. Hänen mukaansa sosiaalilääketieteen yksiselitteisin kognitiivinen jäsentäjä on yhteiskuntapolitiittisen toiminnan ja sen tutkimuksellisen arvioinnin yhdistäminen; sosiaalisen ja kognitiivisen institutionalisoitumisen yksi keskeinen muoto on ohjelmallinen tutkimustoiminta ja toimintatutkimus, sitoutuminen terveystieteeseen. (Rauhala 1988, 52–54.)

Kysyin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniltä. ”Miten määrittelisit sosiaalilääketieteen? Mitä sosiaalilääketiede sinun mielestäsi on?” Kysymykseen vastasi jollakin tavoin 72 prosenttia vastaajista, eli 306 henkilöä. Määritelmien esittäminen ei ollut merkittävästi yhteydessä mihinkään taustatekijään. Sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokeneet esittivät määritelmän useammin kuin vailla identiteettiä olevat. Määritelmien pituus vaihteli muutamasta sanasta muutamaan lauseeseen. Luonnehdin määritelmien pääkategorioita ja keskeisiä sisältöjä tekemättä tarkkaa laadullista analyysiä aineistosta. Yleisin tapa määrittellä sosiaalilääketiede oli sanoa sen olevan terveyden ja sairauden yhteiskunnallisten yhteyksien tutkimusta tai niitä tutkiva tiede. Noin joka kuudes vastaaja ilmaisi määritelmässään, että sosiaalilääketiede on lääketiedettä tai sen osa ja yhtä monen mielestä sosiaalilääketiede oli samaa kuin joku muu tiede, kansanterveystiede tai joku yhteiskuntatiede. Sosiaalilääketiedettä monen tieteen yhdistelmänä korostettiin selkeästi noin joka kymmenennessä vastauksessa ja yhtä moni määritteli sosiaalilääketieteen ennen kaikkea näkökulmaksi, näkemykseksi, ulottuvuudeksi, rajapinnaksi tai -paikaksi.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten näkemykset tieteenalastaan poikkesivat jonkin verran niistä määrittelyistä, joita yhdistyksen lehden pääkirjoitusten kirjoittajat esittivät vuosikymmeniä aikaisemmin. Suurin ero määrittelyissä oli siinä, että jäsenten määrittelyissä korostui monitieteisyys ja tieteenalan kokoava merkitys, joka hahmottui eri paikasta katsoen hieman eri tavoin. Tämä oli johdonmukaista, sillä sosiaalilääketieteen monitieteisyys,

yhteiskuntatieteiden ja muiden tieteiden osuus jäsenistössä oli kasvanut uuden sosiaalilääketieteen aikana.

Terveyden, sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksiä korostavissa määritelmässä, esitettiin että yhteiskunnalliset tekijät vaikuttivat terveyteen ja sairauteen, tai tuotiin esiin, että näiden välillä on yhteyksiä tai vuorovaikutusta. Jotkut korostivat terveyden tutkimista sosiaalisessa kontekstissa tai väestöerojen ja terveyserojen tutkimista tai sitä että sosiaalilääketieteeseen sisältyy myös toimintaa ja sen tutkimista. Määritelmät epätasaisuudessaan, käsitteellisessä ja ilmauksellisessa moninaisuudessaan (myös päällekkäisyyksissään) osoittivat laajasti yhteistä ymmärrystä tutkimuskohteesta. Väestöryhmien terveyserot tulivat usein esiin, mutta sosioekonomiset tai sosiaaliryhmittäiset erot eivät erityisesti, siis näillä sanoin ilmaisten; eroilla kuitenkin tarkoitettiin mitä luultavimmin juuri näitä eroja.

Kysyttäessä mitä mieltä vastaajat olivat termistä sosiaalilääketiede yhdistyksen ja lehden nimissä, oli nykyisen käytännön kannattajien ryhmä suurin (44 %). Kun siihen lisätään käytön laajentamista haluavien osuus (13 %), tulee nykykäytäntöä kannattavien osuudeksi yli puolet vastaajista. Joka neljäs vastaaja kannatti nimen muuttamista kansanterveystieteeksi ja lähes yhtä moni oli ottamatta kantaa nimikysymykseen (23 %). Yhdistyksen vanhat perusvahvat ryhmät, lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät olivat tyytyväisimpiä sosiaalilääketiede -termiin ja uudet ryhmät, sairaanhoitajat ja muun koulutuksen omaavat olivat useimmin valmiita vaihtamaan sosiaalilääketieteen kansanterveystieteeksi.

Logistisessa regressioanalyysissä löydettiin kolme merkitsevää selittävää muuttujaa yhdistyksen nimen muuttamishalulle. Peruskoulutuksella, työn laadulla ja sosiaalilääketieteilijän identiteetillä oli vaikutusta siihen, halusiko vastaaja vaihtaa sosiaalilääketieteen kansanterveystieteeksi. Nimenmuutosta toivoivat sairaanhoitajat enemmän kuin lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät. Kaikista eniten muuttamista halusi ryhmä ”muut”, joihin kuului useiden eri tieteidenalojen edustajia. Sosiaalilääketiede-termin kannattaminen näytti kytkeytyvän tutkijaidentiteettiin, joko lääketieteelliseen tai yhteiskuntatieteelliseen, sekä siihen, että tuntee itsensä sosiaalilääketieteilijäksi. Sosiaalilääketieteen säilyttämistä kannattaneet vetosivat ennen kaikkea yhdistyksen ja nimen kunniakkaaseen perinteeseen, kansanterveystieteen kannattajat pitivät sosiaalilääketiedettä vanhanaikaisena.

3.2.5 Sosiaalilääketieteen aseman muuttuminen

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet näkivät sosiaalilääketieteen/ kansanterveystieteen aseman muuttuneen siten, että lähes yhtä moni koki tieteenalan aseman vahvistuneen kuin heikentyneen tai ei osannut ottaa kantaa asiaan. Joka viides vastaaja katsoi aseman pysyneen vakaana. Mielipiteet olivat riippuvaisia henkilön taustasta. Optimistisimmin alan vahvistumiseen suhtautuivat sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneet ja muut ryhmät, jotka eivät edustaneet sosiaalilääketieteen perinteisesti vahvoja alueita sekä opetuksen ja terveydenhuollon käytännön työtä tekevät. Lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät kokivat useimmin aseman heikentyneen. Pessimistisimmin alan aseman kehitykseen suhtautuivat yhdistyksen alkuaikoina, 1960- ja 70-luvuilla jäseneksi liittyneet, lääketieteilijät, tutkimus- ja hallintotyötä tekevät, korkeasti koulutetut ja sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokeneet. Alan näkivät pysyneen vakaana muita useammin lääketieteilijät ja hallintotyön tekijät. Kannan ottaminen ylipäättään tähän kysymykseen oli vaikeinta nuorille, viimeksi mukaan tulleille, tutkijoille ja yhteiskuntatieteilijöille.

Koska kaikkien valittujen tieteenalan aseman muutosta selittäneiden syytekijöiden yhteys selitettävään muuttujaan oli tilastollisesti merkitsevä, tehtiin logistinen regressioanalyysi parhaiden selittäjien löytämiseksi. Regressioanalyysi tuotti kolme tilastollisesti merkitsevää tulosta. Yhdistykseen liittymisen ajankohta selitti tieteenalan asemassa tapahtunut muutosta siten, että kuta kauemmin oli ollut jäsenenä, sitä heikommaksi koki aseman muuttuneen ja mitä myöhempään vastaaja oli liittynyt jäseneksi, sitä pienempi riski hänellä oli kokea asema heikentyneeksi. Peruskoulutus selitti kokemusta siten, että lääketieteilijöillä, yhteiskuntatieteilijöillä ja useita koulutuksia omaavilla oli selvästi suurempi riski kokea tieteenalan asema heikentyneeksi kuin sairaanhoitajilla. Lääketieteilijöillä riski oli jopa kuusinkertainen. Työn laatu selitti aseman kokemista siten, että opetus-, hallinto- ja terveydenhuollon käytännön työtä tekevät eivät eronneet tilastollisesti tutkimusta tekevästä, mutta tutkimusta tekevillä oli suurempi riski kokea tieteenalan asema heikentyneeksi kuin niillä joiden työ kuului luokkaan ”muu työ”. Muu työ -luokka oli tutkimustyön tekijöiden jälkeen suurin ja siihen kuului enimmäkseen sellaisia henkilöitä, joiden työssä yhdistyivät opetus, tutkimus, käytännön työ ja hallinto erilaisin kombinaatioin. Viimemainituilla oli todennäköisesti vakituisempi paikka yliopistossa kuin tutkijoilla, joiden työt ovat enempi projektiluonteisia.

Vastaajien perustelut tieteenalan asemaan näyttivät jakaantuneen sen mukaan kokivatko he itsensä enemmän sosiaalilääketieteilijäksi vai kansanterveystieteilijäksi. Tässä tutkimuksessa sosiaalilääketieteilijät kokivat tieteenalansa heikentyneen ennen kaikkea siksi, että niin

kutsuttu biolääketiede oli lisännyt rahoitusosuuttaan lääketieteen tutkimusrahoituksessa ja kansanterveystieteilijät kokivat tieteenalan vahvistuneen siksi, että sen yhteiskunnallinen kysyntä ja arvostus olivat kasvaneet. Kansanterveystieteen opetus oli vakiintunut terveydenhuollon oppilaitoksissa. Käytännön terveydenhuoltotyötä edustaneista sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneista monet olivat opetustehtävissä. Tästä perspektiivistä katsoen sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema oli vahvistunut. Tuloksia voi tulkita myös niin, että tieteenä sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen koettiin heikentyneen, oppiaineena vahvistuneen. Tämä ristiriitaiselta vaikuttava tulos voitaneen ymmärtää siten, että sosiaalilääketieteilijöiksi itsensä kokeneet olivat mieltäneet alan enemmän tieteen ja tutkimuksen alaksi, käytännön työntekijät oppiaineeksi ja käytäntöön sovelletuksi tieteeksi.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksessä oli selkeästi kaksi erilaista ryhmää: pitkään yhdistyksessä ollut ja kauan tutkimustyötä tehnyt sosiaalilääketieteilijöiden joukko, joka koostui pääasiassa lääke- ja yhteiskuntatieteilijöistä sekä uudet tulokkaat, sairaanhoidon peruskoulutuksen omaavat ja muiden tieteenalojen edustajat, jotka identifioituivat edellä mainittuja useammin kansanterveystieteen kannattajiksi. Lääketieteen edustajat jakautuivat melko tasaisesti molempiin ryhmiin. ”Oman” tieteenalan nimeä perusteltiin kummassakin ryhmässä melko samanlaisin argumentein.

Sosiaalilääketieteen vanha ajatusmuoto, joka korosti terveyden sosiaaliryhmittäisiä eroja ja niiden yhteiskunnallisia syitä nousi esiin tieteenalan nimen perusteluissa osalla heistä, jotka kannattivat sosiaalilääketieteen säilyttämistä tai sen laajempaa käyttöönottoa. Sosiaalinen merkitsee yhteiskuntaa ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. Täten sen esiintyminen yhdistyksen nimessä haluttiin säilyttää, vaikka näkemykset tieteenalan sisällöstä vaihtelivatkin suuresti ja siksi että yhteistieteelle tai monitieteiselle tieteelle on vaikea keksiä kaikkia tyydyttävää nimeä.

3.2.6 Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten tutkimustyö

Suurin osa jäsenistä oli tehnyt sosiaalilääketieteen alaan liittyvää tutkimusta ja lähes kolmannes jäsenistä oli tutkijoita, yhteiskuntatieteilijät selvästi muita useammin. Tutkimustyöntekijät olivat yhtä usein naisia ja miehiä, mutta miehillä oli takanaan useampia tutkimusvuosia ja hallussaan useampia professuureja. Sosiaali- ja terveystieteiden arvostus oli laajasti ymmärtäen melko hyvin tasapainossa jäsenistön piirissä, naisille kuitenkin sosiaalitieteet olivat useammin tärkeämpiä ja miehille terveystieteet.

Itselleen tärkeimmäksi tieteenalaksi jäsenet nimesivät 58 erilaista tieteen tai tutkimuksen alaa. Kysyttäessä tärkeintä tieteenalaa puolet vastaajista nimesi kuitenkin jonkun tutkimusalan. Uusina kokoavina tai teemallisina tutkimusalueina nousivat esiin terveydenhuoltotutkimus ja terveyden edistämisen tutkimus, jotka molemmat olivat monitieteisiä tutkimusaloja ja kummankin sukupuolen valitsemissa aihealueita. Tutkimuksen tekijöistä puolet oli tehnyt pelkästään kvantitatiivista tutkimusta (52 %) ja toinen puoli oli käyttänyt muita menetelmiä ja yhdistelmiä eri menetelmistä.

Niistä sosiaalilääketieteilijöistä, jotka vastasivat kysymykseen: ”Oletko tyytyväinen omaan urakehitykseesi?” (n=242), oli erittäin tyytyväisiä 25 prosenttia, melko tyytyväisiä 62 prosenttia, melko tyytymättömiä 12 prosenttia ja erittäin tyytymättömiä yksi prosentti. Miehistä 89 prosenttia oli tyytyväisiä urakehitykseensä, naisista 77 prosenttia. Naisista 15 prosenttia oli tyytymättömiä urakehitykseensä, miehistä kahdeksan prosenttia. Tyytyväisimpiä omaan urakehitykseensä olivat lääkärit, sairaanhoitajat ja useita koulutuksia omaavat. Tyytymättömmimpiä urakehitykseensä olivat yhteiskuntatieteilijät ja muiden alojen edustajat. Urakehitykseen positiivisesti vaikuttaneissa tekijöissä korostuivat työyhteisö, työ, saatu tuki ja tyytyväisyys itseän. Negatiivisissa tekijöissä tulivat esiin vastakohtat edellisille, eli töiden lyhytaikaisuus, tuen ja rahoituksen puute sekä henkilökohtaiseen elämään ja omaan persoonaan liittyneet pulmat ja piirteet.

Kysyin yhdistyksen jäseniltä: Millaisia aiheita tutkit tällä hetkellä? Vastaukset olivat lyhyitä eivätkä kovin täsmällisiä, mutta ne kertoivat kuitenkin mille aihealueille jäsenistön tutkimuskiinnostus kohdistui (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten tutkimusten aihealueet sukupuolen mukaan vuonna 1999, %.

Aihealue	Naiset	Miehet	Yhteensä
Sairaus	10	27	17
Sairastaminen	9	-	5
Ikä ja terveys	17	8	13
Työ ja terveys	4	9	6
Terveyskäyttäytyminen	12	8	10
Palvelusten käyttö	12	6	10
Terveydenhuoltojärjestelmä	10	18	13
Henkilöstö	10	3	7
Eriarvoisuus	4	3	4
Useita aiheita	6	12	9
Muita aiheita	6	6	6
Yhteensä	100	100	100
N	112	77	189

Terveys, sairaus, terveyskäyttäytyminen ja palvelujärjestelmään sekä sen käyttöön liittyvät aiheet olivat sosiaalilääketieteellisen ja/tai kansanterveystieteellisen tutkimuksen pää-aihealueita. Molemmat sukupuolet tutkivat lähes kaikkia mainittuja aiheita. Sairaudet ja järjestelmä olivat miesten suosimia aiheita, naisten aiheita olivat ikääntyminen ja terveys, terveyskäyttäytyminen, palvelusten käyttö ja henkilöstö.

Kysyin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniltä: ”Mihin suuntaan toivot sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen kehittyvän tulevaisuudessa?” Keskimäärin joka toinen kirjoitti jonkin toiveen. Vastaajat eivät eronneet suuresti minkään taustatekijän suhteen ei-vastanneista. Suurin osa kirjoitti lyhyesti, mutta silti vastauksiin mahtui useanlaisia toiveita. Olen luokitellut 213 toivetta (= suunnat) siten, että jokaisen vastaajan esittämä toive on tullut luokitelluksi vain yhteen kymmenestä luokasta, vaikka vastaaja olisi esittänyt useita toiveita. Luokat kuvaavat mille alueelle esitetyt toiveet kohdentuivat. Vastausten ryhmittäminen kymmeneen luokkaan esitetään taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten vuonna 1999 esittämät toiveet sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen suuntautumisesta tulevaisuudessa, %.

Sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen suunnat tulevaisuudessa	%
Sosiaalilääketieteen kehittyminen tieteenä	17
Tieteidenvälisyys, monitieteisyys, monenlaisuus	17
Tiede- ja tutkimuspolitiikkaan vaikuttaminen	16
Metodien kehittäminen	15
Politiikkaan ja yhteiskuntaan vaikuttaminen	11
Terveystieteiden toiminta	8
Ihmisten kokemukset, arjessa selviytyminen	6
Käyttäytyminen, elinolojen tutkimus	4
Väestöryhmien ongelmat	4
Kansantaudit, terveysongelmat	2
Yhteensä	100
N	213

Tieteellisen yhdistyksen jäsenistön toiveet keskittyivät ensisijaisesti tieteen asemaan ja tutkimuksen tekemiseen liittyviin tekijöihin, toissijaisesti kohdealueisiin. Sosiaalilääketieteelle ominainen tieteidenvälisyys tai monitieteisyys tulee ensimmäiseksi heti yleisluonteisten tieteen kehittymistä koskevien toiveiden jälkeen. Uuden sosiaalilääketieteen suositut tutkimusalueet, terveydenhuolto, arjessa selviytyminen ja erilaiset kokemukset terveydenhuollossa mainitaan ennen perinteisempiä aiheita, kuten terveystieteen ja kansantauteja koskeva tutkimus. Tämä on johdonmukaista, sillä vuosittain vaihteen tutkijoista suurin osa oli aloittanut tutkimusuransa 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin sekä laadullinen terveystutkimus että terveydenhuoltotutkimus alkoivat kasvattaa suosiotaan. Taulukon 5 tulos heijastaa myös kyselyhetkellä vallinnutta tutkijoiden suuntautumista, sillä useimmat toivonevat jatkoa valitsemalleen uralle.

Vastaajista kolmasosa (32 %) toivoi sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen tulevaisuuden suunnaksi jonkin tutkimusmenetelmään tai tutkimuksen tekotapaan liittyvän seikan. Näiden vastausten lisäksi menetelmällisiä toiveita sisältyi jonkin verran myös substanssivastauksiin. Suurin yksittäinen ryhmä tutkimuksen tekemisen tapa -luokan sisällä oli erilainen moninaisuus (38/213, 18 %). Moninaisuus koostui seuraavanlaisista maininnoista: 1) monitieteisyyttä korostavat (monitieteisyys, monialaisuus, poikkitieteellisyys), 2) monipuolisuutta

korostavat (monipuolisuus, monimenetelmällisyys, moni-ilmeisyys, moniammatillisuus, 3) yhteistyötä korostavat (tieteiden välinen yhteistyö, yhteistoiminta, yhteen kytkevä metodiikka, yhteyksiä muihin tieteenaloihin), 4) moniarvoisuus, suvaitsevaisuus ja 5) useita edellisistä. Tutkimuksen suuntautumista kysyttiin avoimella kysymyksellä. Vastausten luokittelu antanee kuitenkin oikeamman kuvan vastaajien toiveista, kuin jos tutkija olisi esittänyt valittavaksi aiheita valmiista listasta.

3.2.7 Merkittävät sosiaalilääketieteilijät

Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäseniltä kysyttiin myös, keitä he pitivät merkittävinä sosiaalilääketieteilijöinä ja millä perusteella he heidät valitsivat. Kysymyksessä oli eräänlainen vertaisarviointi. Kysyin: ”Keitä pidät merkittävinä suomalaisina sosiaalilääketieteilijöinä? Mainitse kolme ja perustele valintasi.” Valitsin tarkempaan analyysiin 12 suurimman yhteisäänimäärän saanutta henkilöä. Valintojen perusteluista tein sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen analyysin. Etsin vastausta kysymykseen: millaisiin asioihin merkittävyyden perustelu liittyi ja niiden pohjalta rakensin sosiaalilääketieteilijätyyppejä. Kun 12:sta henkilöstä rakentui yhdeksän kategoriaa, oli se samalla merkki sekä siitä, että merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi tultiin montaa erilaista reittiä pitkin, että siitä, että pienen maan erityistieteen huiput edustivat eri tutkimusaloja ja -aiheita. Sosiaalilääketieteilijyyden kriteereinä olivat merkittävän tutkijanuran luomisen ja tärkeiden tutkimusaiheiden lisäksi sosiaalilääketieteellinen vaikuttaminen tieteellisillä tai muilla yhteiskunnallisilla areenoilla. Tässä esitän merkittävimmiksi valitut henkilöt, koska samalla tulivat esiin tutkimusajankohtana arvostetut tutkimusalat ja aiheet.

Merkittäviä sosiaalilääketieteilijöitä koskevassa artikkelissa (IV) en tuonut esiin merkkihenkilöiden nimiä, vaan rakensin typologioita kuvaamaan merkkihenkilöiden toiminta-areenoita ja -orientaatioita sekä lääke- ja yhteiskuntatieteilijöiden sijoittumista näihin tyyppeihin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti toivoi tällaista ratkaisua. Lehden toimituksella on oikeus valita lehden linja ja toimia portinvartijana. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten nimeämät merkittävät sosiaalilääketieteilijät olivat alan tunnettuja tutkijoita, tieteenalan professoreita eri koulutus pohjalta ja eri tutkimussuuntauksien edustajia. Valinnat kertoivat valitsijoiden arvostuksista ja heidän nimiensä julkistaminen avaa tieteen ja tutkimuksen tutkijoille mahdollisuuden jatkotutkimuksiin, jos niin halutaan. Tässä ei ole kysymys merkkihenkilöiden paremmuudesta suhteessa toisiinsa.

Kyselyyn vastanneista 74 prosenttia (316) vastasi tähän kysymykseen ja nimesi vähintään yhden merkittävän sosiaalilääketieteilijän. Yhteensä merkittäviksi suomalaisiksi sosiaalilääketieteilijöiksi nimettiin 127 henkilöä. Yhdeksän henkilöä sai kaksi mainintaa merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi ja 41 henkilöä sai yhden maininnan. Tämä osoittaa, että merkittäviksi koettuja henkilöitä oli paljon ja että ylivoimaisia yksilöitä ei oikeastaan ollut. Eri sijoilta laskettujen äänien yhteismäärän mukaan 12 merkittävintä sosiaalilääketieteilijää olivat taulukossa 6 mainitut.

**TAULUKKO 6. Merkittävimmät suomalaiset sosiaalilääketieteilijät
Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten mukaan vuonna 1999, N.**

Merkittävin sosiaalilääketieteilijä	Mainintoja sijalta			Yhteensä
	1.	2.	3.	
1. Eero Lahelma	12	17	8	37
2. Elina Hemminki	15	10	10	35
3. Matti Rimpelä	6	9	13	28
4. Pekka Puska	10	15	2	27
5. Seppo Aro	15	7	2	24
6. Tapani Purola	13	6	3	22
7. Tapani Valkonen	7	8	7	22
8. Jussi Huttunen	13	3	4	20
9. Konrad ReijoWaara	16	-	2	18
10 Jeddi Hasan	4	4	9	17
11 Antti Karisto	5	6	5	16
12 Antti Uutela	7	4	4	15
1-12 yhteensä	123	89	69	281
Muut yhteensä	102	106	89	297
Kaikki	225	195	158	578

Kahdentoista suosituimman sosiaalilääketieteilijän joukossa oli seitsemän lääketieteen ja viisi yhteiskuntatieteen tohtoria, yksitoista miestä ja yksi nainen. Joukossa oli kaksi edesmennyttä henkilöä: 1800-luvun tunnetuin sosiaalilääketieteilijä Konrad ReijoWaara (1853–1936) sekä noin kaksi vuotta ennen kyselyä kuollut tutkimusprofessori Seppo Aro (1948–1997). Suhteessa yhdistyksen naisjäsenten määrään oli naisten edustus kärkijoukossa pieni. Eniten ääniä saaneet olivat vuonna 1999 keski-ikäisiä, mitä voi pitää odotettuna jos otetaan

huomioon henkilön ammatillisen uran kehitys. He olivat kaikki tehneet pääasiallisesti kvantitatiivista tutkimusta. Se oli myös jäsenistön eniten käyttämä tutkimustapa. Helsingikeskeisyys oli merkkihenkilöjoukossa silmiin pistävää. Tähän todennäköisesti vaikutti se, että yhdistyksen jäsenistöstä kolmasosa asui Helsingissä, ja se että muualla Suomessa aikoinaan huomattavaa meriittiä hankkineet henkilöt työskentelivät tutkimuksen teon aikaan Helsingissä. Myös kaikki suuret terveystieteen sektoritutkimuslaitokset sijaitsivat Helsingissä. Erot merkittävien henkilöiden saamissa äänimäärissä olivat melko pieniä; kuitenkin ero listan alku- ja loppupään välillä oli kaksinkertainen.

Merkkihenkilöiden järjestys muuttui hieman, kun se laadittiin vain ensimmäiseksi mainituista. Heistä kärkijoukon muodostivat Konrad ReijoWaara, Elina Hemminki, Seppo Aro, Jussi Huttunen, Tapani Purola, Eero Lahelma ja Pekka Puska. Listan kärjessä oli alan tunnetuin suomalainen klassikko, 1800-luvulla alan perinteitä luonut Konrad ReijoWaara. Toisena oli nainen, alan tunnettu vaikuttaja LKT Elina Hemminki, joka sai ykkössijoituksia enemmän nais- kuin miespuolisilta jäseniltä. Ja kolmantena oli edesmennyt LKT Seppo Aro, jonka muistoa Sosiaalilääketieteen yhdistys oli kunnioittanut perustamalla Seppo Aro palkinnon. Seuraavassa kolmikossa oli terveystieteiden ja hallinnossa näkyvästi vaikuttanut Kansanterveyslaitoksen silloinen johtaja, LKT Jussi Huttunen, sosiaalipolitiikan professori Tapani Purola, jonka teoreettinen työ ”Purolan malli” on tehnyt hänet erityisen tunnetuksi yliopistopiireissä, sekä suomalaisen terveystieteiden kehittäjä ja eriarvoisuustutkimuksen tunnettu tutkija, professori Eero Lahelma. Pekka Puska oli Pohjois-Karjala -projektin keulakuva ja näkyvä terveystieteen poliitikko, muun muassa kansanedustajana toiminut. Elossa olevat merkittävät sosiaalilääketieteilijät olivat kaikki ylittäneet 50 vuoden iän, yksi oli eläkkeellä. Ensiksi mainittujen listan alkupäässä oli useampia naisia kuin yhteisäänimäärän mukaan laaditun listan alkupäässä. Elina Hemminkin jälkeen tulivat naisista ensiksi mainittujen listan kärkipäähän Marja Jylhä, Vappu Taipale, Ritva Prättälä ja Liisa Rantalaiho. Kaikki merkittävimmät sosiaalilääketieteilijät keräsivät ääniä useammalta kuin yhdeltä tieteenalaryhmältä.

Edesmenneet ReijoWaara ja Aro sijoittuivat ensiksi mainittujen kärkeen, mutta eivät muilla sijoilla. Hemminki ja Lahelma sijoittuivat kaikilla listoilla. Puska sijoittui kärkeen ensimmäiseksi ja toiseksi mainittujen listalla ja Rimpelä toiseksi ja kolmanneksi mainittujen. Hasan sijoittui ensimmäiseksi ainoastaan kolmanneksi mainittujen listalla. Sosiaalilääketieteilijöiden tähdet olivat vuonna 1999 sosiologi Lahelma ja lääketieteilijä Hemminki ja hyvinä kakkosina olivat lääketieteilijät Puska ja Rimpelä. Lahelma oli saanut lähes puolet

äänistään sosiologian kannattajilta. Hemminki sai eniten ääniä sosiologian ja terveydenhuoltotutkimuksen kannattajilta. Sosiologian kannattajien ykkösuosikki oli Hemminki, lääkäreiden Rimpelä, epidemiologien Valkonen. Puskaa kannattivat muiden tutkimusalojen kuin terveydenhuoltotutkimuksen kannattajat. Muuten äänet jakautuivat melko tasaisesti kaikille.

Merkkihenkilövalintojen perusteluista tein laadullisen analyysin sisällönanalyysimenetelmällä. Perusteluaineiston esiluenta tuotti kolme kategoriaa: 1) henkilön tutkijatyyppejä kuvaavat luonnehdinnat, 2) henkilön tutkimustyöhön liittyvät kuvaukset ja 3) henkilön yhteiskunnallista aktiivisuutta kuvaavat luonnehdinnat. Jo kvantitatiivinen analyysi oli osoittanut, että kaikki 12 merkittävää henkilöä olivat tutkijoita ja professoreita. Heidän tutkijaprofiileissaan oli monta yhteistä tekijää:

1. ahkeruus, tuotteliaisuus, myös kansainvälisesti
2. merkittävät, uudet, uraauurtavat tutkimusaiheet
3. laaja-alaisuus, monitieteisyys
4. suuret tutkimushankkeet
5. kaikkien tutkimuksessa oli tavalla tai toisella esillä terveydellinen eriarvoisuus väestöryhmien välillä.

Edellä luetellut ominaisuudet olivat kaikille yhteisiä. Niiden perusteella ei siis voinut eritellä, mitkä muut tekijät merkittävyteen vaikuttivat. Koska kyseessä oli 12 henkilön joukko, joista jokaisella oli oma merkittävä tutkimusalueensa, ei ollut myöskään mahdollista arvioida henkilöitä heidän tutkimustyönsä perusteella. Vastaajat nostivat tutkimustyön rinnalle muuna merkittävänä tekemisenä opettamisen, toimimisen tieteellisissä yhdistyksissä ja lehdissä sekä osallistumisen yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen.

Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät olivat kaikki vahvoja vähintään kahdella toiminta-alueella. Merkkihenkilöiden tekemät tutkimukset kohdistuivat joko suurempiin väestöotoksiin tai tiettyyn väestöryhmään. Tutkimustoiminnassa tuotiin esiin terveyseroja yhteiskuntaryhmien välillä, kuka sukupuolen, sosiaaliryhmän, alueen tai iän mukaisissa ryhmissä. Eriarvoisuusteema sisältyi tavalla tai toisella kaikkien merkkihenkilöiden tutkimuksiin, mutta myös yksittäiset laaja-alaiset projektit nähtiin tärkeiksi. Tutkimukset voi perusteluissa esitettyjen mainintojen perusteella luokitella seuraaviin tyyppeihin: kansantautitutkimus, terveydenhuoltotutkimus ja terveystieteellinen tutkimus. Tutkimusaiheista nousivat esille lähinnä tekijöidensä viimeisimmät. Merkkihenkilöiden tutkimustyössä tärkeinä pidettyjä ominaisuuksia kuvasivat sanat: uraauurtavuus, vuorovaikutuksellisuus, poikkitieteellisyys,

holistisuus, jatkuvuus, kriittisyys, tuotteliaisuus, heikompiosaisten puolustaminen, kansainvälisyys, monipuolisuus, innostavuus ja kehittäminen. Näitä voitaneen yhteisellä nimikkeellä kutsua yhdistyksen jäsenistölle tärkeiksi arvoiksi. Monitieteisyyttä arvostettiin sangen paljon. Kuvaus ”laaja-alainen tutkija” sopi kaikkiin merkkihenkilöihin. Laaja-alaisuudesta ja monitieteisyydestä tuli toisin sanoen kaikkia sosiaalilääketieteen merkkihenkilöitä kuvaava ja yhdistävä piirre.

Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät edustivat tieteenaloja, jotka olivat olleet suurimpia yhdistyksen jäsenistössä sen perustamisesta lähtien. Sosiaalilääketieteen tiedekuvaan ja uskottavuuteen omana tieteenalana vaikuttaa olennaisesti se, oliko näillä kahdella tieteenalalla, lääketieteellä ja yhteiskuntatieteellä jotain yhteistä, jonka molempien tieteenalojen edustajat voivat jakaa. Sitä voi ilmentää kummankin tieteenalan edustajien esiintyminen suosituimpien merkkihenkilöiden listassa ja myös heidän sijoittumisensa suosituimmuusjärjestyksessä. Lääketieteilijöitä ja yhteiskuntatieteilijöitä sijoittui kaikille kolmelle suosioasteelle. Kaikkein suosituimmista toinen oli yhteiskuntatieteilijä ja toinen lääketieteilijä.

Tieteenaloilla ja tutkimussuuntauksilla oli omat suosikkinsa, mutta suosion ehto ei ollut, että merkkihenkilön olisi tullut olla samalla tavoin suuntautunut kuin hänen kannattajansa, joskin kuppikuntaisuutta esiintyi tieteenalaryhmittäin. Lääkärit valitsivat muita useammin oman tieteenalansa edustajan merkkihenkilöksi (69 %). Yhteiskuntatieteilijöistä alle puolet (46 %) valitsi yhteiskuntatieteilijän. Sairaanhoidajat valitsivat useammin lääkärin (66 %) kuin yhteiskuntatieteilijän, samoin tekivät useita peruskoulutuksia ja muun peruskoulutuksen omaavat (58 %). Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät saivat vahvaa tukea myös ”vastakkaisen” tieteen kannattajilta, eli lääketieteilijät yhteiskuntatieteilijöiltä ja päinvastoin. Sosiaalilääketieteen monitieteisyyden ja yhteisen ytimen näkökulmasta tulos oli myönteinen.

Tulokset osoittivat, että merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi tultiin tekemällä yhteiskunnallisesti merkittävää tutkimusta. Merkkihenkilöt mainittiin edelläkävijöiksi, uudistajiksi, aktiivisiksi ja rohkeiksi. He vaikuttivat opetuksen tai yhteiskunnallisen vaikuttamisen muilla keinoilla tutkimusaiheidensa, -metodiensa tai -tulostensa hyödyntämiseen. Vaikka kaikki merkittävät sosiaalilääketieteilijät olivat olleet tai olivat edelleen yliopiston tehtävissä, kaikki eivät olleet mukana mediajulkisuudessa. Positiivinen julkisuuskuva näyttäisi liittyneen suurten kansanterveyden tilaa koskevien tutkimushankkeiden tulosten raportointiin. Negatiivinen julkisuus liittyi vasemmistoradikalismiin 1970-luvulla (ks. Sisäntö 1974; Kirjonen 2010). Esimerkiksi klassikoksi usein mainittu

Konrad ReijoWaara oli aikansa toisinajattelija ja vaikuttaja, jonka tuntemus on välittynyt nuoremmille sukupolville muun muassa väitöskirjasta otetun uusintapainoksen avulla (Karisto & Lahelma 1992).

Arvostetuksi sosiaalilääketieteilijäksi pääsemistä 1990-luvun lopulla voi kuvata yleisellä tutkijan uraa kuvaavalla prosessimallilla tiivistettynä näin: Arvostetuksi sosiaalilääketieteilijäksi tultiin opiskelemalla sosiaali- tai terveystieteitä tohtoritutkintoon asti. Tutkimusalaksi valittiin joko jokin uusi aihe tai lähestymistapa, johon saatiin suuri hanke, tai erikoistumalla jo valmiiksi vahvalla alueella. Merkittävä henkilö tarvitsi laajan, myös kansainvälisen julkaisutuotannon. Parhaan tuloksen tuottivat laajoihin aineistoihin perustuvat kvantitatiiviset analyysit väestön sairastavuudesta, kuolleisuudesta tai terveyskäyttäytymisestä. 1990-luvulla ”paras” tutkimusaihe olivat kansantaudit ja niiden ennalta ehkäisy. Suosituimpien joukkoon pääsemiseksi ei riittänyt paraskaan tieteellinen toiminta sellaisenaan, vaan henkilön oli ansioituttava joko yhteiskunta- tai tiedepolitiikkaan liittyvissä kysymyksissä. Tällaisia olivat julkiset keskustelut mediassa, lainvalmistelu ja terveystieteelliset selvitykset, keskeiset tehtävät kansanterveyslaitoksissa sekä toiminta oman alan tieteellisissä yhdistyksissä ja lehdissä. Menestyvä sosiaalilääketieteilijä sai olla radikaali tieteessä, mutta ei politiikassa. Poliitikassa piti valita keskitie, tai mieluummin asiantuntijan ja mediakeskustelijan rooli, kuin puoluepolitiikkaa lähellä oleva toiminta. Merkittävän sosiaalilääketieteilijän kuva oli lähellä keskustelevien 1960- ja 1970-luvun yhteiskuntatieteilijöiden kuvaa (Purhonen ym. 2008), mutta erona oli kuitenkin se, että sosiaalilääketieteen radikaalit keskustelijat olivat peruskoulutukseltaan lääkäreitä.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

4.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessa selvitettiin tutkimuskirjallisuuden, dokumenttiaineistojen, asiantuntija-haastattelujen ja kyselytutkimuksen avulla suomalaisen sosiaalilääketieteen muotoutumisen vaiheita, sosiaalilääketieteen ydinparadigman säilymistä tieteen/tutkimuksen olennaisena sisältönä ja vuosituhannen vaihteen sosiaalilääketieteilijöiden näkemyksiä tieteenalastaan.

Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen

1800-luvulla Euroopan suurissa yhteiskunnallisissa murroksissa syntynyt sosiaalilääketiede kiinnitti huomiota köyhyyden ja huonon sosiaalisen aseman vaikutuksiin sairauteen ja kuolleisuuteen. Alan tutkimuksissa pystyttiin osoittamaan sosiaalisen aseman ja sairastavuuden lähes luonnonvoimaiselta näyttävä gradientti: kuta alhaisempi sosiaalinen asema sitä enemmän sairautta ja lyhyempi elämä. Tämä kysymys on vuosikymmenten saatossa säilynyt sosiaalilääketieteen olennaisena kysymyksenä. 1800-luvulla sosiaalilääketieteilijät olivat pääosin yhteiskunnallisesti valistuneita lääkäreitä, jotka taistelivat köyhälistön elin- ja terveysolojen parantamisen puolesta vaikuttaen yhteiskuntapolitiikkaan ja lainsäädäntöön. Sosiaalitieteet eivät olleet vielä eriytyneet erityistieteiksi eikä terveydestä ollut tullut sosiaalitieteellisen tutkimuksen erikoisaluetta.

Sosiaalilääketieteen olennainen sisältö ja toimintatavat olivat eri maissa samoja, mutta tieteenalan nimi ja käytännöt vaihtelivat eri kulttuuriympäristöissä. Sosiaalilääketieteellinen tutkimus oli luonteeltaan konkreettista sosiaalitutkimusta muistuttavaa sairauksien esiintyvyyttä ja sairastamista eri väestöryhmissä kuvailevaa. Merkittävät sosiaalilääketieteilijät olivat sekä vallankumousaatteesta ja marxilaisesta ideologiasta vaikutteita saaneita että porvarillisen reformin edustajia; eri lähtökohdista tavoitteena oli heikon väestönosan terveysolojen parantaminen. Sosiaalilääketieteelliset aatteet nousivat myös Suomessa keskeisiksi 1800-luvun lopulla lääketieteen kulta-ajalla, jolloin luonnontieteelliseen tutkimukseen pohjaava bakteriologinen tutkimus vahvistui ja samalla vauhditti myös sosiaalilääketieteellistä ajattelua ja tutkimusta. Sosiaalilääketiede merkitsi laaja-alaista ymmärrystä yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutuksesta terveyteen. Sosiaalilääketiede oli arvostettu tieteen ja tutkimuksen ala aina Suomen itsenäistymiseen asti.

Suomalaisen yhteiskunnan 1900-luvun rakenteellinen kehitys, käydyt sodat, nopea teollistuminen ja hyvinvointivaltion rakentaminen muuttivat myös tieteen ja tutkimuksen rakenteita. Terveyspolitiikka ja tiedepolitiikka tukivat toisiaan ja väestön terveystarpeista käsin rakennettiin sairaalalaitosta. Sairaalaverkoston valmistumisen jälkeen painopistettä siirrettiin avohuoltoon ja uuden terveyskeskusjärjestelmän kehittämiseen. Sosiaalilääketieteellinen ajattelu ja siihen sisältyvä terveyden tasa-arvon aate kirjattiin kansanterveyslakiin ja virallisen terveyspolitiikan keskeiseksi tavoitteeksi.

Uuden terveyspolitiikan painoutuessa alueellisten erojen tasoittamiseen palvelusten tarjonnassa jäivät muut sosiaalisista tekijöistä aiheutuvat terveyserot vähemmälle huomiolle. Vanhan sosiaalilääketieteen keskeinen kysymys sosiaaliluokkien ja sosiaaliryhmien välisen terveyskuilun kaventamisesta ei noussut uudessa terveyspolitiikassa konkreettisia toimenpiteitä aikaansaavaksi tavoitteeksi, vaikkakin se kirjattiin terveyspoliittisiin dokumentteihin. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että luokkakysymys, joka oli arka aihe suomalaisessa yhteiskunnassa kansalaissodan jälkeen, vaikutti taustalla myös myöhemmin. Suomeen tuli 1960- ja 1970-luvulla paljon vaikutteita eurooppalaisesta ja amerikkalaisesta kriittisestä ja radikaalista terveystutkimuksesta, joka vaikutti uuteen terveys- ja tiedepolitiikkaan, kansalaistoimintaan ja terveyskirjallisuuteen. Tutkimuksen ja terveyspoliittisen liikkeen piirissä esitettiin kritiikkiä terveydenhuollon järjestelyjä ja toimintaa kohtaan sekä synnyttiin muun muassa Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. vuonna 1968. Perusterveydenhuollon uudistus oli sosiaalilääketieteilijöiden ja vasemmistolaisten yhteisponnistusten aikaansaannos ja merkittävä uudistus. Reformivaiheessa tieteidenväliset rajat madaltuivat, uudet alat vahvistuivat tiede- ja terveyspolitiikan tuella ja samalla tuli tilaa ja kasvumahdollisuutta monitieteiselle sosiaalilääketieteelle. Aktiivisimman reformikauden jälkeen uuden sosiaalilääketieteen vaikutus on ollut vähäisempi.

Terveyden ja sairauden determinantit ovat sekä yhteiskunnallisia että biologisia. Sosiaalilääketieteen tulee siis sisältää näiden alueiden monitieteellistä tutkimusta. Lääketieteen ympäristössä yhteiskunnalliset tekijät eivät ole sairauden syiden selvittämisessä ensisijainen syytekijä. Ne otetaan tutkimusasetelmissa mukaan sosiaalisina taustamuuttujina, joiden luokissa esimerkiksi erilaisia riskitekijöitä tarkastellaan. Näin voidaan kuvata ilmiöiden esiintyvyyttä erilaisissa väestöllisissä ryhmissä, kuten tehtiin jo 1800-luvulla. Tämä traditio siirtyi myös sosiologiseen terveyden eriarvoisuustutkimukseen. Sosiologian perusmenetelmistä tilastollinen tutkimus, kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät, haastattelu- ja kyselytutkimukset sopivat mitä parhaimmin suurten väestötösten tarkasteluun myös

terveyskysymyksissä. Vanhan sosiaalilääketieteen ydinparadigma jakautui uudessa sosiaalilääketieteessä kahden pääsuuntauksen, terveystieteellisen ja yhteiskuntatieteellisen terveyden eriarvoisuustutkimuksen jatkamaksi. Tieteiden eriytymisprosessin myötä sosiaalilääketieteen keskeinen kysymys jatkui ikään kuin pienempinä paradigmoina erityistieteissä, kuten esimerkiksi terveystaloustieteessä, terveyshallintotieteessä, terveystieteessä, sosiaalieropeidemiologiassa, sosiaalieropeidemiologiassa, sosiaalieropeidemiologiassa ja sosiaalieropeidemiologiassa kuten myös laajoissa tutkimussuuntauksissa, esimerkiksi terveydenhuoltotutkimuksessa, laadullisessa terveystutkimuksessa ja terveyden edistämisen tutkimussuuntauksessa.

Yksi merkittävä vaikuttaja suomalaisen sosiaalilääketieteen kehitykseen on ollut lääketieteen vahva asema tutkimuksessa. Uutta sosiaalilääketiedettä tai kansanterveystiedettä luotaessa sosiologisen teorian ja tutkimusmetodiikan merkitys oli huomattava. Kansallisten terveyshaastattelututkimusten suunnittelussa ja toteutuksessa myös sosiaalipolitiikkatieteellä oli vahva panos. Yhteiskuntatieteet jäivät kuitenkin lääketieteilijöiden ja yhteiskuntatieteilijöiden yhteistutkimuksissa enemmän avustajien kuin tasa-arvoisten yhteistyökumppaneiden asemaan. ”Sociology in medicine” -suuntaus vaikutti uuden sosiaalilääketieteen alkuvaiheessa, myöhemmin ”sociology of medicine”, terveystieteologia, laajensi alaansa. Lääketieteen ja terveydenhuollon valta-asema terveystutkimuksessa ei ole horjunut, koska terveystutkijaksi kouluttautuminen sisältyy lääketieteen perusopetukseen. Sosiaalilääketieteen suureksi kysymykseksi, dilemmaksi onkin muodostunut kysymys, miten ja missä tulisi tutkia tieteenalan olennaista kysymystä: yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutuksia terveyteen ja sairauteen?

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten käsitykset sosiaalilääketieteestä

Tutkimuksen kyselytutkimusosassa kysyttiin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniltä miten he kokivat oman tieteensä vuonna 1999. Yhdistyksen jäsenistön rakenteessa näkyi sosiaalilääketieteen muuttuminen monitieteiseksi alaksi. Tutkijoiden ja naisten osuus jäsenistössä oli kasvanut. Suurimmat tieteenalaryhmät olivat: sosiologia, muut yhteiskuntatieteet, kansanterveys- ja terveystieteet, lääketieteet ja epidemiologia. Suurin tutkimusalaryhmä oli terveydenhuoltotutkimus. Alkujaan kahden suurimman tieteenalaryhmän edustajien, lääkäreiden ja yhteiskuntatieteilijöiden rinnalle oli kolmanneksi suureksi ryhmäksi noussut sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat olivat tulleet edustamaan yhdistyksessä sekä käytännön terveydenhuoltotyötä, hoidon tutkijoita että monitieteisyyttä. He olivat suurin

ryhmä niiden joukossa, joilla oli useita peruskoulutuksia. 1990-luvun lopulla eivät yhdistykseen liittyneet sairaanhoitajat edustaneet tieteenalaheimoa samassa merkityksessä kuten lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät, mutta he olivat selvästi enemmän kansanterveystiedesuuntautuneita kuin ”vanhat heimot”. Vaikka lääketieteilijä-termin sulattaminen oli joillekin yhteiskuntatieteilijöille vaikeaa, he suostuivat siihen sosiaalilääketiede-termiin sisältyvän sosiaalisen vuoksi. Sairaanhoitajien lienee vaikeampi identifioitua sosiaalilääketieteeseen jo terminologiankin puolesta. Monitieteinen terveystutkimus oli kuitenkin kiinnostanut heitä, sillä he olivat ahkerimpia Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden lukijoita ja useimmat heistä eivät olleet oman tieteenalansa, hoitotieteen tieteenalayhdistyksen jäseniä.

Lääkärit olivat edelleen suurin peruskoulutusryhmä, mutta heidän osuutensa oli suhteellisesti pienentynyt. Perusterveydenhuollon uudistus oli aktivoanut lääkäreitä yhteiskunnalliseen toimintaan kuten muukin yhteiskunnallinen liikehdintä 1970-luvun alussa. Sen jälkeen ei ole ollut vastaavaa suurta reformia terveydenhuollossa, joka olisi saanut yhteiskunnallisesti aktiiviset lääkärit liikkeelle puolustamaan heikompiosan väestönsan terveyttä. Yhteiskunnallinen radikaali liikehdintä ylipäättään on ollut viime vuosikymmeninä vaimeampaa kuin poliittiseksi mainitulla 1970-luvulla. Poliittisuus on kuitenkin välttämätön ehto yhteiskunnallisen muutoksen aikaansaamiseksi. 1970-luvun voimallisessa ponnistuksessa tutkijat ja päättäjät, institutionaaliset ratkaisut ja sosiaalilääketieteen aatteellinen sisältö yhdessä kohdensivat voimansa tieteenalan sisällölliseen, rakenteelliseen ja institutionaaliseen uudistamiseen. Prosessi lähti hyvään alkuun, mutta jäi sosiaalilääketieteen monitieteisen integraatiokehityksen osalta kesken. Kyselytutkimukseni vastauksista näkyy, että sosiaalilääketieteen aatteellisen innostuksen vaihe oli ohi ja osin unohdettu. Myöskään 1990-luvun sosiaalilääketieteilijöiden tulevaisuuden tutkimusta koskevissa toiveissa ei perinteisen paradigman mukainen terveyden eriarvoisuustutkimus noussut selkeästi esiin. Sosiaalilääketieteellinen tutkimus hajosi moneen osaan ja tieteenalan yhtenäisyyttä ja monitieteisyyden ideaalia kannatteli näkyvimmin Sosiaalilääketieteen yhdistys ry.

Yhdistyksen jäsenistössä oli käytännön työntekijöitä ja muita ei-tutkijoita. Jäsenistössä oli naisia noin 2,5-kertainen määrä miehiin verrattuna. Naisjäsenistö erosi miesjäsenistöstä monella tavoin: naisjäsenistössä sosiaalilääketieteen suurimmat peruskoulutusryhmät olivat tasaisemmin jakautuneita kuin miesjäsenistössä, naisjäsenistössä sairaanhoitajilla oli suuri edustus, naisjäsenet olivat keskimäärin miesjäseniä nuorempia ja heillä oli vähemmän tutkimusvuosia takanaan. Naiset olivat miehiä useammin alhaisemmillä työasemapajoilla

niin tieteen kuin muunkin työn alueilla. Miehet olivat keskimäärin korkeammin koulutettuja kuin naiset. Miesjäsenistössä oli alan professuureja ja dosentteureja enemmän kuin naisjäsenistössä. Muutosta ennakoivia eroja voisivat olla esimerkiksi se, että liseniaatin tutkinnon suorittaneet naiset olivat useammin yhteiskuntatieteilijöitä ja miespuoliset liseniaatit olivat lääketieteen liseniaatteja. Vahvaa sosiaalilääketieteilijän identiteettiä indikoi vahvimmin lääketieteen koulutus. Seuraavaksi eniten, alle 40-vuoden ikä ja tutkimustyö. Tätä tietoa vasten naisten asema sosiaalilääketieteen hierarkioissa voi kohentua. Vahvat sosiaalilääketieteilijät, joilla siis oli vahva alan identiteetti ja korkeita paikkoja tieteenalaan liittyvissä tehtävissä, olivat valtaosin lääketieteellisen ja yhteiskuntatieteellisen koulutuksen saaneita miehiä, jotka olivat olleet kauan yhdistyksen jäsenenä. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen johtotehtävissä naisten määrä on 1990-luvulta lähtien kasvanut. Mitä kaikki edellä mainittu ja muut sukupuolten uraan ja ammattiin liittyvät tekijät ovat vaikuttaneet 2000-luvulla, jää uuden tutkimuksen selvittäväksi.

Sosiaalilääketieteilijät nostivat alansa merkkihenkilöiksi alan professoreita, sekä lääketieteilijöitä että yhteiskuntatieteilijöitä, mutta yhtä poikkeusta lukuun ottamatta miehiä. Sosiaalilääketieteilijät arvostivat ahkeria tutkijoita, jotka tutkimustyön ohella olivat alansa vaikuttajia tieteen, opetuksen tai yhteiskunnallisen vaikuttamisen areenoilla – aivan samoin kuin he olisivat todennäköisesti tehneet 1800-luvullakin. Sosiaalilääketieteen luonne empiirisenä kansanterveystutkimuksena oli pitkälti säilynyt 1990-luvun lopulle asti. Vuosituhannen vaihteen sosiaalilääketieteilijät arvostivat alan klassikoista vain tunnetuinta, Konrad Relanderia, jonka tunnetuksi tulemiseen oli vaikuttanut muun muassa hänen väitöskirjastaan otettu näköispainos. Sosiaalilääketieteen merkittävien henkilöiden joukkoon ei nostettu radikaalivaiheen yhteiskunnallisen toiminnan aktivisteja, naisia, pienten tieteenalaryhmien edustajia eikä muita kuin pääasiallisesti kvantitatiivisia menetelmiä käyttäneitä tutkijoita. Yhteiskuntakriittisyys ja poliittisuus eivät tulleet juurikaan esiin uuden sosiaalilääketieteen edustajien näkemyksissä vuonna 1999.

Sosiaalilääketieteen yhdistys kokosi yhteen eri alojen ja suuntausten edustajia, sillä oli sekä integroiva että tieteenalaa kehittävä rooli. Yhdistyksen julkaisu Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti oli jäsenten arvostama ja ainoa alan tieteellinen julkaisu Suomessa. Uudesta sosiaalilääketieteestä oli tullut monitieteinen tieteenala, joka oli menettänyt identiteettiä ylläpitävän omaa nimeä kantavan institutionaalisen aseman yliopistoissa. Sosiaalilääketiede toimi kansanterveystieteen sisällä ja omana tutkimussuuntauksena. Sosiaalilääketieteilijät kokivat, että tieteenalan asema oli heikentynyt. Tähän oli vaikuttanut erityisesti biolääke-

tieteellisen tutkimuksen kasvu lääketieteessä. Kansanterveystieteellisesti suuntautuneet kokivat, että tieteenala oli vahvistunut, sillä oppiaineena sen arvostus ja merkitys olivat kasvaneet. Sosiaalilääketieteilijät olivat useammin tutkimuksellisesti suuntautuneita kuin kansanterveystieteen kannattajat. Kansanterveystieteellä oli oppiaineen asema, mutta kansanterveystiede nähtiin enemmänkin käytännölliseksi tutkimussuuntaukseksi kuin tieteenksi.

Sosiaalilääketieteilijät jakautuivat myös yhdistyksessä eri ”heimoihin”, joiden näkemykset tieteenalan asemasta ja tulevaisuudesta vaihtelivat. Yhteistä kaikille oli monitieteisyystoivomus. Sosiaalilääketieteilijät ymmärsivät monitieteellisyyden välttämättömyyden alalleen, mutta se ei ollut saanut tarvitsemaansa tieteellistä positiota voidakseen aidosti kehittää sosiaalilääketieteellistä tutkimusta. Tieteenalan vanha nimi haluttiin säilyttää, sillä kritikoillakaan ei ollut esittää parempaa uutta nimeä näin monitieteiselle yhdistykselle, jonka perinteiseen nimeen kuitenkin sisältyivät sekä sosiaalinen että terveys. Sosiaalilääketieteellinen tutkimus oli laajentunut alueeltaan ja tutkimusta tehtiin runsaasti. Terveystieteiden eriytyminen ja uusien vahvojen tutkimussuuntausten myötä sosiaalilääketieteellinen ajattelumalli siirtyi uusille alueille.

4.2 Tutkimuksen arviointi

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen toiminnasta ei ole tehty uusia tutkimuksia eikä selvityksiä. Sosiaalilääketiede tänään on erilainen kuin 1900- ja 2000-lukujen vaihteessa. Tutkimuksen toistaminen keskeisimmiltä osin mahdollistaisi pitkäjänteisemmän tieteenalan kehityksen ja muuttumisen tarkastelun. 2000-luvulla on tehty paljon sosiaalilääketieteellistä tutkimusta, esimerkiksi 1990-luvun laman vaikutuksista ja terveyden eriarvoisuudesta. Voisi olla kiinnostavaa sosiaalilääketieteen näkökulmasta tarkastella näitä tutkimuksia lähemmin. Ne todennäköisesti vahvistaisivat käsitystä taloudellisten ja terveydellisten eriarvoisuuksien kasvusta sekä sosiaalilääketieteen perusnäkökuvan tärkeydestä.

Käyttämieni tutkimusmenetelmien, kriittisen ja valikoivan lukemisen, teemahaastattelujen ja lomakekyselyn avulla loin kokonaiskuvaa sosiaalilääketieteen menneisyydestä sekä tilanteesta Suomessa vuosituhannen vaihteessa. Empiirinen analyysini oli yhdistelmä surveytekniikkaa ja monimuuttujamenetelmiä, joista käytin askeltavaa regressioanalyysiä. Menetelmän avulla voidaan tiivistää ilmiön moninaisista selittäjistä olennaisimmat.

Oma tutkimukseni liittyi menetelmällisesti sosiaalilääketieteen perinteiseen vahvaan valtalinjaan, kvantitatiiviseen tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa varsinaisesti uutta ei ole

menetelmä sinänsä, vaan kyselyn kohdistuminen tieteellisen yhdistyksen jäsenistöön ja itse kehitely kyselylomake. Tutkimuksen korkea vastausprosentti perustui kahteen uusintakyselyyn sekä todennäköisesti siihen, että moni vastaaja tunsikin minut ja tutkijat halusivat tukea tutkijaa. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä 63 prosenttia vastasi kyselyyn. Hyvä vastausprosentti vahvistaa tulosten luotettavuutta. Aineiston voidaan katsoa edustavan hyvin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniä ja olevan tässä mielessä yleistettävissä suomalaisiin sosiaalilääketieteilijöihin vuosituhannen vaihteessa.

Empiirisen tutkimuksen validiteetin kannalta tärkeä kysymys on, miten hyvin käytetyllä kyselylomakkeella saatiin tietoja niistä asioista, joita haluttiin tutkia. Lomake laadittiin siten, että kysymyksillä saadaan mahdollisimman kattavasti tietoa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä. Lomakkeesta tehtiin useita versioita, joita arvioivat Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksen jäsenet, tutkijakollegat sekä jatko-opintojen ohjaajat ja opiskelijat jatkokoulutusseminaarissa. On perusteltua syytä olettaa, että lomakkeella saatiin validia tietoa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä. Kyselytutkimukseni olisi metodisesti toistettavissa samaa kyselylomaketta käyttäen.

Sosiaalilääketieteen keskeisiltä vaikuttajilta keräämäni haastatteluaineisto toimi hyödyllisenä johdatuksena ja taustana tutkimuksen aihepiiriin, mutta ei voinut tässä kontekstissa tulla laajemmin hyödynnetyksi. Käytin haastatteluja myös kuvatessani historiallisia tapahtumia, erityisesti uuden terveystieteiden syntyä. Tässä tutkimuksessa nousee esiin erityisesti helsinkiläinen ja tamperelainen akateeminen sosiaalilääketiede, joiden piirissä terveystieteiden tutkimus nousikin voimakkaimmin esiin 1960- ja 1970-luvuilla. Yhtä aikaa Tampereen kanssa alkanut kuopiolainen sosiaalilääketiede on kehittynyt myöhemmin voimakkaasti, mutta on alusta asti leimautunut vahvasti kansanterveystieteelliseksi. Oma kiinnostukseni ja haluni edistää sosiaalilääketiedettä on luonnollisesti vaikuttanut tutkimuksen tekotapaan, mutta omat näkemykseni ja kokemukseni eivät ole vinouttaneet empiiristen analyysien tekemistä ja tulosten esittämistä. Tulokset on myös varmennettu siten, että tulosten pohjana olevat artikkelit ovat läpäisseet referee-menettelyn. Katsaus sosiaalilääketieteen muotoutumiseen perustuu laajasti ja monipuolisesti aihetta käsitteleviin tutkimuksiin ja muuhun kirjallisuuteen, joita on luettu siten, että on päädytty olennaisiin teemoihin sisältävään kokonaiskuvaan. En ole kirjoittanut katsausta siten, että pyrkisin todentamaan jonkin tietyn näkemyksen oikeellisuuden.

Tutkimukseni osoitti, että samalla kun sosiaalilääketieteen asema akateemisessa mielessä oli heikentynyt, oli myös sen sanoma himmentynyt. Terveystieteiden kehityksessä se näkyy

siten, että huolimatta lukuisista uudistuksista ja tieteellisen kirjallisuuden määrän kasvusta, eivät väestöryhmien väliset terveyserot ole kokonaisuudessaan kaventuneet. Suomen terveystieteiden politiikkaa pitkään johtanut Maailman terveysjärjestön (WHO) terveystieteiden politiikka ei ole saanut terveystieteiden käytännön toteutuksessa alkuperäisen tavoitteensa mukaista toteutusta. Terveys- ja sairauskäsitteiden analysoiminen ei ole vain akateemista saivartelua, vaan olennainen lähtökohta terveystieteiden suunnittelulle ja arvioinnille.

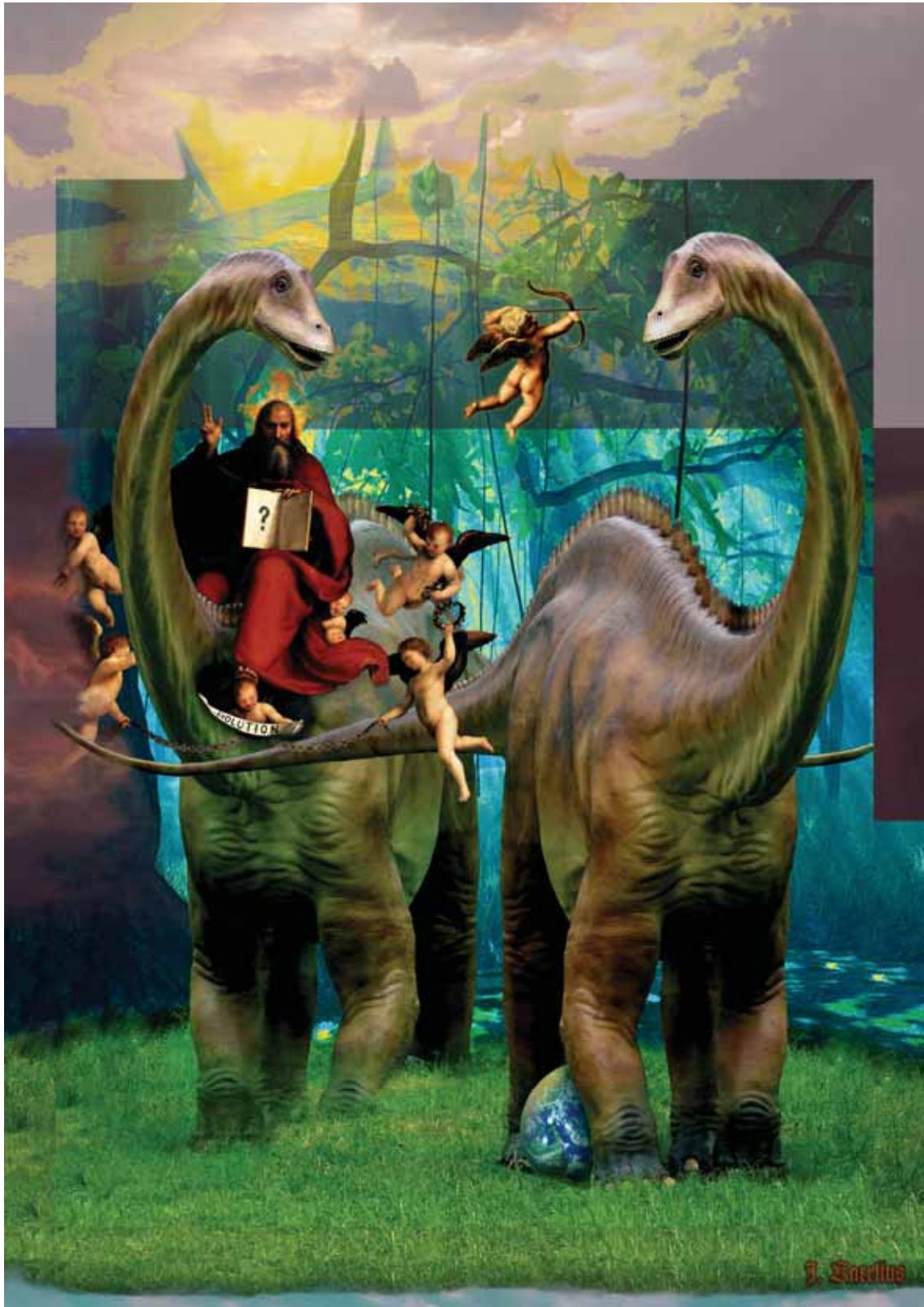
Näyttää ilmeiselle, että sosiaalilääketieteellistä sivistystä tulisi lisätä. Tietoa voitaisiin lisätä luomalla uusia koulutusohjelmia, joissa terveystietämystä lisätään terveystieteiden ulkopuolisilla aloilla ja yhteiskunnallisten tekijöiden tietämystä lisätään terveystieteiden puolella. Tämän lisäksi tarvitaan monitieteisiä tutkimusyksiköitä, joissa olisi yhtäältä mahdollista koota, yhdistää ja tiivistää jo olemassa olevaa tietoa ja toisaalta tehdä tieteellisiä keksintöjä. Seuraavaksi tietoa tulisi viedä käytäntöön, esimerkiksi koulujärjestelmään, terveys- ja sosiaalialan oppilaitoksiin, johtamiskoulutukseen ja poliittisille päättäjille.

Terveystieteiden politiikkaan vaikuttavat ideologia, tarpeet ja resurssit. Tarpeiden olemassaoloa ei tarvitse kyseenalaistaa. Kansalaiset ovat lukuisissa tutkimuksissa, barometreissa ynnä muissa ilmaisseet halunsa hyvinvointivaltion säilyttämiseen ja asettaneet terveyden ja terveydenhuollon tärkeiksi, niin arvoja kuin politiikan toiminta-alueita arvioitaessa. Resurssien jakamisessa ratkaisee jälleen tieto ja tahto. Terveystieteiden arvoiksi on jo valittu, ainakin julkilausutuissa dokumenteissa sosiaalilääketieteelliset arvot: oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja heikompiensaisten puolustaminen.

4.3 Lopuksi: uuden sosiaalilääketieteen määritelmä

Lähdin jäljittämään sosiaalilääketiedettä, jollainen ehkä oli joskus ollut, mutta joka oli enemmin mielikuva ja ihanne, jonka nuorena tieteenalasta muodostin. Jäljitin terveys- ja ihmiskäsityksiä, terveyden eriarvoisuutta ja monimuotoisuutta, sosiaalisen ja biologisen välittymistä, yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta ja poliittista toimintaa. Halusin antaa etsimälleni ja löytämälleni tieteelle nimen Uusi Sosiaalilääketiede. Sain selville, että sosiaalilääketiede oli monitieteinen tiede, jossa yhdistyivät tieteen tunnusmerkit, erilaiset aspektit omaleimaisella tavalla. Vaikka se on eräänlainen hybriditiede, on se ennen kaikkea arvopohjainen tiede ja siksi se tulee säilymään nimenmuutoksista huolimatta. Määrittelen tämän uuden sosiaalilääketieteeni näin:

Sosiaalilääketiede on teoreettis-empiirinen monitieteinen tieteenala ja yhteiskunnallisen toiminnan muoto, jonka tutkimuskohteena ovat terveyden ja ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen olemismuodon sekä sosiaalisen ympäristön väliset suhteet. Eettisenä ohjeena sosiaalilääketieteellä on kriittinen ymmärrys yhteiskunnallisen epätasa-arvon vahingollisesta vaikutuksesta ihmisten terveyteen, elämään ja hyvinvointiin. Sosiaalilääketieteen tutkimuksissa käytetään tutkimuskysymyksiin sopivia hyväksi koettuja tutkimusmenetelmiä ja tutkimukset toteutetaan monitieteisesti, yhteistyössä muiden tieteenalojen edustajien kanssa. Sosiaalilääketiede edistää tutkimustulosten hyväksikäyttöä yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja muussa yhteiskunnallisessa toiminnassa erityisesti heikompi-osaisten hyvän terveyden ja elämän toteuttamiseksi.



LÄHTEET

- Aaltonen L. (1964) Sairauksien ja sairaalaelämän sosiologia. WSOY, Helsinki.
- Alapuro R. (1976) Studentrörelserna och sociologin i 60-talets Finland. *Finsk Tidskrift* 1976:T1999-200:336–360.
- Alapuro R., Alestalo M. (1973) Konkreettinen sosiaalitutkimus. Teoksessa Alapuro R., Alestalo M., Haavio-Mannila E. (toim.) *Suomalaisen sosiologian juuret*. WSOY, Helsinki, 84–147.
- Alapuro R., Alestalo M. (1992) Konkreettinen sosiaalitutkimus. Teoksessa Alapuro R., Alestalo M. & Haavio-Mannila E. (toim.) *Suomalaisen sosiologian historia*. WSOY, Helsinki, 77–148.
- Alasuutari P. (1996) *Toinen tasavalta. Suomi 1946–1994*. Vastapaino, Jyväskylä.
- Alastalo M. (2005) *Metodisuhdanteiden mahti. Lomaketutkimus suomalaisessa sosiologiassa 1947-2000*. Vastapaino, Tampere.
- Alho R. (1970b) (toim.) *Itsemurha*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Alho R. (1970a) (toim.) *Vaatteet pois ja aatteet. Mielenpitoja mielisairaaloista*. 2. painos. Marraskuun liike, Helsinki.
- Allardt E. (1973) *About the dimensions of welfare*. Research Group for Comparative Sociology. Research Report No. 1. University of Helsinki, Helsinki.
- Allardt E. (1982) *Changes in the Conceptions of the Quality of Life: Scandinavian Experiences*. Department of Sociology, University of Helsinki, Working Papers N:o 24.
- Allardt E. (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. WSOY, Porvoo.
- Allardt E. (1964) *Yhteiskunnan rakenne ja sosiaalinen paine*. WSOY, Porvoo.
- Allardt E. (2000) *Yhteiskuntatieteet*. Teoksessa Tommila P., Tiitta A. (toim.) *Suomen tieteen historia Osa 2, humanistiset ja yhteiskuntatieteet*. WSOY, Porvoo, 476–477.
- Allardt E., Littunen Y. (1961) *Sosiologia*. WSOY, Porvoo.
- Allsop J. (1984) *Health Policy and the National Health Service*. Longman, London.
- Anttonen A. (1997) *Feminismi ja sosiaalipolitiikka*. Tampere University Press, Tampere.
- Anttonen A., Sipilä, J. (2000) *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Vastapaino, Tampere.
- Aro S. (1992) *Public health research in Finland*. *European Public Health Association Dec* 1992, 19–22.
- Aro S. (1981) *Stress, morbidity, and health-related behavior. A five-year follow-up study among metal industry employees*. *Scandinavian Journal of Social Medicine. Supplementum* 1981:25, 1–130.
- Ashorn U., Henriksson L., Lehto J., Nieminen P. (toim.) (2010) *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Gaudeamus, Helsinki.

- Ashorn U., Lehto, J. (2008) (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, Helsinki.
- Aukee R. (2010) Lesley Doyal: Terveydenhuolto kapitalismissa. Teoksessa Ashorn U., Henriksson L., Lehto J., Nieminen P. (toim.) Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus, Helsinki, 187–203.
- Aukee R. (2007) Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2007:44, 176–190.
- Aukee R. (2006) Sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2006:43, 231–241.
- Aukee R. (2009) Sosiaalilääketieteilijä tutkii ja vaikuttaa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2009:46, 109–118.
- Aukee R. (2004) Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhaten vaihteessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2004: 41, 137–146.
- Aukee R. (2000) 1960-luvulta tähän päivään. Katsaus suomalaisen sosiaalilääketieteen lähihistoriaan. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2000:37, 82–86.
- Bruun H., Hukkinen J., Hautoniemi K., Thompson Klein J. (2005) Promoting Interdisciplinary Research. The Case of Academy of Finland. Publications of the Academy of Finland 8/05. Edita, Helsinki.
- Bäckman G. (1992) Terveyspolitiikka Suomessa. Teoksessa Riihinen O. (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Sitra, WSOY, Helsinki, 532–554.
- Bäckman G. (1969) Työkäiset miehet sairaalapalvelusten kuluttajina. Lääkintöhallitus, Helsinki.
- Carrier J. (1986) Health. Teoksessa Wilding P. (toim.). On Defence of the Welfare State. Manchester University Press, Manchester, 31–52.
- Crawford R. (1977) You are Dangerous to Your Health. The Ideology and Politics of Victim Blaming. International Journal of Health Services 1977:7, 663–80.
- Doyal L. (1979) The Political Economy of Health. Pluto Press, London.
- Doyal L. (1984) The Sociology of Medicine and Health in Britain: Past, Present and Future. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1984:21, 188–196.
- Doyal L. (1995) What Makes Women sick? Gender and the Political Economy of Health. Macmillan, London.
- Doyal L. (toim.) (1998) Women and health services. An agenda for change. Open University Press, Buckingham.
- Duffy, J. (1990) The sanitarians: a history of American public health. University of Illinois, Urbana.
- Durkheim E. (1897) Suicide: a sociological study. Alcan, Paris.
- Edmunds J., Turner B. (2002) Generations, Culture and Society. Open University Press, Buckingham.

- Ehrenreich B., English D. (1976) *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. Writers and Readers Publishing Cooperative, London.
- Ellonen N. (2008) *Kasvuyhteisö nuoren turvana. Sosiaalisen pääoman yhteys nuorten masentuneisuuteen ja rikekäyttäytymiseen*. Tampere University Press, Tampere.
- Engels F. (1845) *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*. Leipzig. English translation 1887, New York.
- Eriksson L. D. (toim.) (1967) *Pakkoauttajat*. Tammi, Helsinki.
- Erkkilä S. (1963) Hygienia vai sosiaalilääketiede? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1963:1, 1–2.
- Eräsaari R. (1992) ”Jotta voisin syödä sinut paremmin”. *Janus* 1992:1:1.
- Eskola A. (1962) *Sosiologian tutkimusmenetelmät I*. WSOY, Porvoo ja Helsinki.
- Eskola A. (1967) *Sosiologian tutkimusmenetelmät II*. WSOY, Porvoo ja Helsinki.
- Eskola J., Suoranta J. (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Fee, E. (1993) *Public health, past and present: a shared social vision*. Johdanto teokseen Rosen G. *A history of public health, expanded edition*. The John Hopkins University Press, Baltimore, ix-1xvi.
- Forsberg S. (1979) Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsentiedustelu 1977. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1979:16, 183.
- Forsius A. (2001) Rudolf Virchow (1821-1902) ja yritys terveydenhuollon demokratisoimiseksi. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/virchow.htm>. Luettu 5.5.2012.
- Forssas E., Keskimäki I., Koskinen S., Lahelma E., Sihto M., Valkonen T. (1999) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen supistaminen. *Bibliografia suomalaisista tutkimuksista*. Stakes/Terveystieteiden tutkimusyksikkö. Aiheita-sarja 40/1999, Helsinki.
- Freeman H. E., Levine S., Reeder, L. G. (1972) (toim.) *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey.
- Freidson E. (1970) *Profession of Medicine. A study of Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press, New York.
- Gabe J., Calnan, M., Bury M. (toim.) (1991) *The Sociology of the Health Service*. Routledge, London and New York.
- Gebhard H. (1895) *Maanviljelystilasto meillä ja muualla*. KS, Helsinki.
- Gissler M., Hemminki E., Meriläinen J., Malin M., Rahkonen O., Teperi J. (1995) Äidin koulutus ja perinataalijän ongelmat. Suomen Akatemia. Sosio-ekonomiset terveyserot ja niiden syyt – Suomi laman jälkeen -seminaari. *Hanasaari* 24–25.10.1994. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1995:32, 37.
- Gissler M., Karjalainen S., Niemelä, R. (toim.) (1998) *Kansanterveystutkimuksen tarve ja rahoitus 1990-luvun Suomessa*. Seminaariraportti. Suomen Akatemia ja Stakes. Suomen Akatemian julkaisuja 5/98, Helsinki.

- Goffman E. (1992) Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. Alkuperäinen teos Asylums (1961). Suomennus Auli Tarkka ja Riitta Suominen. Marraskuun liike, Helsinki.
- Graham H. (1977) Images of pregnancy in the antenatal literature. Teoksessa Dingwall R., Heath C., Reid M. & Stacey M. (toim.) Health Care and Health Knowledge. Croom Helm, London.
- Granö O. (1971) Uuden Suomen Akatemian muotoutuminen. Teoksessa Hiisivaara-Hela M. (toim.) Suomen Akatemia 1. Helsinki, 7–12.
- Haavio-Mannila E. (1962) Kotona sairastavien hoidontarve Suomen maalaiskunnissa. Suomen terveystieteiden yhdistys ja Lääkintöhallitus, Helsinki.
- Haavio-Mannila E. (1964) Lääkärit tutkittavina. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia N:o 41, Helsinki.
- Harni A-L. (1973) Sairauksien kehityksen alueittainen vaihtelu Suomessa. Oulun yliopiston kansanterveystieteen laitos. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, Sarja A:10, Helsinki.
- Harjula M. (2007) Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystieteiden tutkimus 1900-luvulla. Tampere University Press, Tampere.
- Hasan J. (1969) Terveiden ja sairauden käsitteistä. Luentosarja Terveiden kehittäminen, Jyväskylän yliopisto 1969. Teoksessa Niemi M., Taipale I., Jylhä M. (toim.) Hyppysellinen suola saunan jälkeen. Valikoima Jeddi Hasanin kirjoituksia. Kustannus Oy Kunnia, Tampere, 41–49.
- Hasan J. (1989) Social Class, Disease and Death. An Essay in Social Medicine. Department of Public Health, University of Tampere, Tampere.
- Hasan J. (1993) ”Lääketiede on yhteiskuntatiedettä”. Kirja-arvio teoksesta Karisto A., Lahelma E., Rahkonen O. (1992) (toim.) Terveystieteiden tutkimus, WSOY, Juva. Janus 1993:2, 83–86.
- Heather N. (1978) Radikaali psykologia. Psykologia tänään. Suomentanut Mirja Rutanen. Weilin & Göös, Espoo. Alkuperäinen teos Heather N. (1976) Radical Perspectives in Psychology. Methuen & Co Ltd 11 New Fetter Line, London.
- Heikkilä M., Lehto J. (1992) Sopeuttaminen vai kriisi? Sosiaali- ja terveydenhuolto laman kourissa. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 74/1992. VAPK -kustannus, Helsinki.
- Heikkinen E. (1996) Kansanterveystutkimus Akatemian painoalana. Esitelmä Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen toimikunnan ja Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n järjestämässä seminaarissa Kuka vastaa kansanterveystutkimuksesta Suomessa? Helsinki 27.5.1996.
- Heikkinen E., Hasan J. (1978) Biologinen ja sosiaalinen lääketieteessä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1978:15, 211–214.
- Helén I., Jauho M. (toim.) (2003) Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki.
- Hellsten K. (2009) Työväensuojelus- ja sosiaalivakuutusyhdistyksen synty ja alkutaival. Teoksessa Jaakkola R., Kainulainen S., Rahkonen K. (toim.) Työväensuojelusta sosiaalipoliittiseen. Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908-2008. Edita, Helsinki, 11–45.

- Hemminki E. (1997) Meillä ei ole banaanikärpystä, seeprakalaa eikä C-elegans-matoa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1997:34, 79–81.
- Hemminki E. (1998) Yhteenveto: millaista kansanterveystutkimusta tarvitaan ja miten se tulisi rahoittaa? Teoksessa Gissler M. (toim.) *Kansanterveystutkimuksen tarve ja rahoitus 1990-luvun Suomessa*. Seminaariraportti. Suomen Akatemian julkaisuja 5/98, Helsinki, 42–47.
- Hemminki E., Toukoma H. (1997) Kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitus Suomen Akatemiassa 1971-95. *Duodecim* 1997:113, 519–525.
- Henriksson L. (1987) Lääketiede ja terveydenhuolto naisen biologisena määrittelijänä sekä kulttuurisena ja ideologisena asiamiehenä. *Kansanterveystieteen julkaisuja M98*. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos, Tampere.
- Henriksson L. (1998) Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. *Stakes Tutkimuksia* 88. Stakes, Helsinki.
- Henriksson L. (2000) Sosiaalilääketieteen yhdistys 30 vuotta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2000:37, 1–4.
- Henriksson L., Virtanen P. (1999) Avaussanat julkaisussa: Suomalaisen sosiaalilääketieteen vuosikymmenet – paikallisuus ja kansainvälisyys. *Sosiaalilääketieteen päivät*, Tampere 7.–8.10.1999, 3.
- Henriksson L., Wrede, S. (2004) (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Gaudeamus, Helsinki.
- Hietala M. (1992) Innovaatioiden ja kansainvälistymisen vuosikymmenet. Tietoa, taitoa, asiantuntemusta I. Helsinki eurooppalaisessa kehityksessä 1875–1917. *Historiallinen arkisto* 99:1. SHS ja Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.
- Hills J. (1989) (toim.) *The State of Welfare. The welfare State in Britain since 1974*. Clarendon Press, Oxford.
- Honkasalo M. (1988) Oireiden ongelma – sosiaalilääketieteellinen tutkimus oireista, niiden esiintymisestä ja merkityksistä kahta tutkimusmenetelmää käyttäen. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 101/88*. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Honkasalo M., Leppo A. (2008) Etnografia ja terveydenhuoltotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2008:45, 1–3.
- Häikiö M., Hänninen - Salmelin E. (1979) Tiedepolitiikka tienhaarassa. *KTTS:n julkaisusarja* 27 Reports. Kirjayhtymä, Rauma.
- Häkkinen U. (1989) Suomiko terveydenhuollon mallimaa? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1989:26, 1–3.
- Hyyppä M. T., Mäki J. (2001a) Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine* 2001:32, 48–55.
- Hyyppä M. T., Mäki J. (2001b) Why do swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International* 2001:16, 55–64.
- Härö S. (1996) *Sosiaalihygieninen yhdistys. Taistelu sukupuolitauteja vastaan: Sosiaalihygieninen yhdistys ry. 50 vuotta*. Sosiaalihygieninen yhdistys, Helsinki.

- Härö S. (1975) Tuberkuloosin vastustaminen – esimerkki menestyksellisestä kansanterveystyöstä. Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys – Föreningen för Tuberkulosens Bekämpande i Finland ry. Tuberkuloosi ja keuhkosairaudet. Vuosikirja 1975:4; 3–48.
- Ignatius J. (2000) Lääketieteet. Teoksessa Tommila P., Tiitta A. (toim.) Suomen tieteen historia, Osa 3, luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet. WSOY, Porvoo, 579–582.
- Ignatius J. (2012) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (1881-2006). Duodecim, Helsinki.
- Illich I. (1976) Medical Nemesis. The Expropriation of Health. Pantheon Books, New York.
- Immonen K. (1995) Suomen Akatemia suomalaisessa tiedepolitiikassa 1970-luvulla. Otava, Helsinki.
- Inghe G. (1979) Socialmedicin Del 1. Metodik och sjukdomspanorama. Esselte Studium, Stockholm.
- Jaakkola R., Kainulainen S., Rahkonen K. (2009) Työväensuojelusta sosiaalipolitiikkaan. Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908-2008. Edita, Helsinki.
- Jauho M. (2007) Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa. Tutkijaliitto, Helsinki.
- Johansson S. (1970) Om levnadsnivåundersökningen. Låginkomstutredningen. Allmänna förlag, Stockholm.
- Julkunen R. (1993) Hyvinvointivaltion ajatusmuoto ja sosiologiset kehykset. Teoksessa Korvajärvi P., Nätkin R., Saloniemi A. (toim.) Tieteen huolet, arjen ihmeet. Vastapaino, Tampere, 256–268.
- Juntunen M., Mehtonen L. (1977) Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Gummerus, Jyväskylä.
- Jylhä M. (1998) Sosiaalilääketiede on (myös) perustutkimusta. Teoksessa Gissler M., Karjalainen S., Niemelä R. (toim.) Kansanterveystutkimuksen tarve ja rahoitus Suomessa. Seminaariraportti. Suomen Akatemia ja Stakes. Suomen Akatemian julkaisuja 5/98. Helsinki, 33–35.
- Kaipainen O. (1969) Kansa kaikki kärsinyt. Karisto, Hämeenlinna.
- Kalimo E. (1969) Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:5, Helsinki 1969.
- Kangas I., Karvonen S., Lillrank A. (toim.) (2000) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki.
- Kangas O. (1991) Need or Access: Structural and Institutional Determinants of Sickness. Absenteeism in the OECD Countries. Institutet för Social Forskning/Stockholms Universitet (stencil).
- Kanniainen A. (1999) SPSS for Windows. Menetelmiä. Oulun yliopisto, ATK-keskus 13.10.1999, Oulu.
- Kannisto V. (2000) Relationships between population studies and social medicine. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2000:37, 76–81.
- Kansanterveyslaki (1972) Annettu Helsingissä 28 päivänä tammikuuta 1972, N:o 66.

- Karisto A. (1984) Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46, Helsinki.
- Karisto A. (1998) Miksi uusi muuntui vanhan varmisteluksi? *Janus* 1998:17, 120–123.
- Karisto A. (1981a) Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta. Katsaus suomalaiseen terveyden sosiaalisia eroja koskevaan tutkimustoimintaan autonomian ajalta 1930-luvulle. Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia No 3. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Karisto A. (1981b) Sosiaalilääketieteen yhteiskunnallinen kasvupohja. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1981:18, 100–111.
- Karisto A. (1986) Sosiaaliset tekijät ja terveys vuosisadan vaihteen tutkimuksessa – elämäntavan terveystutkimuksen juuria etsimässä. Teoksessa Heinonen O. P., Aromaa A., Heikkinen E., Klaukka T., Rimpelä M., Tuomisto J., Rajas T. (toim.) *Tutkimus ja kansanterveys: suuntauksia 1980-luvulla Osa 2*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:58, Helsinki, 123–128.
- Karisto A., Lahelma E. (1992) Konrad ReijoWaara – kansanterveystyön tulisielu ja tutkija. Saatesanat näköispainokseen Konrad ReijoWaaran (1892) väitöskirjasta *Terveydenhoidollisia tutkimuksia Haapajärven piirilääkäripiiristä*. Duodecim, Vammala, V–VI.
- Karisto A., Lahelma E., Rahkonen O. (1990) 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1990:27, 206–220.
- Karisto A., Rahkonen O. (2000) Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Kangas I., Karvonen S., Lillrank A. (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia*. Gaudeamus, Helsinki, 38–52.
- Karjalainen V., Palola E. (2011) Johdannoksi – ajatuksia kirjan ytimeistä. Teoksessa Palola E., Karjalainen V. (toim.) *Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä?* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 5–11.
- Kauhanen J., Myllykangas M., Salonen T., Nissinen A. (1998) *Kansanterveystiede*. WSOY, Porvoo.
- Kaukonen E. (1986) Sosiologia-lehden kaksi vuosikymmentä. *Sosiologia* 1986:26, 327–338.
- Kaukonen E. (1984) Suomalainen sosiologia tieteen tutkimuksen valossa. *Sosiologia* 1984:24, 128–138.
- Kaukonen E. (1990) *Theory, dynamics and policy of science*. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 300, Tampere.
- Kaukonen E., Rauhala P-L. (1989) Structural transformation of science: trends and problems of scientific integration. *Science Studies* 1989:2, 13–24.
- Kauttu K. (1985) *Julkaisutoiminta*. Teoksessa Kauttu K., Kosonen T. (toim.) *Suomen Lääkäriliitto 1910-1985*. Suomen Lääkäriliitto 1985, 291–314.

- Keskimäki I. (1997) Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. Research Reports 84, STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health, Jyväskylä.
- Keskimäki I., Aalto A-M., Häkkinen U., Klaukka T., Manderbacka K., Reunanen A., Vehko T. (2004) Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Stakes, Raportteja 286, Helsinki.
- Keskimäki I., Manderbacka K., Teperi, J. (2008) Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Teoksessa Ashorn U., Lehto, J. (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, Helsinki, 50–66.
- Kiikeri M., Ylikoski P. (2004) Tiede tutkimuskohteena. Gaudeamus, Helsinki.
- Kirjonen J. (2010) Ulos rautahäkistä. METELIN historia. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES, Jyväskylä.
- Klein R. (1983) The Politics of the National Health Service. Longman, London.
- Kohn R., White K. L. (toim.) (1976) Health Care. An International Study. Oxford University Press, London.
- Kokko S. (1990) Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua? Hanki ja jää, Juva.
- Kokko S., Rajala M. (1975) (toim.) Terveys- ja talouspolitiikka. Terveysalan Sos.Dem. Yhdistys, Helsinki.
- Komiteanmietintö (1971:A6) Lääketieteen opintouudistustoimikunnan mietintö, Helsinki.
- Konttinen E. (1991) Perinteisesti moderniin. Professionien yhteiskunnallinen synty Suomessa. Vastapaino, Tampere.
- Koskenkylä H., Pekkarinen J., Räikkönen A., Vartia P. (toim.) (1984) Sata vuotta suomalaista kansantaloustiedettä. Kansantaloudellinen yhdistys 1884–1984. Vammala.
- Kosonen T. (1985) Varhaiset valtakunnalliset lääkäriyhdistykset. Teoksessa Kauttu K. & Kosonen T. (toim.) Suomen Lääkäriliitto 1910-1985. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki, 20–38.
- Kuusi P. (1961) 60-luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Helsinki.
- Kyngäs H., Vanhanen L. (1999) Sisällön analyysi. Hoitotiede:1999:11, 3–12.
- Laaksonen M., Silventoinen K. (2011) (toim.) Sosiaaliepideologia: väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Gaudeamus, Helsinki.
- Laaksovirta T. (1980) Problematisering av tvärvetenskaplighet–socialmedicin. Andra nordiska forskarsymposiet om samhällsvetenskap och socialmedicin, Göteborg den 24–25. April, 1980.
- Laaksovirta T. (1978) Sosiaalilääketieteen yhdistyksestä tieteellisenä seurana. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1978: 15, 161–163.
- Laaksovirta T. (1979) Tieteellisen ja ammatillisen informaation välittyminen ja käyttö lääketieteessä. Tieteentutkimuksellinen tarkastelu lääkärin informaatio-olosuhteista. Kansanterveystieteen julkaisuja M 51/79, Tampere.

- La Berge A. F. (1992) *Mission and method. The early nineteenth century French public health movement.* Cambridge University Press, Cambridge and New York.
- Lahelma E. (toim.) (1995) *Terveyttä kaikille ja heti! Kirjoituksia erään opintopiirin 30-vuotiselta taipaleelta,* Helsinki.
- Lahelma E. (1989) Unemployment, re-employment and mental well-being. A panel survey of industrial jobseekers in Finland. *Scandinavian Journal of Social medicine. Supplementum 1989: 43, 1–170.*
- Latour B. (1987) *Science in Action. How to follow scientists and engineers through society.* Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Lehto J. (2010) Karl Marx kapitalismin ja terveyden suhteiden teoreettikkona. Teoksessa Ashorn U., Henriksson L., Lehto J., Nieminen P. (toim.) *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia.* Gaudeamus, Helsinki, 13–27.
- Lehto J. (1972) Muuttuva sairauskäsitys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1972:10, 68–73.*
- Lehto J. (1971) *Terve kansa: Kansanterveyshuolto Suomessa 1971.* Kansansivistysliiton kirjepisto, Helsinki.
- Lehto, J., Lehto V-P. (1975) *Työsuojelu – työläisen suojelu.* Kansansivistysliiton kirjepisto, Helsinki.
- Lehto J., Blomster P. (1999) 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan suunta. *Yhteiskuntapolitiikka 1999:64, 207–221.*
- Lehtonen T-K. (1995) Bakteerit ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveysvalistuksessa 1890-luvulla. Teoksessa Joutsivuo T., Mkkeli H. (toim.) *Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa.* Historiallinen arkisto 106. SHS, Helsinki, 205–252.
- Leppo K. (2010) *Kansanterveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja palvelut 2010-luvulle.* Kalevi Sorsa-säätiön julkaisu 3/2010, Helsinki.
- Leppo K. (toim.) (1973) *Sairas maailma.* Forum-kansanterveys, Tammi, Helsinki.
- Lindskoug K. (1980) *Samtal om samhällsvetenskapliga metoders användbarhet inom den medicinska sociologin. 2:a Nordiska forskarsymposiet om samhällsvetenskap och socialmedicin, Göteborg den 24–25 April, 1980.*
- Luoto R., Keskimäki I., Reunanen A. (1997) Socioeconomic variations in hysterectomy: evidence from a linkage study of the Finnish hospital discharge register and population census. *Journal of Epidemiological Community Health 1997:51, 63–73.*
- Luoto R., Viisainen K., Kulmala I (toim.) (2003) *Sukupuoli ja terveys.* Vastapaino, Tampere.
- Lämsä R., Seppälä U-M. (2006) Laadullisen paikka terveystutkimuksessa – LATE:n juhlaseminaarin antia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2006:43, 76–77.*
- Macintyre S. (1994) *Terveyden sosiaalisten yhteyksien ymmärtäminen: sosiaalitieteiden rooli.* Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1994:31, 318–325.

- Mannila S. (2000) Terveys sosiologian varhaisvaiheet. Teoksessa Kangas I., Karvonen S., Lillrank A. (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki, 12–26.
- Marx, K. (1974) Pääoma 1. osa. Edistys, Moskova (saks. alkuteos 1867).
- Mattila K., Rantalaiho L., Virjo I. (1996) (toim.) Professori ja sökömestari. Juhlakirjan toimituskunta, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, Tampere.
- McCarthy M. (ed.) (1989) The New Politics of Welfare. An Agenda for the 1990s? MacMillan, London.
- McKeown T. (1976) The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? Nuffield Provincial Hospital Trust, London.
- Mehtonen P., Rimpelä M. (1977) Terveiden ja sairauksien yhteiskunnallisiin yhteyksiin liittyvä tutkimus Suomessa vuosina 1970-75. Terveystutkimuksen tutkimus (TERTTU), II osaraportti. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen julkaisusarja A, No. 22, Tampere.
- Mellin I. (1996a) Johdatus tilastotieteeseen. 1. Kirja. Tilastotieteen johdantokurssi. Helsingin yliopisto, tilastotieteen laitos, kesä 1996.
- Mellin I. (1996b) Johdatus tilastotieteeseen. 2. Kirja. Tilastotieteen jatkokurssi. Helsingin yliopisto, tilastotieteen laitos, kesä 1996.
- Melkas, T. (1987) Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelma – haaste kansanterveystieteen tutkijoille. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1987:24, 1–3.
- METELI. (1977) Ammattiasema, työolot ja sairastavuus metalliteollisuuden henkilöstöryhmissä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 18. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos, Jyväskylän yliopiston liikunnan ja kansanterveyden tutkimuslaitos. Gummerus, Jyväskylä.
- Mikkeli H., Pakkasvirta J. (2007) Tieteiden välissä. Johdatus monitieteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteisyyteen. WSOY, Helsinki.
- Moran M. (1992) The health-care state in Europe: convergence or divergence? Environment and Planning C: Government and Policy, 1992:10, 77–90.
- Morman E. T. (1993) George Rosen, public health and history. Teoksessa Rosen G. A history of public health, expanded edition. The John Hopkins University Press, Baltimore, 1xix–1xxxviii.
- Muhli A., Kannianen A. (2000) SPSS 10.0 for Windows. Perusteet. Oulun yliopisto, ATK-keskus, Oulu.
- Navarro V. (1976) Medicine under capitalism. Prodist, New York.
- Niemi M. (1981) Lääketieteen tieteenkäsitys kaipaa avartumista. Duodecim 1981:97, 46–49.
- Nieminen H. (1983) Yhteiskuntatieteilijän roolista kansanterveystieteessä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1983:20, 255–258.
- Noro L. (1957) Sosiaalilääketieteen perusteet. WSOY, Porvoo-Helsinki.
- Oakley A. (1979) Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth. Martin Robertson, London.

- Ojala E. (1974) Selvitys Suomen Akatemian rahoittamista tieteidenvälisistä tutkimuksista 1962–1972. Suomen Akatemia, Helsinki.
- Ollila M-R. (1995) Määrittelemisen mahti. Hyvinvointikatsaus 4/95, Tilastokeskus, Helsinki, 2–3.
- Paakkunainen K. (1985) Demokratia, tiede, kansanvalistus. Valtiotieteellisen yhdistyksen intellektuaalihistoria 1935–1985. Gummerus, Jyväskylä.
- Palola E., Karjalainen V. (2011) (toim.) Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Palosuo H., Rahkonen O. (1987) Terveyden sosiologia myötä- ja vastatuulessa. Sosiologia 1987:24, 289–300.
- Palosuo H., Sihto M., Keskimäki I., Koskinen S., Lahelma E., Manderbacka K., Prättälä R. (2004) Eriarvoisuus ja terveystieteet. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12, Helsinki.
- Palosuo H., Koskinen S., Lahelma E., Prättälä R., Martelin T., Ostamo A., Keskimäki I., Sihto M., Talala K., Hyvönen E., Linnanmäki E. (2007) (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki.
- Parsons T. (1951) The Social System. Glencoe, Illinois.
- Partanen J., Parviainen I. (1979) Valistus ja elämäntapojen muutos. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1979:16, 197–207.
- Pekurinen M. (1990) Hiltusen malli: Näkökohtia terveydenhuollon talouden kannalta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1990:27, 164–169.
- Peräkylä, A. (1990) Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Vastapaino, Tampere.
- Pesonen N. (1980) Terveyden puolesta sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. WSOY, Helsinki.
- Pflanz M. (1975) Relations between Social Scientists, Physicians and Medical Organizations in Health Research. Social Science & Medicine 1975:9, 7–13.
- Pietilä K., Sondermann K. (1994) Sanomalehden yhteiskunta. Vastapaino, Tampere.
- Pietilä V., Kopteff, P. J. (1978) Applying public health science. Theoretical problems. Community Health 1978:9, 227–229.
- Piirainen T., Saari J. (2002) Yhteiskunnalliset jaot. 1990-luvun perintö? Gaudeamus, Helsinki.
- Porter D. (2006) How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading? PLoS Medicine 2006. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal>. Luettu 22.5.2007.
- Puhakainen J. (2000) Persoonan puolustaja. Lauri Rauhala ihmistutkimuksen pioneerina. Like, Helsinki.

- Purhonen S., Hoikkala T., Roos, J.P. (toim.) (2008) Kenen sukupolveen kuulut? Suurten ikäluokkien tarina. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki.
- Puro K. (1973) Terveyspolitiikan perusteet. Forum-kansanterveys, Tammi, Helsinki.
- Purola T. (2000) Purolan mallin kolme vuosikymmentä. Pyydetty puheenvuoro. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2000:37, 71–73.
- Purola T. (1971) Sairaus sosiaalilääketieteellisenä käsitteenä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1971:9, 3–11.
- Purola T. (1972) A Systems Approach to Health and Health Policy. Medical Care 1972:10, 373–379.
- Purola T. (1981) Väestön terveydentilaa säätelevien tekijöiden rakenne ja analyysi. Teoksessa Heikkinen E., Ahlström A., Anttinen E., Pyörälä K., Pilli-Sihvola A-S. (toim.) Tutkimus ja kansanterveys 1980. Symposium. Osa I. Suomen Akatemian julkaisuja 3/1981. Helsinki, 66–80.
- Purola T., Kalimo E., Sievers K., Nyman K. (1967) Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:1. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki.
- Purola T., Nyman K., Kalimo E., Sievers K. (1971) Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:7, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki.
- Puska P. (1971) Lääketiede sosiaalitieteenä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1971:9, 267–273.
- Puska P. (1985) Pohjois-Karjala projekti: Sydän- ja verisuonitautien yhteisötason ehkäisyohjelma. Duodecim 1985:101, 2281–2294.
- Puska P., Tuomilehto J., Nissinen A., Vartiainen E. (1995) The North Karelia Project: 20 year results and experiences. National Public Health Institute, Helsinki.
- Pörn I. (1977) Action Theory and Social Science. R. Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- Pörn I. (1990) Vad är hälsa? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1990:27, 467–473.
- Rahkonen K. (toim.) (1985) J. P. Roos. Elämäntapaa etsimässä. Tutkijaliiton julkaisusarja 34, Tutkijaliitto, Helsinki.
- Rahkonen K (toim.) (2004) Sosiaalipolitiikasta yhteiskuntapolitiikkaan. Sosiaalipolitiikan laitos 1945–2003. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2004, Helsingin yliopisto.
- Rahkonen O., Lahelma E. (2002) Sosiaalinen rakenne ja väestön terveys. Teoksessa Piirainen T., Saari J. (toim.) Yhteiskunnalliset jaot. Gaudeamus, Helsinki, 273–290.
- Rahkonen O. (1994) Terveystila ja terveyskäyttäytyminen: sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Stakes, Tutkimuksia 36, Helsinki.
- Rantalaiho L. (1968) Sydäninfarktin sairastaneiden kuntoutuminen. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:4, Vammala.

- Rantalaiho L. (1991) Tiede ja professio. Sosiaalitieteet lääkärikoulutuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1991:28, 251–254.
- Rauhala L. (1983) Ihmiskäsitys ihmistyössä. *Gaudeamus*, Jyväskylä.
- Rauhala L. (1988) Holistinen ihmiskäsitys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1988:25, 190–201.
- Rauhala P-L. (1980) Suomalaisen sosiaalilääketieteen eräitä juuria. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1980:17, 156–165.
- Rauhala P-L. (1988) Suomalaisen sosiaalilääketieteen kognitiivisesta ja sosiaalisesta institutionalisoitumisesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1988:25, 47–56.
- Rauhala P-L., Aukee R., Rimpelä U. (1987) Naisten sairaudet ja oireet osana arkielämää. Teoksessa *Tulen kesyttäjät. Suomalaista naistutkimusta*. Helsingin Akateemisten naisten 60-vuotisjuhlakirja. WSOY, Porvoo ja Juva, 204–216.
- Rauhala U. (1966) Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus: 1960-luvun suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus ammattien arvostuksen valossa. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Rautkallio H., Häikiö M. (toim.) (1977) *Demokratia ja tasa-arvo. Arvioita painopistetutkimuksesta TANDEM ja DETA*. Korkeakoulu- ja tiedepoliittinen tutkimussäätiö (KTTS) julkaisuja 21 Reports. WSOY, Helsinki.
- Relander K. (1892) *Terveydenhoidollisia tutkimuksia Haapajärven piirilääkäripiirissä I*. Terveysteen vaikuttavien olosuhteiden ja tapojen ynnä yleisen terveystieteen valaisemiseksi Haapaveden kunnassa. Akademinen väitöskirja. Kuopio.
- Rentola, K. (2004) *Kevään 1968 isänmaan toivot*. Teoksessa Saaritsa S., Teräs, K. (toim.) *Työväen verkostot. Väki voimakas 16*. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Helsinki, 96–132.
- Reuter, M. (1994) *Lyhyt filosofinen analyysi lääketieteen historiasta ja keskeisimmistä käsitteistä*. Teoksessa Reuter M. & Ruusuvoori J. *Filosofinen ja sosiaalitieteellinen näkökulma terveydenhuoltoon*. Suomen kuntaliitto, Helsinki, 5–32.
- Rimpelä A., Karvonen S., Rimpelä M., Siivola M. (1990) *Nuorten terveystottumusten erot ja elinolot 1977–1987: toteutuiko terveystieteen jakaumatavoite?* Lääkintöhallitus, Tutkimukset 1990:1, Helsinki.
- Rimpelä M. (1982) *Koettu on todellista – siis tieteellisesti tutkittavissa*. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1982:19, 201–205.
- Rimpelä M. (1977) *Terveydenpolitiikan vaihtoehtoista*. *Sosiaalinen Aikakauskirja* 1977:6, 4–21.
- Rimpelä M. (1972) *Tupakka*. Forum-kansanterveys, Tammi, Helsinki.
- Ringens K. (1977) *The Development of Health Policy: An Historical Theory*. Thesis submitted to the School of Hygiene and Public Health of The Johns Hopkins University, Baltimore.
- Riska E. (1985) *Power, politics and health: Forces Shaping American Medicine*. *Commentationes Scientiarum Socialium* 27, Ekenäs.

- Riska E. (1982) Terveyden sosiologian tutkimuskohde. Esitelmä Sosiaalilääketieteen päivillä 8.–9.10.1982, Tampere. (moniste)
- Riska E., Lahelma E. (1984) Terveyden sosiologian kehitys ja asema Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1984:21, 197–205.
- Roos J. P. (1980) Elämisen laatu ja elämäntapa 1970-luvulla. Sosiaalinen Aikakauskirja 1980:74, 17–22.
- Roos J. P. (2008) Suomalainen paradoksi. Yhteiskuntapolitiikka 2008:73, 341–345.
- Rosen G. (1958) A history of public health. MD Publications, INC., New York.
- Rosen G. (1993) A history of public health. Expanded edition. The John Hopkins University Press, Baltimore.
- Rosen G. (1972) The evolution of social medicine. Teoksessa Freeman, H. E., Levine, S., Reeder, L. G. (toim.) Handbook of medical sociology. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 30–60.
- Rotkirch A. (2005) Miten sosiologinen tieto kohtaa evoluutioteorian? Teoksessa Meurman-Solin A., Pyysiäinen I. (toim.) Ihmistieteet tänään. Gaudeamus, Helsinki, 62–90.
- Salonen J. T. (1984) Pohjois-Karjala -projekti 10 vuotta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1984:21, 57–60.
- Salmela R. (1988) Poliittishallinnollinen ohjaus ja terveystalouden alueellinen tasa-arvo Suomessa. Kuopion yliopiston terveydenhuollon hallinnon laitos, Alkuperäistutkimukset 1, Kuopio.
- Sandstedt R. (1980) Kolmen maalaiskunnan avoterveydenhuollon lääkäri- ja terveydenhoitajapalvelusten käytön muutokset kansanterveystalouden alkuvuosina. Kansanterveystieteen julkaisuja M 57/80, Tampere.
- Sandstedt R. (1979) Medicinsk-sociologisk forskning i Finland. Föredrag i Nordisk medicinsk sociologisk symposium 10.7.1979, Helsingør.
- Sandstedt R., Laaksovirta T., Lahelma, E., Palosuo H., Paronen O., Rauhala P-L. (1981) Sosiologian ja muiden tieteiden raja-alueiden ongelmat: terveyden sosiaalilääketieteellinen tutkimus. Puheenvuoro Edward Westermarckin muistopäivän seminaarissa Tampereella 28.11.1981. (moniste)
- Sigerist H. E. (1934) American Medicine. W. W. Norton, New York.
- Sigerist, H. E. (1937) Socialized Medicine in the Soviet Union. W. W. Norton, New York.
- Sihto M. (1990) (toim.) Eriarvoisuus, terveys ja terveystalouden palvelut. Lääkintöhallituksen julkaisuja 167 TK 2000-sarja, Helsinki.
- Sihto M. (1997) Terveystalouden vastaanotto: tutkimus Suomen Terveystaloutta kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki.
- Siipi A-K. (1970) Terveydenhuolto suomalaisen yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen kohteena viime vuosina. Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkielma A:5, Turku.
- Siipi J. (1967) Ryysyrannasta hyvinvointivaltioon. Tammi, Helsinki.

- Siisiäinen M. (1992) Kollektiivisen toiminnan muodot ja repertoaari. Teoksessa Blom R., Siisiäinen M. (toim.) Poliitiikan sosiologia. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 52, Jyväskylän yliopisto 1992, 60.
- Sinkkonen S., Kinnunen J. (1999) Terveystieteiden eriytymisprosessi, terveyshallintotieteiden identiteetti ja suhde lähitieteisiin. *Hoitotiede* 1999:11, 311–324.
- Sipilä J. (2009) Taistelu Yhdistyksen linjasta 1970-luvulla. Teoksessa Jaakkola R., Kainulainen S. & Rahkonen K. (toim.) Työväensuojelusta sosiaalipoliittikkaan. *Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908-2008*. Edita, Helsinki, 145–169.
- Sisättö S. (1974) Operaatio nollatutkimus. Kustannuspiste Oy., Tampere.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1985) Hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittely 26.–27.3.1985, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Terveiden edistämisen politiikkaohjelma. <http://www.stm.fi.hyvinvointi/terveydenedistaminen>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1986) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1970:8, no. 3. Erikoisnumero: Sairaus ja yhteiskunta.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1995:32, no. 4. Sosio-ekonomisten terveyserojen teemanumero. Erikoistoimittajat: Antti Uutela, Aulikki Nissinen, Ritva Prättälä ja Tapani Valkonen.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1990:27, no. 1. Terveiden sosioekonomisten erojen teemanumero. Erikoistoimittajat: Eero Lahelma ja Elianne Riska.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1987:24, no. 2. Terveiden sosiologian erikoisnumero. Erikoistoimittajat: Eero Lahelma, Pirkko-Liisa Rauhala ja Elianne Riska.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1984:21, no. 5. Terveiden sosiologian teemanumero. Erikoistoimittajat: Eero Lahelma, Pirkko-Liisa Rauhala ja Elianne Riska.
- Sosiaalilääketieteen yhdistys (1988) Sosiaalilääketieteen yhdistyksen opetusministeriölle 30.11.1988 lähettämä kirje koskien lääketieteellisen sosiologian viran säilyttämistä Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksessa.
- Sosiaalilääketieteen yhdistys (1991). Sosiaalilääketieteen yhdistyksen vuosikokouksen 23.5.1991 lähettämä kirje Helsingin yliopiston pienelle konsistorille koskien sosiaalilääketieteen apulaisprofessorin opetusalaa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1991:28, 263–264.
- Sosiaalilääketieteen yhdistys (1993) Sosiaalilääketieteen yhdistyksen kirje Suomen Akatemian keskustoimikunnalle ja lääketieteelliselle toimikunnalle 18.2.1993 koskien lääketieteellisen toimikunnan päätöstä jättää tutkimusassistentin virat auki julistamatta ja jakaa ne tutkimusprojekteihin.
- Sosiaalinen työ 1957:7, no. 1. Julkaisija Lääkinnöllis-sosiaalinen yhdistys ry.

- Stacey M. (1977) Concepts of Health and Illness: A working paper of the concepts and their relevance for research. Appendix III in Health and health policy priorities for research. UK: Social Science Research Council.
- Stacey, M. (1976) (toim.) The Health Service Consumer: A Sociological Misconception. Teoksessa Stacey, M. (toim.) The Sociology of The National Health Service. Soc Rev Monogr 22, University of Keele, March 1976.
- Stacey M., Homans, H. (1978) The Sociology of health and illness: its present state, future prospect and potential for health research. Sociology 1978:12, 281–307.
- Ståhl T., Rimpelä A. (2010) (toim.) Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1980b) Elämäntavan terveystutkimuksen seminaari 9.–10.4.1979. Valtion lääketieteellinen toimikunta, kansanterveyden tutkimuksen painoalajaos, toim. Aro ym. Suomen Akatemian julkaisuja 6/1980, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1980c) Elämäntavan terveystutkimuksen työryhmän muistio. Valtion lääketieteellinen toimikunta, kansanterveyden tutkimuksen painoalajaos. Suomen Akatemian julkaisuja 5/1980, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1997) Kannanotto terveyden tutkimuksen kehittämiseksi Suomessa. Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen jaoston asettaman työryhmän muistio. Suomen Akatemian julkaisuja 4/97. Edita, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1975) Kansanterveyden tutkimuksen kehittämissuunnitelma vuosille 1977–81. Kansanterveyden tutkimusjaosto, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1980a) Lääketieteellisen tutkimuksen kehittäminen Suomessa 1980-luvulla. Valtion lääketieteellinen toimikunta. Suomen Akatemian julkaisuja 2/1980, Helsinki.
- Suomen Akatemia (2009) Suomen tieteen tila ja taso 2009, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1980f) Terveystutkimuksen kehittämisseminaari 22.3.1979. Valtion lääketieteellinen toimikunta, kansanterveyden tutkimuksen painoalajaos, toim. Härö ym. Suomen Akatemian julkaisuja 4/1980, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1980e) Terveystutkimuksen työryhmän muistio. Valtion lääketieteellinen toimikunta, kansanterveyden tutkimuksen painoalajaos. Suomen Akatemian julkaisuja 3/1980, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1979) Tieteen edistymisen ongelmia. Seminaariraportti, toim. Paavo Löppönen. Suomen Akatemian julkaisuja 6/1979, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1972) Tieteen keskustoimikunnan tiedepoliittinen ohjelma 1972. Suomen Akatemia, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1980d) Valtion lääketieteellinen toimikunta. The Medical Research Council 1977–79. Suomen Akatemia, Helsinki.
- Suomen Akatemia (1971) Valtion lääketieteellisen toimikunnan runko-ohjelma 1971, Helsinki.

- Suomen Lääkäriliitto (1972) Valtuuskunnan syyskokous 1972. Ote pöytäkirjasta. Esityslistan asia no 7: Vuoden 1973 taloussuunnitelman vahvistaminen.
- Suominen S. (1993) Perceived health and life control. A theoretical review and empirical study about the connections between health and life control determined according to the strength of the sense of coherence. Åbo Akademi, Department of Social Policy, University of Turku, Department of Public Health. Stakes Research Reports 26/1993, Helsinki.
- Susser M. (1966) Teaching Social Medicine in the United States. *Milbank Mem. Fund Quart.* Vol XLIV.
- Taipale I. (1982) Asunnottomuus ja alkoholi. Sosiaalilääketieteellinen tutkimus Helsingistä vuosilta 1937–1977. Alkoholitutkimussäätiö, Helsinki.
- Taipale I. (toim.) (1975) Psykiatrian kriisistä. Mielenterveys- ja Kehitysvamma-alan liitto MKL ry.
- Taipale I. (2001) Sosiaalilääketieteellinen eläke-edellytysten selvittely. Opas. Psykiatrian yhteistyö ry. ja Itämerikeskussäätiö, Helsinki.
- Taipale I. (1980) Sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen asema poliittisessa päätöksenteossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1980:17, 101–104.
- Talousneuvosto (1972) Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto, Helsinki
- TERTTU (1976) Terveystutkimuksen tutkimus, I osaraportti: terveystutkimuksen voimavarat, tuotos ja hyödyntäminen Suomessa. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos. Julkaisusarja A Tutkimuksia ja selvityksiä no. 18, Tampere.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (1986) Suomen terveystieteen pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Tommila P., Korppi-Tommola A. (2003) (toim.) Suomen tieteen vaiheet. Yliopistopaino Kustannus/Helsinki University Press ja Tieteellisten seurain valtuuskunta, Helsinki.
- Topo P., Luoto R., Hemminki E., Uutela A. (1999) Declining socio-economic differences in use of menopausal and postmenopausal hormone therapy. *Maturitas* 1999:32, 141–145.
- Townsend P., Davidson N. (toim.) (1982) Inequalities in Health. *The Black Report*. Penguin, Hammondsworth.
- Tuomainen R., Myllykangas M., Elo J., Rynänen, O-P. (1999) Medikalisaatio – aikamme sairaus. Vastapaino, Tampere.
- Tuovinen R. (1981) Keskustelua sosiaalilääketieteestä. Sosiaalilääketiede ja sen tutkimuskohde -seminaari Teisko 16.–17.5.1980. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1981:18, 86–95.
- Tähtinen J., Isoaho H. (2001) Tilastollisen analyysin lähtökohtia. Ensiaskleet kvanttiaineiston käsittelyyn, analyysiin ja tulkintaan SPSS-ohjelmaympäristössä. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Julkaisusarja C, Oppimateriaalit:13, Turku.

- Tähtinen J., Havu-Nuutinen S. (2007) Neljäkymmentä vuotta tiedeseuraa. Suomen kasvatustieteellisen seuran 40-vuotisjuhlakirja. Suomen kasvatustieteellisen seuran julkaisusarja Kasvatusalan tutkimuksia 33.
- Törnudd P. (1971) Terveys käsitteenä ja tavoitteena. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1971:9, 219–223.
- Töttö P. (1997) Pirullinen positivismi. Kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Töttö P. (2000) Pirullisen positivismin paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua. Vastapaino, Tampere.
- Uusitalo P. (1971) Tavoite-keinoanalyysi ja terveydenhuoltopolitiikan suunnittelu. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1971:9, 112–117.
- Valkonen T. (1971) Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa. II korjattu painos. Ylioppilastuki ry., Helsinki.
- Valkonen T., Martelin T., Rimpelä A. (1990) Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosio-ekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971–85. Tilastokeskus, Tutkimuksia 172, Helsinki.
- Vaskilampi T. (1976) Organisoitunut lääketiede terveyden suurimpana uhkana - Ivan Illichin lääketieteellisen nemesiksen tarkastelu. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1976:13, 737–743.
- Vauhkonen O., Laurinkari J., Bäckman G. (1978) Suomalaista terveystaloutta. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. SHKS, WSOY, Helsinki.
- Vertio H. (1988) (toim.) Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka. Adelaiden kokouksen suositukset 1988. Terveystieteiden keskus, Helsinki.
- Vesikansa J. (toim.) (1976) Esimerkki tutkimuksen harharetkistä. Arvioita Tandemin osatutkimuksesta Mainonta ja yhteiskunta. Korkeakoulu- ja tiedepoliittinen tutkimussäätiö. KTTS:n julkaisusarja Reports 18, Helsinki.
- Virchow R. (1848) Die Medizinische Reform, No. 18, 3.11.1848.
- Vohlonen T. (1969) Sairastavuus lääkäriäkäyntien valossa. Tutkimus avohoidon lääkäriäkäynneistä Imatralla vuonna 1964. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti Suppl II A 1969.
- Vuori H. (1979) Lääketieteen historia – sosiaalihistoriallinen näkökulma. Gummerus, Jyväskylä.
- Vuori H. (1970) Terveystieteiden ja sairaalahoidon laadun mittaaminen, käsitteanalyttinen ja metodinen tutkimus. Sairaalaliiton tutkimusosaston julkaisuja F:1, Helsinki.
- Vuori H. (1969) Yhteiskuntatieteilijä – outo lintu lääketieteessä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1969:7, 217–220.
- Väänänen I. (1962) Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden tavoitteet. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1962:1, 1.

- Waitzkin H., Iriart C., Estrada A., Lamadrid S. (2001) Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health* 2001:91, 1592–1601.
- Waren A. (1898) *Torpparioloista Suomessa*. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki.
- Waris H. (1980) *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 5. 7. painos. WSOY, Porvoo. 1. painos 1961.
- Waris H. (1934) *Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkänsillan pohjoispuolelle II*. Suomen Historiallinen Seura, historiallisia tutkimuksia XVI, 2, Helsinki.
- WHO (1984) *Health Promotion: A discussion document of the concept and principles*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (1946) *The constitution of the World Health Organization*, New York.
- WHO (1991) *Terveyspoliittinen arviointi. Terveyttä kaikille -ohjelma Suomessa*. Maailman terveysjärjestö, Euroopan aluetoimisto, Kööpenhamina.
- Wilding P. (1992) *Social Policy in the 1980s: An Essay on Academic Evolution*. *Social Policy & Administration* 1992:26, 107–116.
- Willamo R. (2005) *Kokonaisvaltainen lähestymistapa ympäristönsuojelutieteessä. Sisällön moniulotteisuus ympäristönsuojelijan haasteena*. *Environmentalica Fennica* 23. Helsingin yliopisto.
- Williams F. (1989) *Social Policy: A Critical Introduction. Issues of Race, Gender and Class*. Polity Press and Basil Blackwell, Cambridge.
- Wilson E. (1977) *Women and Welfare State*. Tavistock Publications, London.
- Wistow G. (1992) *The National Health Service*. Teoksessa Marsh D., Rhodes R. A. W. (toim.) *Implementing Thatcherik Policies. Audit of an Era*. Open University Press, Buckingham, 100–116.
- Wrede S. (2009) *Miten tutkia terveyseroja laadullisin menetelmin – ja miksi?* *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2009:46, 119–123.
- von Wright, G. H. (2001) *Hyvän muunnelmat*. Otava, Helsinki. Alkuperäisestä englanninkielisestä teoksesta *The Varieties of Goodness*. Humanities Press, New York 1963, suomentanut Vesa Oittinen.
- Ylijoki O-H. (1998) *Akateemiset heimokulttuurit ja noviisien sosialisatio*. Vastapaino, Tampere.
- Ylijoki O-H. (1994) *Sosiaalitieteen heimo ja hyveellinen elämä*. Teoksessa Weckroth K., Tolkki-Nikkonen M. (toim.) *Jos A niin ...* Vastapaino, Tampere, 123–136.
- Zola I. K. (1975) *In the Name of Health and Illness: On some socio-political consequences of medical influence*. *Social Science & Medicine* 1975:9, 83–87.
- Zola I. K. (1972) *Medicine as an Institution of Social Control*. *The Sociological Review* 1972:20, 487–504.

LIITTEET

Liite 1. Haastatellut henkilöt, haastattelupäivämäärät ja -teemat:

Haastatellut henkilöt ja haastattelupäivämäärät:

1. Sosiaalipolitiikan emeritusprofessori Tapani Purola	19.5.1999
2. Lääkintöneuvos (eläkkeellä) Sakari Härö	22.5.1999
3. Kansanterveystieteen emeritusprofessori Mauri Isokoski	24.5.1999
4. Ylilääkäri Martti Kuokkanen	18.6.1999
5. Kansanterveystieteen emeritusprofessori Jeddi Hasan	23.6.1999
6. Toimitussihteeri (eläkkeellä) Kyllikki Kauttu	27.8.1999
7. Toimitusjohtaja Kari Puro	3.9.1999
8. Osastopäällikkö Kimmo Leppo	3.9.1999
9. Kansanterveystieteen professori Eero Lahelma	10.9.1999
10. Kansanterveystieteen professori Marja Jylhä	28.9.1999

Haastattelun teemat:

1. Haastateltavan paikantuminen suomalaisen sosiaalilääketieteen kenttään
2. Mitä on sosiaalilääketiede?
3. Sosiaalilääketieteellinen tutkimus
4. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry.
5. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti
6. Suomen Akatemian rooli sosiaalilääketieteen edistämisessä
7. Sosiaalilääketieteen vaikuttajat
8. Sosiaalilääketieteen tulevaisuus

Liite 2. Kyselylomake

HYVINVOINTIVALTION SOSIAALILÄÄKETIEDE -tutkimus 1999 Kyselylomake

Hyvä Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsen,
Vastaa rengastamalla sinulle parhaiten sopiva vaihtoehto, tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan. Halutessasi voit kirjoittaa lisää lomakkeen kääntöpuolelle tai erilliselle paperille.

1. Milloin liityit Sosiaalilääketieteen yhdistykseen?

2. Mikä sai sinut aikoinaan liittymään yhdistykseen?

3. Oletko ollut yhdistyksen hallituksessa varsinaisena tai varajäsenenä?

1. en
2. kyllä, kuinka kauan? _____

4. Oletko jonkin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jaoston jäsen?

1. en
2. kyllä, terveyden sosiologian
3. kyllä, terveydenhuoltotutkimuksen
4. kyllä, ruokatutkimuksen
5. kyllä, käyttäytymislääketieteen

5. Oletko laadullisen terveystutkimuksen verkoston, LATE:n jäsen?

1. kyllä
2. en

6. Mikä merkitys Sosiaalilääketieteen yhdistyksellä on ollut sinulle?

7. Mitä mieltä olet termistä ”sosiaalilääketiede”? Pitäisikö se säilyttää tai vaihtaa joksikin muuksi?

1. nykyinen käytäntö on hyvä (termi esiintyy yhdistyksen ja lehden nimessä)
2. termi voitaisiin vaihtaa, esimerkiksi kansanterveystieteeksi
3. sosiaalilääketiede-termi pitäisi ottaa nykyistä laajempaan käyttöön
4. jokin muu mielipide, mikä?

5. en osaa sanoa
Perustelu:

8. Seuraatko aktiivisesti Sosiaalilääketieteellistä Aikakauslehteä?

1. kyllä, luen tarkasti
2. kyllä, luen melko tarkasti
3. kyllä, luen satunnaisesti
4. luen hyvin harvoin
5. en lue ollenkaan

9. Onko kirjoituksesi tai kirjoituksiasi julkaistu Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä viimeksi kuluneen vuoden aikana?

1. ei
2. kyllä, kuinka monta? _____

10. Oletko ollut Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden toimituksessa?

1. en
2. kyllä

11. Minkä tyyppiset artikkelit sinua kiinnostavat eniten Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä? Merkitse numero 1. sen artikkelityypin kohdalle, jota pidät kiinnostavimpana, 2. seuraavaksi kiinnostavimman kohdalle jne.

- (1-6)
1. empiiriset tutkimuselostukset _____ alalta ____
 2. pääkirjoitukset _____
 3. katsaukset ja keskustelut _____
 4. kokous- ja matkaselostukset _____
 5. kirja-arviot _____
 6. teoreettiset artikkelit _____ alalta ____

12. Oletko tyytyväinen lehden linjaan? Haluaisitko muuttaa sitä johonkin suuntaan?

1. olen tyytyväinen lehteen nykyisellään, miksi?

2. en ole tyytyväinen, miksi?

13. Miten määrittelisit sosiaalilääketieteen? Mitä sosiaalilääketiede sinun mielestäsi on?

14. Onko sosiaalilääketieteen (tässä sosiaalilääketiedettä ja kansanterveystiedettä voi käyttää rinnakkaisina käsitteinä) asema suhteessa muuhun lääketieteeseen viime vuosina jollain tavoin muuttunut?

1. sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema on heikentynyt
2. sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema on pysynyt vakaana
3. sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema on vahvistunut
4. en osaa sanoa

Perustelu: _____

15. Mitkä tieteenalat ovat sinulle tärkeimpiä sosiaalilääketieteen sisällä? Mainitse 1-3.

16. Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?

1. kyllä, millä perusteella? _____

2. en, miksi et? _____

3. riippuu tilanteesta, miten? _____

17. Keitä pidät merkittävimpinä suomalaisina sosiaalilääketieteilijöinä?

Mainitse 3 ja perustele valintasi.

1) _____

Perustelu: _____

2) _____

Perustelu: _____

3) _____

Perustelu: _____

18. Oletko tehnyt sosiaalilääketieteellistä tai kansanterveystieteellistä tutkimusta?

1. en, **siirry kysymykseen 25**, kysymykset 19–24 liittyvät tutkimustyöhön
2. kyllä
3. se on määrittelykysymys, mutta nähdäkseni tutkimukseni voidaan luokitella sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen alaan(kin) kuuluvaksi

19. Minkä tyyppistä sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen tutkimusta olet pääasiassa tehnyt?

1. tutkimusta, joka luetaan kvantitatiiviseen tutkimukseen
2. tutkimusta, joka luetaan kvalitatiiviseen tutkimukseen
3. olen tehnyt suunnilleen yhtä paljon kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta
4. olen tehnyt tutkimusta, jossa molemmat lähestymistavat yhdistetty
5. muuta, mitä?

20. Millaisia aiheita tutkit tällä hetkellä?

21. Kuinka monta vuotta olet tehnyt sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen alan tutkimustyötä?

22. Oletko tyytyväinen omaan urakehitykseen?

1. olen erittäin tyytyväinen
2. olen melko tyytyväinen
3. olen melko tyytymätön
4. olen erittäin tyytymätön
5. en osaa sanoa

23. Millaiset seikat ovat olleet vaikuttamassa positiivisesti sosiaalilääketieteen tutkijan uraasi?

24. Millaiset seikat ovat olleet vaikuttamassa negatiivisesti sosiaalilääketieteen tutkijan uraasi?

25. Onko nykyisellä työpaikallasi tai työtehtävilläsi yhteyttä sosiaalilääketieteelliseen tutkimukseen?

1. ei
2. ei suoranaisesti, mutta välillisesti, miten? _____

3. kyllä, millaisia?

26. Oletko ollut tai oletko tällä hetkellä kunnanvaltuuston tai kunnanhallituksen jäsen?

1. en
2. olen ollut, mutta en ole tällä hetkellä
3. olen tällä hetkellä

27. Oletko ollut tai oletko tällä hetkellä sosiaali- tai terveyslautakunnan, tai yhdistetyn sosiaali- ja terveyslautakunnan jäsen?

1. en
2. olen ollut, mutta en ole tällä hetkellä
3. olen tällä hetkellä

28. Millä tavoin sosiaalilääketieteellinen tutkimustieto on tullut esille kunnallisissa luottamustehtävissä?

1. en osaa sanoa, en ole ollut kyseisissä tehtävissä
2. en ole huomannut, että sitä olisi käytetty tai hankittu
3. muun muassa seuraavin tavoin:

29. Toimitko aktiivisesti kansanterveyden alan yhdistyksissä tai järjestöissä?

1. en
2. kyllä, missä?

30. Oletko tehnyt tai teetkö parastaikaa terveyden tai sairauden hoitoon liittyvää vapaaehtoistyötä?

1. en
3. kyllä, missä, millaista?

31. Oletko muiden tieteellisten seurojen tai yhdistysten jäsen?

1. en
2. kyllä, minkä?

32. Oletko ollut mukana terveyden alueen tiede- ja tutkimuspolitiikassa?

1. Suomen Akatemian tieteellisen toimikunnan tai jaoston jäsenenä tai tieteellisenä asiantuntijana
2. lääkintöhallituksen, sosiaalihuollon tai sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehenä
3. kansanedustajana tai ministerinä
4. sektoritutkimuslaitosten (KELA, Kansanterveyslaitos, Stakes, Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, eläkelaitosten tutkimusosastot ym. vastaavien) päällikön, johtajan, tutkimusjohtajan tai erikoistutkijan tehtävässä
5. muulla tavoin, miten? _____
6. en ole

33. Oletko tyytyväinen Suomessa viime vuosina harjoitettuun tiede- ja tutkimuspolitiikkaan, jos ajattelet sitä sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen tutkijan kannalta?

1. kyllä, miksi?

2. en, miksi?

3. en osaa sanoa

34. Mihin suuntaan toivot sosiaalilääketieteen tutkimuksen kehittyvän tulevaisuudessa?

35. Syntymävuotesi?

36. Minkä alan peruskoulutus sinulla on?

1. sairaanhoidon

2. lääketieteen

3. yhteiskuntatieteen

4. jonkin muun alan,
minkä? _____

5. olen opiskelija, minkä
alan? _____

6. minulla on useampia peruskoulutuksia,
mitä? _____

37. Sukupuolesi

1. nainen
2. mies

38. Siviilisäätysi?

1. naimaton
2. avoliitossa
3. naimisissa
4. eronnut
5. leski

39. Mikä on kotipaikkakuntasi?

40. Mikä on ylin oppiarvosi?

1. minulla ei ole akateemista oppiarvoa,
olen _____
2. alempi korkeakoulututkinto,
mikä _____
3. ylempi korkeakoulututkinto,
mikä _____
4. lääketieteen lisensiaatti
5. muun alan lisensiaatti,
minkä _____
6. tohtori, minkä
alan _____
7. dosentti, minkä
alan _____
8. professori, minkä
alan _____
9. muu,
mikä _____

41. Mikä on ammattinimikkeesi tällä hetkellä?

42. Kuka on työnantajasi?

1. valtio, kunta tai kuntayhtymä
2. yliopisto tai korkeakoulu
3. tutkimuslaitos
4. yksityinen työnantaja
5. joku muu, mikä? _____
6. en ole työssä

43. Mihin seuraavista luokitelluista nykyinen työsi parhaiten sopii?

1. tutkimustyö
2. opetustyö
3. hallinnollinen työ
4. terveydenhuollon alan käytännön työ
5. sosiaalialan käytännön työ
6. jokin muu työala, mikä? _____
7. en ole tällä hetkellä työssä (äitiysloma, sairausloma, vuorotteluvapaa, opiskelu, asepalvelus tai muu väliaikainen syy)
8. olen työttömänä
9. olen eläkkeellä tai osa-aikaeläkkeellä

44. Muistatko Sosiaalilääketieteen yhdistyksen historiasta tilanteita, missä jotkut ryhmät tai intressipiirit olisivat olleet selkeästi eri leireissä tai kiistassa keskenään?

1. en
2. kyllä, minkälaisesta tilanteesta oli kyse?

45. Miten arvioit Sosiaalilääketieteen yhdistystä tieteellisenä seurana?

46. Minkälaisia negatiivisia muistoja sinulla liittyy Sosiaalilääketieteen yhdistykseen?

47. Minkälaisia positiivisia muistoja sinulla liittyy Sosiaalilääketieteen yhdistykseen?

KIITOS AVUSTASI!

Alkuperäiset julkaisut

- I** Aukee R. (2004) Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhannen vaihteessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2004:41, 137–146.
- II** Aukee R. (2006) Sosiaalilääketieteilijän identiteetti. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2006:43, 231–241.
- III** Aukee R. (2007) Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2007:44, 176–190.
- IV** Aukee R. (2009) Sosiaalilääketieteilijä tutkii ja vaikuttaa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2009:46, 109–118.
- V** Aukee R. (2010) Lesley Doyal: lääketiede ja terveydenhuolto kapitalismissa. Teoksessa Ashorn U., Henriksson L., Lehto J., Nieminen P. (toim.) *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Gaudeamus, Helsinki, 187–203.

Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhannen vaihteessa

Artikkeli perustuu Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenille vuonna 1999 lähettämään postikyselyyn, jonka avulla tutkin yhdistyksen jäsenistöä ja sen näkemyksiä omasta tieteenalastaan, sen asemasta ja tulevaisuudesta. Tässä ensimmäisessä raportissa kuvataan jäsenistön rakennetta. Alun pitäenkin monitieteinen yhdistys on kasvattanut sekä jäsenmääränsä että vaikutuspiiriään. Sosiaalilääketieteen ”alatieteiden” lukumäärä on laaja ja tiederyhmien koossa on tapahtunut muutoksia. Vahvoja alueita ovat edelleen yhteiskunta- ja terveystieteet laajasti ymmärrettyinä. Uusia piirteitä ovat terveydenhuoltotutkimuksen nousu suosittujen tutkimusalojen joukkoon sekä hoitoalan edustajien ja naisten määrän lisääntyminen yhdistyksessä 1990-luvulla. Miehet ovat liittyneet yhdistykseen aiemmin ja ovat hieman vanhempia ja korkeammin koulutettuja kuin naiset. Alan edustajat ovat enimmäkseen tutkimus- ja opetustöissä, mutta terveydenhuollon käytännön alalla työskentelevät tuntevat myös yhdistyksen omakseen. Itsensä sosiaalilääketieteilijäksi tunsivat noin kolmannes jäsenistöstä.

RANJA AUKKEE

SOSIAALILÄÄKETIETEEN YHDISTYS R.Y.

Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y. perustettiin vuonna 1968, jolloin elettiin suurten yhteiskunnallisten muutosten ja liikkeiden aikaa (ks. Aukkee 2000). Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti oli perustettu jo vuonna 1962 ja Lääkäriliitto kustansi sitä aina vuoteen 1972 asti. Yhdistyksen perustaminen liittyi ajankohtaan, jolloin Suomessa yhteiskuntatieteilijät alkoivat entistä voimakkaammin kiinnostua suomalaisen yhteiskunnan terveydenhuoltojärjestelmästä, terveystieteistä ja väestön terveyskysymyksistä. Kansaneläkelaitoksen suuret väestöhaastattelututkimukset (Purola ym. 1967) oli aloitettu vuonna 1964 sairausvakuutuslain vaikutusten arvioimiseksi. Useita komiteoita työskenteli terveystieteiden reformien aikaansaamiseksi (Rauhala 1987). Poliittiset puolueet alkoivat kiinnostua terveyskysymyksistä ja tiedepoliitikassa kuohui (Kokko ja Rajala 1975, Häikiö ja Hänninen-Salmelin 1979). Kulttuuriradikaalit kritisoivat totaalisia

instituutioita (Eriksson 1967) ja vasemmistoaatelevisi myös lääketieteen opiskelijoiden ja nuorten lääkäreiden keskuuteen (Lahelma ym. 1995).

Yhteiskuntatieteilijät ja lääketieteilijät, niin tutkijat kuin käytännön alojen edustajat, sekä aktiivisesti politiikassa vaikuttavat että siitä sivussa pysyvät olivat yksimielisiä yhteisen tieteellisen foorumin tarpeellisuudesta. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen järjestämät seminaarit 1970-luvun alussa keräsivät laajan kuulijajoukon ja innostivat liittymään yhdistyksen jäseneksi, muun muassa Sairaus ja yhteiskunta vuonna 1970 ja Lääketiede ja sosiologia 1971 (Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3/1970 ja 5–6/1971).

Sosiaalilääketieteen yhdistys on jäsenenä Tieteellisten seurain valtuuskunnassa, johon kuului vuonna 1999 yhteensä 214 tieteellistä seuraa ja yhdistystä (Mankki 1999). Monet sosiaalilääketieteilijöitä lähellä olevat tieteelliset yhdistykset ja seurat ovat peräisin jo 1800-luvulta ja 1900-luvun alusta, esimerkiksi Finska Läkaresällska-

pet r.f. perustettiin vuonna 1835, Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim r.y. 1881, Suomen Työväensuojelus- ja sosiaalivakuutusyhdistys r.y. 1909, ja Suomen Psykiatriyhdistys r.y. 1913. The Westermarck Society r.y. perustettiin vuonna 1940, Suomen Psykologinen seura r.y. vuonna 1952 ja Suomen väestötieteen yhdistys r.y. vuonna 1973 (Mankki 1999, Eräsaari ja Rahkonen 2001, 39).

1980-luvulla perustettiin useita monitieteisiä seuroja, joiden aihepiirit ovat lähellä sosiaalilääketieteilijöiden intressejä: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat r.y. vuonna 1980, Suomen Ravitsemustieteen yhdistys r.y. vuonna 1985 ja Suomen Naistutkimuksen Seura vuonna 1988. Kaksi ensin mainittua ovat jääneet jäsenmäärältään puolta pienemmäksi kuin Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y. ja viimeiseksi mainittu on sen kanssa suunnilleen samankokoinen. 1990-luvulla perustettuja uusia ”eriytyneitä” seuroja ovat muun muassa Sosiaalityön tutkimuksen seura r.y. (1998) ja Suomen epidemiologinen seura r.y. (2000). Näyttää siltä, että tieteenaloja yhdistäneet seurat eivät olisi vienneet Sosiaalilääketieteen yhdistykseltä jäseniä. Edellä mainittujen ”eriytyneiden” seurojen vaikutuksista ei vielä voi sanoa mitään. Kyselyyn vastanneet yhdistyksen jäsenet ilmoittivat kuuluvansa yli 200:aan tieteelliseen yhdistykseen ja seuraan, mikä on osoitus tietentekijöiden ja harrastajien aktiivisuudesta ja verkottumisesta sekä monitieteisyydestä.

Allardtin mukaan tiede perustuu sosiaalisen periaatteeseen. Tutkijoiden muodostama tiedeyhteisö on tieteen varsinainen subjekti. Tieteelliset seurat ovat käytännössä olleet tieteellisen yhteistyön edellytyksiä. Niiden suuri merkitys huomioiden on hänen mielestään suorastaan yllättävää, kuinka vähän tieteen historiallisissa ja sosiologisissa esityksissä kiinnitetään huomiota tieteellisten seurain vaikutukseen ja merkitykseen (Allardt 1999).

Hannu Heikkilän mukaan tämän päivän tieteellisten seurojen kenttä osoittaa hyvin, miten tiede eriytyy ja rikastuu entisestään. Jonkin tieteen pääalueen ”sisälle” syntyy yhä rajatumpia tieteenalaseuroja, joiden jäsenet ovat niin keskus-seuran kuin erikoisseurankin jäseniä (Heikkilä 1999). Sosiaalilääketieteen yhdistyksen parissa muiden tieteiden harrastajat löytävät toisensa ja voivat yhteistyössä edistää kaikkien jäsentensä intressipiiriin kuuluvia asioita.

Sosiaalilääketieteen yhdistys on kooltaan keskisuuri (jäsenmäärä 400–1000) tieteellinen yh-

distys. Sen tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä koskevaa sosiaalilääketieteellistä tutkimusta Suomessa. Tämän toteuttamiseksi yhdistys järjestää seminaareja, luento- ja esitelmätilaisuuksia, kursseja ja symposiumeja, harjoittaa julkaisutoimintaa, tukee alan tutkimustyötä, antaa lausuntoja sosiaalilääketieteen kysymyksissä sekä ylläpitää suhteita ulkomaisiin alan järjestöihin (Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y:n säännöt, 2 §). Yhdistyksen omaleimaisuus on monitieteisyydessä ja siinä, että se yhdistää kahden hyvin erityyppisen, luonnontieteellisen ja ihmistieteellisen alan tutkijoita (Aukee 1999).

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenmäärä on jatkuvasti kasvanut ja yhdistys toimii aktiivisesti. Keitä sosiaalilääketiede kiinnostaa tänä päivänä niin paljon, että he ovat liittyneet tähän yhdistykseen? Tähän kysymykseen pyrin antamaan vastauksen tässä artikkelissa.

JÄSENKYSELY VUONNA 1999

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenluettelossa oli elokuussa 1999 yhteensä 677 jäsentä. Heille postitettiin kyselylomake lokakuun lopussa vuonna 1999. Uusintakyselyt lähetettiin joulukuussa 1999 ja tammikuussa 2000. Kaikkiaan lomakkeita palautettiin 429 (63 %). Saatu tutkimusaineisto edustaa hyvin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenkuntaa asuinalueen ja sukupuolen mukaan.

Kyselylomakkeessa oli 47 kysymystä. Keskeiset kysymysalueet olivat: sosiaalilääketiede tieteenä ja tukimusalan, Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistön kuvaus, jäsenten yhteiskunnallinen ja tieteellinen toiminta, näkemykset ja kokemukset omasta yhdistyksestä sekä Sosiaalilääketieteellisestä Aikakauslehdestä. Noin puoleen kysymyksistä oli valmiit vastausvaihtoehdot.

Tässä osatutkimuksessa kuvataan jäsenistön sosio-demografista rakennetta, koulutautumista, työn laatua, tieteellisen kiinnostuksen alueita sekä sosiaalilääketieteilijöiden identiteettiä. Menetelmänä käytetään ristiintaulukointia. Useimmat tulokset on esitetty sukupuolen mukaan eritellen, koska sukupuoli osoittautui aineistossa eroja eniten aiheuttavaksi tekijäksi.

ASUINALUE

Kyselyssä yhdistyksen jäsenet ilmoittivat kotipaikkakunnikseen 80 kotimaista ja kahdeksan ulkomaista paikkakuntaa. Kuusitoista jäsentä ei ilmoittanut kotipaikkakuntaansa. Kysymykseen

vastanneiden (413) ja jäsenistön osoiteluettelon mukaiset paikkakuntajakautumat vastasivat hyvin toisiaan.

Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y:n jäsenistöstä noin puolet asui Suomen eteläisimmässä osassa. Kyselytutkimuksessa kotipaikkakunnakseen ilmoitti Helsingin 33 %, Tampereen 9 %, Kuopion 5 %, Turun 5 %, Espoon 4 %, Jyväskylän 4 %, Oulun 4 %, Vantaan 2 %, Lahden 2 % ja ulkomaat 2 %. Yksi neljäsnes siis asui muualla kuin edellä mainituilla paikkakunnilla ja neljän prosentin kohdalta tieto puuttui.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä oli naisia 72 prosenttia ja miehiä 28 prosenttia. Suurista kaupungeista Helsingissä naisten osuus oli hieman keskiarvoa alhaisempi (68 %), Tampereella (74 %) ja Jyväskylässä (84 %) hieman keskiarvoa korkeampi.

IKÄ, SUKUPUOLI JA SIVIILISÄÄTY

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten keski-ikä oli 47 vuotta, naisten 45 ja miesten 51 vuotta. Yhdistyksen nuorin jäsen oli 22-vuotias ja vanhin 86-vuotias. Jäsenistön valtaosa oli keski-ikäisiä. Naisista 31 prosenttia oli alle 40-vuotiaita, miehistä 12 prosenttia. Miehistä 20 prosenttia oli täyttänyt 60 vuotta, naisista kuusi prosenttia (Taulukko 1).

Suomessa oli vuonna 1999 lähes yhtä paljon 20–64-vuotiaita naisia ja miehiä. He jakautuivat melko tasaisesti ja samankaltaisesti ikäryhmän sisäisiin viisivuotisikäryhmiin (STV 2000: 52–53). Sosiaalilääketieteen naisten ja miesten ikäjakamat poikkesivat koko väestön vastaavasta jakaumasta. Yhdistyksen naisjäsenistö keskittyi ikävuosien 35–54 välille, miesjäsenistö vuosien 45–64 välille.

Taulukko 1.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistön ikä-sukupuolirakenne vuonna 1999, %.

Ikäryhmä	Naiset	Miehet	Yhteensä
< 35 v	11	6	9
35–39 v	18	6	16
40–44 v	22	11	19
45–49 v	14	25	17
50–54 v	18	20	19
55–59 v	9	13	10
60 v >	7	20	11
Yhteensä	100	100	100
N	295	121	416

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistön miehistä 80 prosenttia oli naimisissa, naisista 59 prosenttia. Vuonna 1999 oli suomalaisista 20–64-vuotiaista naisista 54 prosenttia naimissa ja vastaavan ikäisistä miehistä 50 prosenttia (STV 2000: 52–53). Avoliitossa olivat sosiaalilääketieteen naiset ja miehet lähes yhtä usein, miehistä 12, naisista 11 prosenttia. Naimattomia oli naisista 20 prosenttia ja miehistä kolme prosenttia. Naimattomuus oli yleisintä alle 40-vuotiaiden ryhmässä, mutta naisilla se oli yleistä myös yli 55-vuotiaiden ryhmässä, missä naisista yli viidennes oli naimattomia, mutta miehistä ei kukaan.

JÄSENEKSI LIITTYMINEN

Perustamisvuoden 1968 lopussa oli yhdistyksen jäsenmäärä 120. Vuoden 1974 lopussa jäsenmäärä oli runsas puolet nykyisestä, eli noin 350. Tuolloin yhdistyksen sihteeri Kari Poikolainen lausui Sosiaalilääketieteen yhdistyksestä muun muassa: ”Päämääriensä mukaisesti yhdistys on ollut avoin kaikille terveydenhuollon kehittämiseksi työskentelevien ammattiryhmien jäsenille ja yhdistys on näin toiminut tieteidenvälisen yhteistoiminnan uranuurtajana sosiaalilääketieteen sektorilla maassamme” (Poikolainen 1974: 188).

Tämän tutkimuksen tiedot on kerätty ajan-kohtana, jolloin yhdistys kohtaa uuden vuositu-
hannen haasteet. Perustamisvuosikymmeneltä oli enää mukana vain kolmetoista henkilöä. 1970-luvulla oli jäseneksi liittynyt 13 prosenttia vastaajista. Suurin osa vuonna 1999 jäsenenä olevista oli liittynyt yhdistykseen kymmenen edeltäneen vuoden aikana, ja viidesosa edellisellä vuosikymmenellä. Varsinkin naisia oli tullut runsaasti mukaan 1990-luvulla (Taulukko 2).

Taulukko 2.

Sosiaalilääketieteen yhdistykseen liittymisen ajankohta jäsenten sukupuolen mukaan vuonna 1999, %.

Liittynyt yhdistykseen	Naiset	Miehet	Yhteensä
1968–69	2	7	3
1970–79	8	25	13
1980–89	16	34	21
1990–99	71	30	59
Ei muista	4	4	4
Yhteensä	100	100	100
N	298	123	421

Taulukko 3.

Sosiaalilääketieteen yhdistykseen eri vuosikymmenillä liittyneiden peruskoulutus, %.

Peruskoulutus	Yhdistykseen liittymisen ajankohta*			Yht.
	1968-79	1980-89	1990-99	
Lääketieteen	40	42	20	29
Yhteiskuntatieteen	24	22	20	20
Sairaanhoidon	4	8	27	18
Joku muu ala**	13	13	16	15
Useita peruskoulutuksia	22	15	18	17
Yhteensä	100	100	100	100
N	67	91	246	404

* Vuosina 1968-69 liittyneet on yhdistetty taulukossa 1970-luvulla liittyneisiin ja muistamattomat on poistettu analyysistä.

** Joku muu ala (yht. 53): ravitsemustiede 12, hammaslääketiede 9, terveydenhuolto 6, psykologia 6, muut yhteensä 20.

Yhdistykseen liittyneiden peruskoulutusjakauma kullakin vuosikymmenellä kertoo, että lääketieteellisen koulutuksen saaneiden määrä oli huomattava muihin koulutusryhmiin verrattuna yhdistyksen kahden ensimmäisen toimintavuosikymmenen aikana, sen jälkeen eri osaryhmien määrä on tasoittunut. Erityisen voimakkaasti on kasvanut sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneiden osuus (Taulukko 3).

Taulukko 4.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten peruskoulutus sukupuolen mukaan vuonna 1999, %.

Peruskoulutus	Naiset	Miehet	Yhteensä
Lääketieteen	19	54	29
Yhteiskuntatieteen	18	24	20
Sairaanhoidon	25	2	18
Joku muu	15	9	13
Useita peruskoulutuksia	20	11	17
Opiskelija	3	1	2
Yhteensä	100	100	100
N	302	123	425

Taulukko 5.

Naisten ja miesten osuus sosiaalilääketieteen peruskoulutusryhmissä vuonna 1999, %.

Peruskoulutus	(N)	Naiset		Miehet		Yhteensä
		%	%	%	%	
Sairaanhoidon	(77)	97	3	100		100
Lääketieteen	(124)	47	53	100		100
Yhteiskuntatieteen	(85)	65	35	100		100
Jonkun muun alan	(65)	82	19	100		100
Useita peruskoulutuksia	(74)	82	18	100		100
Yhteensä	(425)	71	29	100		100

Yhdistyksen jäsenistöstä vuonna 1977 tehdystä kartoituksessa (Forsberg 1979) oli lääkäreiden osuus 60 prosenttia, kasvatustieteilijöiden ja yhteiskuntatieteilijöiden 33. Kyselyyn vastasi vain 40 prosenttia silloisesta jäsenkunnasta (181/451), mutta silti voitaneen sanoa, että lääketieteilijöiden osuus yhdistyksessä on vähentynyt melko paljon ja yhteiskuntatieteilijöiden jonkin verran. Kasvatustieteen alan peruskoulutuksen saaneet ovat kadonneet yhdistyksestä tyystin. Sairaanhoidon ja muiden tieteenalojen peruskoulutettujen, sekä useita peruskoulutuksia omaavien (6 % vuonna 1977, emt.) osuudet ovat kasvaneet.

PERUSKOULUTUS JA LISÄKOULUTUKSET

Yhdistyksen jäsenten yleisimmät peruskoulutukset olivat lääketieteen, yhteiskuntatieteen ja sairaanhoidon aloilta. Naisten peruskoulutustausta oli monipuolisempi ja tasaisemmin jakautunut kuin miesten, joista yli puolet oli lääkäreitä (Taulukko 4).

Ainoastaan lääketieteilijöiden ryhmä oli josta-kuinkin tasapuolisesti jakautunut sukupuolen mukaan, muut ryhmät olivat vahvasti naisvoittoisia (Taulukko 5).

Sosiaalilääketieteen suuret alat olivat kaikki sellaisia, jotka luetaan naisvaltaisiin aloihin, eli aloihin, joilla naisten enemmistö on 61-95 prosenttia (Hörkkö 1999, 7). Vuonna 1998 naisten osuus uusista korkeakouluopiskelijoista oli 64 prosenttia. Naisten osuus uusista lääketieteen opiskelijoista oli 64 prosenttia, yhteiskuntatieteen opiskelijoista 66 prosenttia ja terveystieteen opiskelijoista 91 prosenttia. Ylemmistä korkeakoulututkinnoista naiset suorittivat 58 prosenttia, lääketieteessä 63 prosenttia, yhteiskuntatie-

Taulukko 6.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten muut peruskoulutukset ensimmäisen peruskoulutuksen mukaan vuonna 1999.

I peruskoulutus	Muut peruskoulutukset	N
1. Sairaanhoidon	yhteiskuntatieteiden tutkinto	7
	terveydenhuollon t. terveystieteen maisteri	6
	kätilö, terveydenhoitaja, terveyssisar	3
	lääketieteen lisensiaatin tutkinto	3
	psykologian t. kasvatustieteen maisteri	3
	kaksi t. kolme akateemista tutkintoa	4
		26
2. Lääketieteen	yhteiskuntatieteet	9
	muut	4
		13
3. Yhteiskuntatieteen	perushoitaja, erikoissairaanhoitaja	2
	sosiaaliohjaaja, sosiaaliohjaaja	2
	muut	3
		7
4. Muut peruskoulutukset	lisäkoulutukset yhteensä	24
Henkilöitä, joilla oli useita peruskoulutuksia, yhteensä		70

teessä 67 prosenttia ja terveydenhuollossa 96 prosenttia. Suoritettujen korkeakoulututkintojen sukupuoliosuudet vastasivat lähes uusien opiskelijoiden osuuksia, mutta suoritettujen tohtoritutkintojen kohdalla naisten osuudet olivat pienempiä, vaikka olivatkin keskimäärää (40 %) korkeampia. Lääketieteessä ja yhteiskuntatieteessä tohtoritutkinnon suorittaneista 48 prosenttia oli naisia ja terveydenhuollon alalla 83 prosenttia (Emt., 7).

Sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneista 34 prosenttia oli hankkinut itselleen muita peruskoulutuksia, lääkäreistä kymmenen ja yhteiskuntatieteilijöistä kahdeksan prosenttia. Sairaanhoitajien lisäkoulutus suuntautui useimmin terveydenhuoltoalalle, lääkäreiden yhteiskuntatieteisiin ja yhteiskuntatieteilijöiden hajaantui eri aloille (Taulukko 6).

Perinteinen oletus lääketieteen ja yhteiskuntatieteen koulutusten yhdistymisestä sosiaalilääketieteilijöiden turkinnoissa toteutui siis lääkäreiden kohdalla, yhteiskuntatieteilijöistä vain yksi oli myöhemmin kouluttautunut lääkäriksi.

NYKYINEN TYÖ JA SEN YHTEYS SOSIAALILÄÄKETIETEeseen

Lähes kolmannes yhdistyksen jäsenistöstä teki pääasiallisesti tutkimustyötä ja 18 prosenttia erilaisia yhdistelmiä opetus-, tutkimus-, hallinto- ja käytännön töistä (luokat 5 ja 6 taulukossa 7).

Seuraavaksi suurimmat ryhmät olivat opetustyö, hallinnollinen työ ja terveydenhuollon käytännön työ. Sosiaalialan käytännön työtä teki yksi prosentti jäsenistä. Heidät on yhdistetty luokkaan muu työ taulukossa 7. Terveydenhuollon käytännön työn tekijät olivat selvästi useammin naisia, kun taas hallinnollinen työ oli miesten aluetta (Taulukko 7).

Suomen väestön ammattiluokituksissa arvoitetuimman työn (tekninen, tieteellinen, lainopillinen, humanistinen ja taiteellinen työ) suorittajis-

Taulukko 7.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten työ sukupuolen mukaan vuonna 1999, %.

Nykyinen työ	Naiset		Yhteensä
	Naiset	Miehet	
1. Tutkimustyö	30	33	31
2. Opetustyö	7	8	15
3. Hallinnollinen työ	9	24	14
4. Terveydenhuollon käytännön työ	14	7	12
5. Erilaiset yhdistelmät tutkimusta, opetusta, hallintoa ja käytäntöä	12	11	11
6. Opetus- ja tutkimustyö	6	10	7
7. Joku muu työ	5	4	5
8. Ei työssä tilapäisesti	4	-	3
9. Eläkkeellä	2	2	2
10. Työttömänä	1	-	1
Yhteensä	100	100	100
N	301	23	424

sa lievä enemmistö on miehiä. Terveystieteiden ja sosiaalialan työ sekä hallinto- ja toimistotyö ovat naisvaltaisia (ks. Kinnunen 2001, kuvio 5, s. 81). Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistön työn laatua ei ole mielekästä verrata koko väestöön, toisaalta ei ole myöskään olemassa tilastoja tieteellisten seurojen jäsenistöistä.

Lähes puolet vastaajista koki, että heidän työnsä liittyi sosiaalilääketieteeseen. Tutkijoiden työ oli selvimmin sosiaalilääketieteeseen liittyvää ja käytännön työ vähiten. Välillinen yhteys sosiaalilääketieteeseen löytyi selvästi kaikilta aloilta, keskimäärin joka kolmannelta.

Sosiaalilääketieteellistä tai kansanterveystieteellistä tutkimusta oli tehnyt 83 prosenttia miehistä ja 57 prosenttia naisista. Naiset olivat tehneet tutkimustyötä lyhyempiä aikoja miehiin verrattuna. Tutkimusta vähintään vuoden tehneistä miehistä 63 prosentilla oli yli 15 vuoden ura takanaan, naisista 26 prosentilla (Taulukko 8).

Yli 14 vuotta tutkimusta tehneet naiset ja miehet olivat yhtä usein tohtoreita, dosentteja ja professoreja, mutta vähemmän tutkimuskokemusta omaavien parissa oli miesdosentteja huomattavasti enemmän (Taulukko 9).

Taulukko 8.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen tutkimustyötä tehneiden jäsenten tutkimusvuosien määrä sukupuolen mukaan vuonna 1999, %.

Tutkimusvuodet	Naiset	Miehet	Yhteensä
1-4	28	10	21
5-9	30	11	22
10-14	17	16	17
15-19	8	20	12
20-24	10	21	14
25-	8	22	13
Yhteensä	100	100	100
N	145	91	236

Taulukko 9.

Naisten ja miesten ylimmät oppiarvot tutkimusvuosien mukaan, %.

Ylin oppiarvo	Tutkimusvuosien lukumäärä			
	1-14 v		15 v-	
	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet
Tohtori	88	56	18	18
Dosentti	9	44	36	37
Professori	3	0	46	45
Yhteensä	100	100	100	100
N	34	16	28	51

Keskimäärin joka neljäs Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsen oli yliopistossa töissä ja muilla valtio- tai kuntatyönantajilla oli töissä 38 prosenttia. Sukupuolten väliset erot työnantajan suhteen eivät olleet kovin suuria: naiset olivat miehiä useammin valtion tai kunnan töissä, miehet olivat naisia useammin töissä tutkimuslaitoksissa. Vuonna 1977 tehdyssä jäsentiedustelussa (Forsberg 1979) oli vastaajista 40 prosenttia töissä yliopistossa tai korkeakoulussa. Ero tähän 22 vuotta myöhemmin tehtyyn kyselyyn on huomattava. Se antaa viitteen siitä, että sosiaalilääketiede on laajentunut yliopistojen ulkopuolella.

YLIN OPPIARVO

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten yleisimmät oppiarvot olivat tohtori (39 %) ja ylempi korkeakoulututkinto (32 %). Professori ei ole varsinainen oppiarvo, mutta heitäkin osallistui tutkimukseen 41 henkilöä, joiden osuus tohtoreista oli 10 prosenttia. Sukupuolen mukaiset koulutuserot olivat melko suuria. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat voittopuolisesti naisia. Lääketieteen lisensiaatit olivat useammin miehiä, muut lisensiaatit olivat useammin naisia. Tohtoreita oli lähes yhtä paljon naisten ja miesten joukossa, mutta dosentteja ja professoreita oli miesjäsenistössä enemmän. Sama ero näkyi ikäryhmittäisessä tarkastelussa, jossa kuitenkin luokitellut ryhmät olivat liian pieniä luotettavaan tarkasteluun. Kaiken kaikkiaan Sosiaalilääketieteen yhdistyksen miesjäsenistö oli naisia korkeammin koulutettua (Taulukko 10).

Vuoden 1977 jäsentiedustelussa (Forsberg 1979) jäsenistön yleisin tutkinto oli lisensiaatin-

Taulukko 10.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten ylimmät oppiarvot sukupuolen mukaan vuonna 1999, %.

Ylin oppiarvo	Naiset	Miehet	Yhteensä
Ei oppiarvoa	12	-	9
Alempi korkeakoulututkinto	1	1	1
Ylempi korkeakoulututkinto	38	15	32
Lääketieteen lisensiaatti	7	16	10
Muu lisensiaatti	10	4	9
Tohtori	17	19	18
Dosentti	7	25	12
Professori	6	19	10
Ulkomainen tutkinto	3	-	1
Yhteensä	100	100	100
N	301	123	424

tutkinto, mikä oli 42 prosentilla jäsenistä. Ylempi korkeakoulututkinto oli 27 prosentilla ja tohtorintutkinto 21 prosentilla. Alempi korkeakoulututkinto oli tuolloin kolmella prosentilla ja opistotasoinen tutkinto 21 prosentilla. Vertailusta voi päätellä, että Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenkunnan koulutustausta on kohonnut.

TIETEENALAT

Lomakkeessa kysyttiin, mitkä tieteenalat sosiaalilääketieteen sisällä olivat vastaajalle tärkeimpiä ja pyydettiin nimeämään 1–3. Vaikka lomakkeessa pyydettiin nimeämään tieteenala, mainitsi 22 prosenttia vastaajista jonkin tutkimusalan. Yhteensä mainittiin 58 erilaista tieteen ja tutkimuksen alaa. Seuraavaan taulukkoon on koottu ensimmäiseksi mainitut alat luokiteltuina kootun pääluokkaan ja kahteen yhdistelmäluokkaan. Sosiologiaa pidettiin tärkeimpänä tieteenä. Jäsenistön naisille olivat tärkeimpiä yhteiskuntatieteet ja terveystieteet, miehille lääketieteet ja epidemiologia (Taulukko 11).

Taulukko 11.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten tärkeimmäksi nimeämä tieteenala sosiaalilääketieteessä vuonna 1999, %.

Ensimmäiseksi mainittu tärkein tieteenala sosiaalilääketieteessä	Naiset	Miehet	Yhteensä
Sosiologia	23	17	21
Muut yhteiskuntatieteet	12	8	11
Kansanterveys- ja terveystieteet	15	7	12
Lääketieteet	12	23	16
Epidemiologia	8	22	13
Terveystieteet	10	12	11
Muut tieteenalat	7	4	7
Muut tutkimusalat	12	6	10
Yhteensä	100	100	100
N	211	99	319

Taulukko 12.

Sosiaalilääketieteilijän identiteetti peruskoulutuksen mukaan vuonna 1999, %.

Pitääkö itseään sosiaalilääketieteilijänä	Peruskoulutus					
	Sairanh.	Lääketiet.	Yht.tiet.	Muu	Useita	Yhteensä
Kyllä	14	43	28	23	30	30
Ei	62	33	50	56	49	48
Riippuu tilanteesta	24	24	22	21	21	23
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	74	123	82	61	70	410

Kysymys on rakenteensa ("sosiaalilääketieteen sisällä") ja analyysin ("ensimmäiseksi mainittu tärkein tieteenala") altis kritiikille. Se antaa kuitenkin viitteellisen kuvan jäsenkunnan intressialueista. Useimmat mainituista tieteen ja tutkimuksen aloista ovat jo itsessään monitieteisiä, mitä voi pitää esimerkkinä sosiaalilääketieteen monitieteisyyden monikerroksisuudesta.

SOSIAALILÄÄKETIETEILIJÄN IDENTITEETTI

Lomakkeen kysymykseen "Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?" vastattiin seuraavasti: "kyllä" 28 %, "en" 46 %, "riippuu tilanteesta" 22 %, neljä prosenttia ei osannut sanoa. Tästä voi päätellä, että jonkinlainen sosiaalilääketieteilijän identiteetti oli puolella yhdistyksen jäsenistä ja toiselta puolelta se puuttui. Sukupuolten välinen ero oli selvä: miehistä 45 ja naisista 23 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijänä, naisista 54 ja miehistä 33 prosenttia ei pitänyt itseään sosiaalilääketieteilijänä. Miehistä ja naisista noin joka viides katsoi sen riippuvan tilanteesta pitääkö itseään sosiaalilääketieteilijänä vai ei.

Lääkäreillä oli vahvin sosiaalilääketieteilijän identiteetti, seuraavaksi vahvin se oli useita peruskoulutuksia omaavilla (joista suurimman osan ensimmäinen peruskoulutus oli sairaanhoidon alalta) ja yhteiskuntatieteilijöillä (Taulukko 12).

TULOSTEN TARKASTELUA JA POHDINTAA

Kyselytutkimuksen vastausprosentti nousi yllättävän korkeaksi, tosin vasta toisen uusintakyselyn jälkeen, jolloin ylitettiin 50 prosentin raja. Vastaaminen oli tasaista alueen ja vastaajan sukupuolen mukaan, muilta osin edustavuutta ei olekaan mahdollista arvioida. Kyseessä on kokonaistutkimus, jonka kaltaista ei sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistöstä ole aiemmin tehty. Jäsenistön kerääntyminen Helsingin seudulle ja korkeakoulualueisiin, joissa oli lääketieteellinen tiedekunta, oli odotettua. Useimmat sosia-

lilääketieteilijöitä työllistävät tutkimuslaitokset sijaitsevat Helsingin seudulla.

Sosiaalilääketieteen yhdistys oli hyvin naisvaltainen. Se oli uusi tieto, joka sen tultua julki tuntuu itsestään selvyydelle, mitä se ei kuitenkaan ollut. Esimerkiksi vuoden 1977 jäsenkyselyn tuloksia ei edes raportoitu sukupuolen osalta. Toisaalta tiede- ja korkeakoulupolitiikassa on viime aikoina oltu kovinkin huolestuneita – jos nyt ei ihan tieteen – niin ainakin korkeakoulujen ja tiettyjen oppialojen naisistumisesta.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen naisjäsenet olivat keskimäärin miesjäseniä nuorempia ja useammin muun peruskoulutuksen kuin lääketieteen koulutuksen saaneita. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen naiset olivat huomattavasti useammin naimattomia kuin naiset Suomessa yleensä, ja useammin kuin yhdistyksen miehet. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten koulutustausta oli muuttunut siten, että lääkäreiden suhteellinen osuus oli pienentynyt ja muiden ryhmien, erityisesti sairaanhoitajien, yhteiskuntatieteilijöiden ja useita peruskoulutuksia omaavien osuudet olivat kasvaneet.

Yleensäkin Sosiaalilääketieteen yhdistys on ollut jatkuvassa integraation ja kasvun prosessissa. Jäsenmäärä on viisinkertaistunut kolmessakymmenessä vuodessa. Uusia tieteen ja tutkimuksen aloja on tullut mukaan ja sosiaalilääketiede on laajentunut yliopistojen ulkopuolella.

Sosiaalilääketieteelle oli leimallista laaja-alaisuus tieteenalojen ja tutkimusalojen lukumäärässä, mutta monitieteisyys oli kullekin osa-alueelle ominaista ja lisäksi vielä 17 prosentilla jäsenistä oli vähintään kaksi peruskoulutusta. Yhdistyksen jäsenten koulutusalat ja tutkimusalat kattavat laajan tiedekentän, mutta mikään ala ei ole ylivoimaisen vahva muihin verrattuna. Yhdistyksen toiminta näyttää tarjoavan terveystutkimuksesta kiinnostuneille yhteisen foorumin, joka koetaan tarpeelliseksi.

Viime aikoina kasvanut naisjäsenten määrä voi tulevaisuudessa vaikuttaa tutkimuksen sisältöihin, mutta ei ehkä naisten asemaan tieteen korkeimmilla paikoilla. Elianne Riska ja Katarina Wegar ovat tutkimuksissaan lääketieteen naisistumisesta todenneet, että naiset hakeutuivat eri tyyppisiin lääkärintehtäviin kuin miespuoliset kollegansa, mutta nämä naisten paikat heijastivat yhteiskunnassa yleisemmin vallitsevia arvoasetelmia, joissa naisten paikka on valtahierarkiassa miesten alapuolella (Riska ja Wegar 1988). Sosiaalilääketieteen kannalta naislääkä-

reiden asema on kiinnostava monestakin syystä. Lääketieteilijöiden keskuudessa vallitsi Sosiaalilääketieteen yhdistyksessä suurin määrällinen tasa-arvo, lääkäreiden asema sosiaalilääketieteessä on ollut perinteisesti vahva, mutta heidän suhteellinen osuutensa yhdistyksessä on pienentynyt. Toinen suuri naisryhmä yhdistyksessä olivat hoitoalan koulutuksen saaneet naiset – he taas perinteisesti ovat olleet alistettuja lääketieteen valalle (esim. Henriksson 1998). Ja kolmas merkittävä naisryhmä yhdistyksessä olivat yhteiskuntatieteen naiset, lähinnä terveyden sosiologit. Terveyden sosiologia taas puolestaan on Suomessakin kokenut melkoisia vaikeuksia pyrkiessään akateemisiin asemiin terveyden tutkimuksen kentällä (ks. esim. Palosuo ja Rahkonen 1987). Lomakkeen kysymyksillä tutkijoiden uratytyväisyydestä, tutkimusmenetelmistä ja -aiheista sekä tulevaisuuden tutkimuksen suunnista voidaan saada jatkossa joitakin vastauksia, tai ainakin aiheita sosiaalilääketieteen kentän valta- ja muiden suhteiden pohdintaan.

Sosiaalilääketieteen naiset olivat nuorempia kuin miehet ja heillä oli vähemmän tutkimusvuosia takanaan, mutta se ei riittä selittämään esimerkiksi sitä, että dosenttien ja professoreiden joukossa oli vähemmän naisia. Voi ainakin kysyä, tuleeko lasikattoilmiö sosiaalilääketieteessä esiin. Liisa Husu on kirjoituksissaan tuonut tätä ongelmatilkkää esiin (mm. Husu 1998, 1999 ja 2001) ”Lasikatto- ja putoaminen mustaan aukkoon” -metaforien avulla on yritetty kuvata tiedemaailman naisia syrjiviä, osittain piiloisia rakenteita, jotka johtavat muun muassa siihen, että väittelyn jälkeen naiset eivät etene tieteen hierarkioissa yhtä hyvin kuin miehet. Naisten myöhäisempi mukaantulo tieteeseen, tai naistutkijoiden hieman alhaisempi keski-ikä eivät itsestään selvästi johda siihen, että naisten ja miesten osuudet muuttuisivat tasa-arvoisempaan suuntaan.

Edelliseen liittyy kysymys sairaanhoidon koulutuksen saaneiden naisten osallisuudesta yhdistyksessä. Suurin osa heistä ei tehnyt sosiaalilääketieteellistä tutkimusta eikä heillä ollut sosiaalilääketieteilijöiden identiteettiä. Mutta mitä merkinnee jatkossa se, että yhdistyksessä aina vahvana ollut useita peruskoulutuksia omaava ryhmä oli peruskoulutukseltaan enimmäkseen sairaanhoitajia. He osoittautuivat myös koulutushaluisimmiksi. Tällä monikoulutetulla ryhmällä oli myös käytännön terveydenhuollon työntekijöitä vahvempi sosiaalilääketieteilijän identiteetti.

Lääkäreiden asema sosiaalilääketieteessä oli edelleen vahva, mutta sen merkitys oli viime vuosina vähentynyt, jos arvioidaan merkitystä ryhmän suhteellisella osuudella jäsenistöstä. Toisaalta voi pohtia sitä, mikä on lääkäreiden asema vahvistuneella terveydenhuoltotutkimuksen alueella, ja mitä merkitsee se, että yhdistyksen jäsenistön professoreista suurin osa oli lääketieteen professoreita ja että lääketieteilijöillä oli vahvin sosiaalilääketieteilijän identiteetti.

Perinteisistä sosiaali- ja terveydenhuollon ammateista sosiaalityöntekijät loistivat poissaolollaan Sosiaalilääketieteen yhdistyksessä. Miksi he eivät tunne yhdistystä omakseen, vaikka heidän ammattikuntansa edustajilla on myös pitkä kokemus terveyden- ja sairaanhoidon alueella? Runsaat 20 vuotta sitten kasvatustieteilijät mainittiin jäsenkunnan esittelyissä – nyt kasvatustieteen alan peruskoulutettuja ei ollut lainkaan ja jatkokoulutustakin oli alalta vain muutamilla.

Yhdistyksen perinteiden voi olettaa säilyneen vahvemmin miesten kautta, sillä kaksi kolmasosaa miehistä oli liittynyt yhdistykseen ennen 1990-lukua. Naisten taas voi olettaa olevan voimakkaasti luomassa uusia perinteitä. Niistä voi tuleva laadullinen analyysi antaa vihjeitä.

Tutkimukseni oli ensimmäinen laaja Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenille tehty kysely ja se on luonteeltaan kokonaistutkimus. Poikkileikkaustutkimuksena sen avulla on vaikea arvioida muutosta. Aineistosta löytyvät kuitenkin sosiaalilääketieteen omaleimaiset sukupolvet, joten aivan mahdotonta ei muutoksenkaan arvioiminen ole. Peruskartoituksella on taipumus herättää enemmän kysymyksiä kuin antaa vastauksia. Pyrin kuitenkin jatkossa analyysin syventämiseen, niin määrällisesti kuin laadullisestikin.

Lopuksi haluan kiittää kaikkia teitä, jotka vastauksillanne olette tehneet tämän tutkimuksen mahdolliseksi.

Aukee R. Finnish Practitioners of Social Medicine at the Millennium
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2004:41:137–146

The article is based on the questionnaire that I sent to the members of the Finnish Society of Social Medicine in 1999. Using the results from this I do research on the membership of the Society and the members' views on their field of science, its position and future. This first report describes the composition of the membership. Already multidisciplinary from the outset, the Society has increased both its membership and influence. The number of sub-disciplines is large and there have been changes in the sizes of the groups of science represented. Social and health sciences in the broad sense still remain strong. New charac-

teristics are that research on health care has joined the other popular research areas and that the numbers of representatives from nursing science and the number of women have increased among the membership in the 1990s. The male members have joined the Society earlier and they are slightly older and better educated than the female members. The members most often work in research and education but also those working in practical health care feel that the Society is their own. About one third of the membership had the identity of a practitioner of social medicine.

KIRJALLISUUS

Allardt E. Tieteelliset seurat tieteessä ja yhteiskunnassa. Tieteessä tapahtuu 1999:7:55–57.

Aukee R. Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y. Teoksessa Mankki R, toim. Suomen tieteelliset seurats. Tieteellisten seurain valtuuskunta, Helsinki 1999: 163–165.

Aukee R. 1960-luvulta tähän päivään. Katsaus suomalaisen sosiaalilääketieteen lähihistoriaan. Sosiaalilääk Aikak 2000:37:82–86.

Eriksson LD, toim. Pakkoauttajat. Tammi, Helsinki 1967.

Eräsaari R, Rahkonen K, toim. Työväenkysymyksestä sosiaalipolitiikkaan. Yrjö-Koskisesta Heikki Warikseen. Gaudeamus, Helsinki 2001.

Forsberg S. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsentiedustelu 1977. Sosiaalilääk Aikak 1979:3:183.

Heikkilä H. Tieteelliset seurats riippumattomia tieteen edistäjiä. Tieteessä tapahtuu 1999:7:3–4.

Henriksson L. Naisten terveystyön ja ammatillistumisen politiikka. Stakes, Tutkimuksia 88, Helsinki 1998.

- Husu L. Mustan aukon mysteeri. Naisten tutkijanuran ongelmista 90-luvulla. *Naistutkimus* 1998:1:37–42.
- Husu L. Tiedenaiset suomalaisen tiedepolitiikan kohteena. *Yliopistotieto* 1999:14–18.
- Husu L. Sexism, Support and Survival in Academia. *Academic Women and Hidden Discrimination in Finland*. University of Helsinki, Social Psychological Studies 6, Helsinki 2001.
- Häikiö M, Hänninen-Salmelin E. Tiedepolitiikka tienhaarassa. Kokemuksia valtion tiedepoliittisten ohjelmien laadinnasta ja toteuttamisesta 1970-luvulla. Korkeakoulu- ja tiedepoliittinen säätiö, KTT:n julkaisuja 27, Helsinki 1979.
- Hörkkö S-L. Naiset ja miehet yliopistossa. *Yliopistotieto* 1999:1:6–7.
- Kinnunen M. Luokiteltu sukupuoli. *Vastapaino*, Tampere 2001.
- Kokko S, Rajala M, toim. Terveys- ja talouspolitiikka. *Terveysalan Sos.dem. Yhdistys*, Turenki 1975.
- Lahelma E, Kuokkanen M, Prättälä R. Kulttuuriradikalismista asiantuntijatehtäviin. Teoksessa Lahelma E, toim. Terveyttä kaikille ja heti! Kirjoituksia erään opintopiiriin 30-vuotiselta taipaleelta. E. Lahelma, Helsinki 1995: 7–20.
- Mankki R, toim. Suomen tieteelliset seurat 1999. *Tieteellisten seurain valtuuskunta*, Helsinki 1999.
- Palosuo H, Rahkonen O. Terveiden sosiologia myötä- ja vastatuulella. *Sosiologia* 1987:4:289–300.
- Poikolainen K. Sosiaalilääketieteen yhdistys. *Sosiaalilääk Aikak* 1974:11:188–189.
- Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, sarja A:1*, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1967.
- Rauhala P-L. Sosiaalilääketieteen kognitiivisesta ja sosiaalisesta sisällöstä. *Yhteiskuntatieteiden lisensiaatin (julkaisematon) tutkielma*. Jyväskylän yliopisto 1987.
- Riska E, Wegar K. Feminiseringen av läkarprofessionen. *Kommer hälsovården att förändras? Naistutkimus-Kvinnoforskning* 1988:2:15–23.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1970:8 (3). *Sairaus ja yhteiskunta*.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1971:9 (5–6). *Terveiden sosiologia*.
- Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y:n säännöt 1968.
- STV. Suomen tilastollinen vuosikirja 2000. *Tilastokeskus*, Helsinki 2000.
- SVT. Suomen virallinen tilasto. *Koulutus* 1995:14. *Tilastokeskus*, Helsinki 1996.

RANJA AUKKEE

THL, lehtori

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Tampereen yliopisto

Sosiaalilääketieteilijän identiteetti

Artikkelissa tutkitaan monitieteellisen yhdistyksen, Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenistön kokemaa tieteenalaidentiteettiä. Tutkimuksessa kysytään, pitävätkö yhdistyksen jäsenet itseään sosiaalilääketieteilijöinä ja miten he perustelevat kyseisen identiteetin tai sen puuttumisen. Aineistona on käytetty laajaa, vuonna 1999 kaikilta yhdistyksen jäseniltä kerättyä postikyselyaineistoa (N = 429, vastausprosentti 63). Identiteettiä kysyttiin kysymyksellä ”Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?”. Noin puolella vastaajista oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti, 30 prosentilla selkeästi ja 22 prosentilla tilanteesta riippuen. Identiteetin perusteluja tarkasteltiin puuttuvan, selkeän ja tilanteesta riippuvan identiteetin ryhmissä. Lisäksi etsittiin identiteettiä selittäviä tekijöitä tilastollisen analyysin avulla. Perustelut identiteetin kokemiselle olivat ammatillisia, joko tieteen tekoon tai omaan käytännön työhön liittyviä. Sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokemiseen vaikuttivat merkittävimmin miessukupuoli, alle 40:n vuoden ikä ja lääketieteellinen peruskoulutus.

RANJA AUKEE

JOHDANTO

Brittiläinen kulttuurintutkija Stuart Hall kertoo kirjassaan *Identiteetti* (Hall 2002, 11) kuinka hän muutti pois maasta päästäkseen eroon perheestään, mutta joutui kuitenkin huomaamaan, ettei omasta perheestään pääse koskaan eroon, se on aina ”läsnä”. Minua on askarruttanut identifioituminen ja leimaantuminen sosiaalilääketieteilijäksi, miten se oikein tapahtui. Oliko Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallitus minulle kuin perhe, josta en koskaan pääse eroon, vaikka en itse asiassa koskaan ole halunnutkaan. Kun tein vuonna 1999 kyselyn Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenistölle (ks. Aukee 2004), liitin kysymysten joukkoon kysymyksen ”Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?”. Näennäisestä viattomuudesta huolimatta siitä tulikin yksi tutkimukseni tärkeimmistä kysymyksistä.

Edellä mainitun Hall’in teoksen saatesanoissa Mikko Lehtonen toteaa, että nykykulttuurit suorastaan pullistelevat identiteettejä koskettelevia tekstejä. Identiteettejä koskeva ongelma on syntynyt tilanteessa, jossa totutut identiteetit ovat alkaneet hajota ja muuttua aiempaa liikkuvam-

miksi (Lehtonen 2002, 6). Tieteenalat tuottavat tutkijoilleen omien alojensa identiteettejä, mutta voiko monitieteisyys tuottaa tunnistettavan identiteetin ja jos, niin mihin se ankkuroituu? Sosiaalilääketiede sisältää yhteiskuntatieteen, sosiaalisen, ja lääketieteen – luonnontieteellisen ihmistieteen (ks. Juntunen ja Mehtonen 1977, 22–23) ja määrittää tutkimuskohteekseen terveyden, sairauden ja yhteiskunnan välisen suhteen (esim. Heikkinen ja Hasan 1978, Sievers 1979, Rauhala 1980, Karisto 1981, Nukari 1986, Karisto ym. 1990). Yhdistyksen jäsenistö on monitieteistä ja jatkuvassa sisäisessä liikkeessä (Forsberg 1979, Poikolainen 1974, Henriksson 2000, Aukee 2004). Pitävätkö henkilöt, jotka ovat liittyneet Sosiaalilääketieteen yhdistykseen itseään sosiaalilääketieteilijöinä, eli onko heillä jonkinlainen yhteinen sosiaalilääketieteilijän identiteetti?

Oili-Helena Ylijoki katsoi tutkimuksessaan opiskelijanoviisien sosialisatiosta, että akateemisen identiteetin rakennusaineeksi tuli etsiä yhteisön ja kulttuurin piiristä. Hän jakoi identiteetti-projektit sosiaaliin ja persoonallisiin, joista jälkimmäiset ovat mahdollisia vasta kun yksilö on

kiinnittynyt sosiaalisiin suhteisiin. Sosiaalisessa identiteettiprojektissa yksilö pyrkii saavuttamaan tietyn yhteisön jäsenyyden kiinnittymällä sen traditioihin, arvoihin, uskomuksiin ja toimintatapoihin (Ylijoki 1998, 132–133). Sosiaalilääketieteen sisällä on tunnistettavia akateemisia heimoja, kuten esimerkiksi sosiologit ja lääkärit, mutta myös useita pienempiä ryhmiä kuten esimerkiksi ravitsemustieteilijät ja terveystieteelliset tai suuria ryhmiä, joiden tieteellinen identiteetti ei ole yhtä tunnettu tai tunnistettu kuten esimerkiksi terveyden/sairaanhoitajat ja terveydenhuoltotutkijat.

Tieteenalayhdistys on eräänlainen yhteisö. Siihen liitytään vapaasti. Liittyjillä on jokin kiinnostus esimerkiksi sosiaalilääketieteeseen. Sosiaalilääketieteen yhdistys täyttää yhteisölle asetettavat yleiset kriteerit. Yhdistys on alueellisesti rajoittunut (Suomi), sillä on sosiaalista vuorovaikutusta (seminaarit, lehdet, jaostot, hallitus), ja erilaisia yhteenkuuluvuuden tunteita ja symbolista yhteisyyttä osoittavia merkkejä (säännöt, jäsentiedotteet, mielipidekirjoitukset, kannanotot). Yhdistys on yksityisoikeudellinen yhteisö, mutta sen toiminta-alue on lähinnä aatteellinen. Onkin sanottu, että yhteisö ilmenee alueeseen (tilaan) kiinnittyvänä toiminnan ja tietoisuuden yhdelmänä, joka näyttyy siihen osallistuville ihmisille identiteettiä vahvistavana vuorovaikutusjärjestelmänä (Lehtonen 1990, 17–20). Tässä artikkelissa en pyri vastaamaan siihen, onko Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y. vaikuttanut jäsenistönsä identiteetin muodostukseen, vaan siihen, onko yhdistyksen jäsenistöllä ylipäätään sosiaalilääketieteilijän identiteettiä.

Antti Karisto kuvasi tutkimuksessaan Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta (1981) tutkimuksia, joissa tarkasteltiin elinolojen ja terveydentilan yhteyksiä, eri väestöryhmien terveydentilajärjestelmän 1800-luvulta 1930-luvulle saakka. Tutkimuksen tekijöitä Karisto kutsui sosiaalilääketieteilijöiksi (emt. 35, 78). Sosiaalilääketieteellä on ollut vakaa asema suomalaisen lääketieteen historiassa 1800-luvulta aina itsenäistymisen aikoihin asti. 1920- ja 30-luvuilla sosiaalilääketieteen asema heikkeni, sillä luokkasodan jälkeen sosiaaliryhmien eriarvoisuutta ei haluttu tuoda esiin (Karisto emt., 90–91). Sosiaalilääketieteen asema alkoi uudelleen nousta hyvinvointivaltion rakennusprojektin myötä. Pekka Kuusen 60-luvun sosiaalipolitiikka (Kuusi 1961) luotsasi uutta terveydenhuoltopolitiikkaa, mikä toteutuakseen edellytti myös tutkimuksen lisäämistä sekä terveyden että yhteiskunnan tutkimuksen alueilla. 1970-luvun

kansanterveysuudistus muutti alan vakiintuneita nimistöjä. Sosiaalilääketiede nimikkeenä poistui ja alan virat ja oppiainesisällöt sulautuivat vähitellen kansanterveystieteeseen.

Suomen Akatemia panosti voimakkaasti 1970-luvulla ja 1980-luvun alkupuolella kansanterveystieteellisiin tutkimushankkeisiin (Suomen Akatemia 1972, Suomen Akatemia 1975), jotka olivat luonteeltaan poikkitieteellisiä suuriin väestötoihin kohdistuvia terveydentilan ja sen determinanttien kartoituksia, kuten METELI-tutkimus ja Pohjois-Karjala-projekti. Vanhat sosiaalilääketieteen ja hygienian laitokset muuttuivat kansanterveystieteen laitoksiksi ja Kuopion ja Tampereen uusissa lääketieteellisissä tiedekunnissa aloittivat uudet kansanterveystieteen laitokset (Isokoski 1979, Jääskeläinen 1985, 211–214, Ignatius 2000, 579–582, Seppälä 2003).

Sosiaalilääketiede, perinteisesti osana lääketiedettä ja varsinkin tieteenalan alkuaikoina, 1800-luvulla, oli ennen kaikkea yhdistelmä sosiaalisesti suuntautuneiden ja alan tutkimusta tekevien lääkäreiden käytännöllistä toimintaa, terveystieteellistä ja valistusta hoitotyön ohella. Lääketiede itsessään koostuu useista tieteistä ja on vankka yhdistelmä ammatillisuutta ja tiedettä (Laaksovirta 1986, 38–44).

Yhteiskuntatieteiden vahva panos suomalaisessa sosiaalilääketieteessä on syntynyt hyvinvointivaltion rakennuskaudella, johon sisältyivät myös lääketieteen opintouudistus (KM 1970, KM 1971), uusi terveystieteellinen politiikka (Puro 1972), kansanterveystutkimukseen panostaminen (Hemminki ja Toukoma 1997), terveystieteiden vahvistaminen Suomessa (Riskä ja Lahelma 1984, Kangas ym. 2000) sekä vuodesta 1979 alkaen terveydenhuollon yliopistollisen koulutuksen kehittämisen prosessi ja siihen liittyvä terveystieteiden eriytyminen (Sinkkonen ja Kinnunen 1999). Näissä kehityksissä ovat kehittyneet pitkälti myös tutkimukseni kohteena olevien sosiaalilääketieteilijöiden identiteetit.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamisen aikoihin, 1960-luvun lopulla kansanterveystiedeen nimeä ei vielä ollut käytössä. Yhdistys ei ole lähtenyt mukaan nimenmuutokseen, eikä sen kustantama Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti ole muuttanut nimeään. Pohjoismaainen lehti *Acta socio-medica Scandinavica* (1969–1972) jatkui vuodesta 1973 vuoteen 1998 nimellä *Scandinavian Journal of Social Medicine* ja vuodesta 1999 nimellä *Scandinavian Journal of Public Health*. Sosiaalilääketieteilijöillä on pohjoismaainen yhdis-

tys, Nordiska socialmedicinska förbundet, joka järjestää alan seminaareja joka toinen vuosi. Sosiaalilääketieteen sisältö Pohjoismaissa painottuu eri tavoin, ollen muissa Pohjoismaissa enemmän lääke- ja yleislääketiedepainotteinen kuin Suomessa – tutkimustietoa tästä ei kuitenkaan ole. Suomen Sosiaalilääketieteen yhdistys on alun perin ollut monitieteinen, suurimmat ryhmittymät ovat olleet lääketieteet ja yhteiskuntatieteet.

Sosiaalilääketieteen tieteenalakeskusteluja, tieteenalan määrittelyä on käyty 1800-luvulta lähtien ja eri henkilöiden näkemykset ovat poikenneet ajoittain hyvinkin paljon toisistaan. Ääripäissään sosiaalilääketiede on nähty lääketieteen yläkäsitteenä, jolloin lääketiede on osa sosiaalilääketiedettä, tai on esitetty, että lääketiede on yhteiskuntatiedettä. Suppeimmillaan sosiaalilääketiede on nähty lääketieteen osa-alueeksi. Siinä merkityksessä se on kuitenkin vakiintunut akateemiseksi oppiaineeksi. Yhteiskuntatieteiden laajentuminen myös terveyden tutkimukseen on tuonut mukaan määrittelyn sosiaalilääketieteestä tieteenä, joka koostuu yhteiskuntatieteistä ja lääketieteestä/kansanterveystieteestä/epidemiologiasta. Sosiaalilääketieteen (kansanterveystieteen) tiedeluonteesta keskusteltiin 1970- ja 80-luvuilla (Pietilä ja Kopteff 1978, Sievers 1979, Rauhala 1980, Tuovinen 1981, Hasan 1995). 1990-luvulla keskustelu painottui terveystieteologiaan (Kangas ym. 2000) ja 2000-luvulla tuli mukaan kansanterveystyön uusi historiallinen tulkinta (Helen ja Jauho 2003).

Kun sosiaalilääketiede on Suomessa nimikkeenä kadonnut lähes tyystin muualta paitsi alan tieteellisen yhdistyksen ja lehden nimestä, onko sitä enää oikeastaan olemassakaan? Vai pitääkö jäljellä oleva nimikkeistö muistissa joitakin sosiaalisen sellaisia merkityksiä, jotka nykytilanteessa eivät näyttäyty tai eivät ole muodikkaita? Näihin kysymyksiin etsin vastauksia tutkimuksesani, jonka osatutkimus tämä artikkeli on.

IDENTITEETIN KÄSITTEESTÄ

Identiteetin etymologia viittaa sen merkitykseen samana jatkuvasta. Käsite heijastaa tärkeätä psykologista periaatetta: ihmisen pyrkimystä säilyä samana, identtisenä. Identiteetti lienee eniten käytetty minään liittyvä käsite. Se kytkeytyy läheisesti persoonallisuuteen ja minä-kokemukseen kuten myös subjektiviteettiin. Identiteetti ei ole olemuksellista eikä itse tuotettavissa olevaa. Vaikka persoonallisen identiteetin muodostus on jatkuvaa, ei identiteetti ole riippumaton aikaisemmista vai-

heistaan (Heikkinen 2001, Vuorinen 1995, Ronkainen 1999). Identiteetti on siis samalla jotain hyvin henkilökohtaista ja tietyllä tavalla pysyvää, mutta se muotoutuu aina suhteissa toisiin ihmisiin, kulttuuriin ja yhteiskuntaan. Peter L. Bergerin ja Thomas Luckmanin mukaan identiteetti on ilmiö, joka perustuu yksilön ja yhteiskunnan dialektiikkaan. Identiteettityypit ovat puolestaan kokonaan yhteiskunnallisia tuotoksia. Identiteetti on ymmärrettävissä ainoastaan yhteydessä maailmaan (Berger ja Luckmann 1995, 197).

Identiteettejä tuotetaan tietoisien toiminnan, esimerkiksi kasvatuksen avulla, mutta yksilö itse tekee koko ajan omaan elämäänsä liittyviä valintoja. Identiteetti on henkilökohtainen ja sosiaalinen, se on pysyvä ja alati altis muutokselle ja lisäksi yksilöllä voi olla ja yleensä on useita identiteettejä. Tunnettuja ja paljon tutkittuja ovat esimerkiksi kansallinen identiteetti ja sukupuoli-identiteetti. Koska identiteetillä on monia merkityksiä ja monitasoisia sisältöjä, täytyy kunkin tutkijan määrittellä, mitä hän tarkoittaa termillä omassa tutkimuksessaan.

Identiteetti niin itseytymisenä kuin liittymisenä on aina myös rajojen tekemistä, toisen ja vieraan määrittelemistä (Heikkinen 2001,12). Ylijoen tutkimuksessa akateemisista heimokulttuureista osoittautui, että juuri rajojen vetäminen muihin tieteenaloihin oli eri oppialojen identiteetti-projekteissa omaa identiteettiä selvittävä seikka. Erot ja erojen politiikka ovat olleet keskeisiä myös monissa muissa identiteettien rakentamis- ja purkamisprojekteissa, vaikkapa Pierre Bourdieun kenttäteoriassa (Bourdieu 1987) tai naistutkimuksen sukupuoliero-keskusteluissa (esim. Juvonen 2002).

Tässä tutkimuksessa identiteetti viittaa kuulumiseen tiettyyn ryhmään, tieteelliseen yhdistykseen, joka on ottanut tehtäväkseen edistää sosiaalilääketiedettä Suomessa. Sosiaalilääketieteilijä-identiteetin sisältöä on mahdollista tutkia tässä tutkimuksessa osana laajempaa kyselytutkimusta, jossa identiteettiin liittyi vain yksi kysymys lisäkysymyksineen. Aineisto rajaa pois mahdollisuuden vastata kysymykseen, miten kunkin tutkittavan oma sosiaalilääketieteilijä-identiteetti on syntynyt ja rakentunut, koska sitä ei kysytty. Sen sijaan pyritään identiteettiä kuvaamaan sellaisten tietojen perusteella, mitä vastaajat ovat kyselyssä antaneet tiedoksi suhteestaan sosiaalilääketieteeseen ja millaiselta koulutus-, ammatti- ja tieteenalapaikalta he määrittävät tätä suhdetta.

AMMATILLINEN IDENTITEETTI

Sosiaalilääketieteilijä-identiteetti viittaa tieteen tekemiseen, mutta voi olla myös praktinen orientaatio (ks. Kuokkanen 2000). Tutkimukseen ryhtyessäni en voinut tehdä muunlaisia oletuksia identiteetin rakenteesta enkä rakentumisesta. Tutkijan työtä on tutkittu lähinnä tieteentutkimuksen piirissä (esim. Kankaala ym. 2004). Ammatillisen identiteetin tutkimusta on tehty muun muassa kasvatustieteen, sosiologian ja lääketieteen alueilla (esim. Heikkinen ym. 2001, Löyttyniemi 2004). Ylijoen akateemisia heimokulttuureja koskevassa tutkimuksessa (1998) oli tämän tutkimuksen kanalta kiinnostava sosiaalitieteilijöitä koskeva havainto. Erityisesti sosiologeilla todettiin olleen kiistaton, syvälle juurtunut ja toisten akateemisten heimojen arvostama asema aitona ja puhtaana yhteiskuntatieteenä (emt., 82). Ylijoen tutkimusaineisto oli kerätty Tampereen yliopiston opiskelijoilta ja opettajilta ja kuvasti täten heidän itseymmärrystään omista oppiaineistaan. Oman tutkimukseni mukaan sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet pitivät sosiologiaa itselleen tärkeimpänä tieteenä sosiaalilääketieteessä (Aukee 2004). Sosiologioiden itsetunnosta ja käsityksestä oman tieteenalansa suvereenisuudesta Marjatta Marin (2002, 13–17) on kirjoittanut todeten, että sosiologia pitää itseään yleistieteenä, jonka tutkimuskohteena on koko maailma – yleisönä on kuitenkin yleensä sosiologia itse. Asetelma sosiologia ja lääketiede yhdessä on täten monessa mielessä herkullinen; lääketieteilijöiden ylemmyydentunne ja suvereenisuus lienee jotakuinkin yleisesti tunnettu ja se perustuu viime kädessä elämää ja kuolemaa koskevien kysymysten hallintaan (Stacey 1985).

Esiymmärrykseni sosiaalilääketieteilijän identiteetistä oli jotain sen tyyppistä, että kyse on pitkälti tutkijoiden omasta ryhmästä, jossa koetaan jotain samankaltaisuutta ja jossa jaetaan yhteisiä kokemuksia esimerkiksi tieteestä, sen sisällöstä, arvoista ja omasta asemasta tieteiden kentässä. Koska Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä suuri osa on tieteentekijöitä, voi identiteetti olla ammatillinen, liittyen tutkijan ammattiin ja työhön. Toisaalta monet ovat terveys- ja sosiaalialan ammattilaisia ja vain seuraavat tiedettä, esimerkiksi lukemalla Sosiaalilääketieteellistä Aikakauslehteä. Molempia ryhmiä yhdistää se, että sosiaalilääketiede liittyy jollain tavalla heidän ammatteihinsa, siihen mitä he tekevät jokapäiväisessä työssään.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin lähettämällä syyskuussa 1999 kyselylomake kaikille elokuussa 1999 Sosiaalilääketieteen Yhdistys ry:n jäsenluettelossa olleille (679). Lomakkeessa oli 47 kysymystä, joista noin puoleen oli valmiita vastausvaihtoehtoja ja puoleen pyydettiin kirjoittamaan avoin vastaus. Kysymykset käsittelivät sosiaalilääketiedettä tieteenä, jäsenistön rakennetta sekä jäsenten tieteellistä ja yhteiskunnallista toimintaa. Kahden uusintakyselyn jälkeen lomakkeita palautui 429, eli 63 prosenttia. Tutkimusaineiston muodostavat SPSS-tiedostoksi tallennetut vastaukset ja teksteiksi puretut avovastaustiedostot.

Vastaajat edustivat yhdistyksen jäsenistöä sukupuolen ja kotipaikkakunnan suhteen. Jäsenistön rakennetta on kuvattu aiemmin julkaistussa artikkelissa (Aukee 2004). Vastaajien enemmistö oli naisia (73 %), jäsenistö keskittyi Etelä-Suomeen ja korkeakoulukaupunkeihin. Naisten keski-ikä oli 45 vuotta, miesten 51 vuotta. Suurimmat peruskoulutusryhmät olivat lääkärit (29 %), yhteiskuntatieteilijät (20 %) ja sairaanhoitajat (18 %). Tohtorin tutkinnon oli suorittanut 40 prosenttia, lisensiaatin 19 prosenttia ja ylemmän korkeakoulututkinnon (yht.kand., maisteri tai vast.) 32 prosenttia. Tutkimustyötä teki päätyönään 31 prosenttia, erilaisia tutkimuksen, opetuksen ja hallinnon yhdistelmätehtäviä 18, opetustyötä 15, hallinnollista työtä 14 ja terveydenhuollon käytännön työtä 12 prosenttia jäsenistöstä.

Tässä nyt esiteltävässä osatutkimuksessa on käytetty kolmenlaisia analyysimenetelmiä. Tutkimuksen kohteena oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Identiteettiä mitattiin kysymyksellä: ”Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?” Vastausvaihtoehtoja oli kolme: ”kyllä”, ”en” ja ”riippuu tilanteesta”. Vastaajia pyydettiin perustelevaan vastauksensa em. kysymykseen. Annettuja perusteluja tarkasteltiin kussakin kolmessa vastausryhmässä, eli haluttiin selvittää, millä tavoin selkeän, puuttuvan ja tilannesidonnaisen identiteetin omaavat perustelevat identiteetin kokemustaan. Perustelut olivat muutaman sanan tai yhden lauseen pituisia luonnehdintoja. Niiden ydinsisältöä ryhmiteltiin kussakin identiteettiluokassa erikseen seitsemään pääluokkaan (Taulukko 1). Sisällön erittely tehtiin kahden tutkijan yhteistyönä.

Tilastollisen analyysin rakennetta on ohjannut laadullisen analyysin tulokset identiteettiin vaikuttaneista tekijöistä, jotka olivat pääosin ammatillisia. Ammattiin liittyviksi taustamuuttujiksi

Taulukko 1.

Sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokemisen perustelut selkeän, puuttuvan ja tilanteesta riippuvan identiteetin ryhmissä, %.

Selkeä identiteetti (n = 101)	Identiteettiryhmät, perustelut		Tilanteesta riippuva identiteetti (n = 73)		
	Puuttuva identiteetti (n = 148)				
1. tekee alan tutkimusta	33	1. toinen ala tärkeämpi	28	1. päärooli ammatillinen	18
2. ammatill. soveltaminen	18	2. ammat. ident. vahvempi	17	2. sos.lääket. mukana tutkijan identiteetissä	16
3. yhteistieteisyys	17	3. en ole tieteilijä	16	3. tilanne ratkaisee	16
4. alan koulutus	9	4. ei riittävästi koulutusta	11	4. riippuu määrittelystä	15
5. tunne, asenne	9	5. en ole lääketieteilijä	10	5. tutkimusintressi	14
6. alan julkaisut	8	6. olen noviisi, harrastelija	9	6. näkökulma, orientaatio	12
7. muu perustelu	8	7. muu perustelu	9	7. heikko identiteetti	8
Yhteensä	100		100		100

valittiin ammatillinen peruskoulutus, minkä tyyppistä työtä tekee, tutkimustyön tekeminen ja ylin oppiarvo. Muiksi selittäviksi tekijöiksi valittiin sukupuoli, ikä ja yhdistykseen liittymisen ajankohta. Taulukoissa identiteettimuuttujia on esitetty kaksiluokkaisena, jolloin kyllä ja riippuu tilanteesta -vastaukset on yhdistetty. Tämä tehtiin tulosten esittämisen selkiyttämiseksi. Kaikki tulokset testattiin myös kolmiluokkaisella identiteettimuuttujalla ja varmistettiin ettei luokitus vääristänyt tuloksia.

Identiteettikokemusta tarkasteltiin taustamuuttujittain eriyttäen analyysit naisille ja miehille, koska identiteettikokemukset olivat naisilla ja miehillä erilaisia. Tulosten tilastolliseen merkittävyyteen on vaikuttanut nais- ja miesryhmien epäsuhtainen koko; miesten ryhmässä (n = 123) erot olivat harvoin tilastollisesti merkitseviä, kun taas naisten ryhmässä (n = 303) erot olivat usein tilastollisesti merkitseviä.

Lopuksi tehtiin logistinen regressioanalyysi kuvaamaan näiden taustamuuttujien suhdetta identiteetin muodostukseen. Regressioanalyysillä voidaan tutkia jo aiemmin tärkeiksi tiedettyjen muuttujien osuutta selittävinä tekijöinä (Metsämuuronen 2001, 60). Selitettäväksi muuttujaksi valittiin identiteetin kokeminen kaksiluokkaisena muuttujana (0 = ei identiteettiä, 1 = identiteetti). Selittäviksi muuttujiksi valittiin sukupuoli, ikä, ammatillinen peruskoulutus, työn laatu ja ylin oppiarvo. Regressioanalyysi toteutettiin eteenpäin askeltavalla menetelmällä ja tulokset on raportoitu OR-lukuina, joiden merkitsevyyttä on tarkasteltu 95 prosentin luottamusvälillä (ks. Taulukko 3).

SOSIAALILÄÄKETIEEILIJÄN IDENTITEETTI JA SEN PERUSTELUT

Identiteettikysymykseen vastasi 96 prosenttia tutkituista ja 75 prosenttia perusteli kantansa. Vajaa kolmasosa, 30 prosenttia vastaajista koki itsensä sosiaalilääketieteilijäksi. Miehillä kokemus oli selvästi yleisempi kuin naisilla, miehistä 45 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijöinä, naisista 23 prosenttia. Noin viidennes vastaajista (miehistä 21, naisista 23 prosenttia), sanoi identiteettikokemuksen riippuvan tilanteesta. Eniten perusteluja esittivät sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokeneet (87 %). Ne, jotka eivät kokeneet itseään sosiaalilääketieteilijöiksi, perustelivat kantansa 76 prosentissa ja tilanteen mukaan toimivat 78 prosentissa. Yhdenmukainen vastaaminen helpottaa vertailua.

Selkeän identiteetin ryhmässä kolmasosa perusteli sosiaalilääketieteilijän identiteettiään sillä, että tekee alan tutkimusta, lähes viidennes (18 %) sillä, että voi soveltaa sosiaalilääketiedettä ammatillisesti ja lähes yhtä moni yhteistieteisyydellä (Taulukko 1). Yhteis- tai monitieteisyyden korostaminen on osa sosiaalilääketieteen yleistä määrittelyä, mutta myös työskentelytapa. Jos laskeaan yhteen alan tutkimus, koulutus, julkaiseminen ja monitieteisyys, tulee tutkijan työn ammatillisuuteen liittyvistä perusteluista sosiaalilääketieteilijän identiteetin vankin pilari. Ammatillinen soveltaminen viittaa käytännön työhön ja muodostaa vastapoolin tutkimuksen tekemiselle – kysymys on myös ammatillisuudesta, vaikkakin hyvin toisen tyyppisestä ammattityöstä. Ja ihan oman ryhmänsä muodostavat ne vastaukset, joissa korostui tunteenomainen tai asenteellinen suh-

de sosiaalilääketieteeseen, esimerkiksi ”Näkökulmani on vaistollinen ja sosiaalinen (ihmisten tasarvoa korostava)”, ”Sydämeni sanoo niin”, ”Olen tehnyt kansanterveystieteellistä tutkimusta sosiaalisella asenteella”.

Edellä olevasta voi päätellä, että vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti muodostuu erityyppisistä elementeistä, jotka lähes kaikki voidaan palauttaa ammatillisuuteen. Käytännön ja teorian vastapooleille toisen vastakkainasettelun tarjoaa ”tunne-järki-asetelma”: sosiaalilääketieteilijän identiteetin perusta voi olla myös tunne tai asenne. Se voi tarkoittaa sosiaalilääketieteellistä näkökulmaa tai ajattelutapaa, joka ohjaa tieteellistä tai ammatillista työtä.

Vähintään yhtä kiinnostavaa kuin vahvan identiteetin perustelut olivat niiden (jäsenkunnasta puolet) perustelut, jotka eivät kokeneet olevansa sosiaalilääketieteilijöitä; heistä 28 prosenttia ilmoitti selkeästi, että joku toinen ala oli heille tärkeämpi. Kolmannes piti ammatillista identiteettiä vahvempana, heistä puolella ei ollut minäänlaista tieteentekijän identiteettiä. Pienemmän ryhmän muodostivat ne, jotka kokivat itsensä vielä noviiseiksi, joko opiskelijoiksi tai alan harrastajiksi; ammatillista tai tieteellistä identiteettiä ei vielä ollut, tai jos sellainen oli, niin se ei ollut sosiaalilääketieteilijän. Oman mielenkiintoisen ryhmän tässä muodostivat ne vastaajat, jotka toivat selkeästi esiin sen, että lääketiede-sanan esiintyminen tieteenalan nimessä estää heitä kokemasta itseään sosiaalilääketieteilijöiksi (Taulukko 1).

Identiteetin omaavien ja sitä vailla olevien ryhmät ovat osittain polaarisia: tutkimus tekee selkeän rajan. Sen tekeminen tuottaa vahvan identiteetin ja sen puuttuminen jättää vaille sitä. Mutta toisaalta käytännön terveydenhuoltoammatin harjoittaminen sekä tuottaa että heikentää sosiaalilääketieteilijän identiteettiä.

Vahva identiteetti perusteltiin selkeimmin tutkijan ammatilla, identiteetin puuttuminen käytännön työn tekemisellä, mutta millä perusteltiin se, että koki tilanteesta riippuen olevansa sosiaalilääketieteilijä? Tähän ryhmään kuuluvat kantoiivat ikään kuin mukanaan kahden edellisen ryhmän perusteluja ja lisäsivät vielä joukkoon tämän varsinaisen vastauksensa, eli että se riippuu tehtävästä, tilanteesta, näkökulmasta tai orientaatiosta. Tämän ryhmän edustajista moni opetti muun työnsä lisäksi ja koki, että asettuessaan opettajan positioon, hän tunsu itsensä sosiaalilääketieteilijäksi. Tämä on mielenkiintoista sikäli, että sen voi tulkita niin, että sosiaalilääketiede on

ikään kuin laajempi kehys tai legitiimi positio, josta käsin maailman ilmiöitä voi tarkastella avarammin kuin siinä tutkimuksen tai käytännön työssä, mitä pääasiallisesti tekee. Metaforat viitta ja kaapu kuvannevat yhtäältä tätä mahdollisuutta vaihtaa roolia tilanteen mukaan ja toisaalta kokoavaa, suojaavaa asua, kun taas sateenvarjo-metaforalla on haluttu korostaa sosiaalilääketieteen erilaisia tieteellisiä lähestymistapoja yhteen keräävää näkökulmaa.

Vailla sosiaalilääketieteilijän identiteettiä olevat sekä osittaisen identiteetin omaavat ovat monessa mielessä kiinnostava ryhmä. He ovat tavallaan rajantekijöitä tai edustavat kenttää, missä rajanvetoa käydään. Tästä ryhmästä voidaan selvittää tieteet, jotka kilpailevat sosiaalilääketieteen kanssa, ja jotka ovat voittaneet identiteetikampailussa. Tällöin erottuvat ei-lääketieteilijät, jotka todennäköisesti ovat sosiologeja tai muita yhteiskuntatieteilijöitä, mutta myös monet muut tieteenalat, muun muassa ravitsemustiede ja epidemiologia olivat joillekin jäsenille heidän arvostuksissaan ensimmäisellä sijalla. Tämä ryhmä on myös kiintoisa siinä mielessä, että siihen kuuluvilla on muita identiteettejä, jotka voivat olla yhtä tärkeitä tai tärkeämpiä kuin sosiaalilääketieteilijän – se heillä kuitenkin myös on, ainakin ajoittain. He voivat ikään kuin ottaa sen käytöön tiettyssä tilanteessa. Tässä joukossa näyttäisi olevan paljon tieteentekijöitä, jotka ovat omaksuneet tai sisäistäneet jotain olennaista sosiaalilääketieteestä, tiedonintressin tai orientaation. Heillä on mahdollisesti sellainen työ, etteivät he voi pelkästään tutkia, joten identiteetit vaihtelevat. Mielenkiintoista on sekin, että ainoat, jotka mainitsivat tieteenalan määrittelyn merkitykselliseksi, olivat tässä ryhmässä. Ja heillekin määrittelyssä oli kiinnostavaa rajanveto, ei niinkään substanssi sinänsä. Tämän voi tulkita niin, että rajanveto auttaa oman identiteetin selkiyttämiseksi – siis vahvistamisessa. Voidaan olettaa, että myös vahvan identiteetin ryhmään ja vailla sosiaalilääketieteilijän identiteettiä olevien ryhmään kuuluvilla oli muita identiteettejä, mutta tähän kolmanteen ryhmään kuuluvat olivat tietoisempia kaksi- tai useampinapaisista identiteeteistään.

IDENTITEETIN SOSIAALISET TAUSTATEKIJÄT

Koko aineistossa iän ja identiteetin välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Sukupuolen mukaan tarkastellen iällä oli kuitenkin merkitystä: naisista alle 40-vuotiaat kokivat itsensä muita useammin sosiaalilääketieteilijöiksi, miehistä yli

Taulukko 2.

Sosiaalilääketieteilijän identiteetin omaavat taustamuuttujien suhteen.

	Naiset			Miehet		
	(n)	%	p	(n)	%	p
Ikä						
≤ 39	(55)	58	0,047	(14)	64	0,710
40–59	(151)	41		(67)	64	
60 ≥	(45)	44		(39)	72	
Liittymisajankohta			0,051			0,096
1968–1979	(27)	67		(38)	76	
1980–1990	(45)	51		(42)	71	
1990–1999	(199)	43		(37)	54	
Amm. peruskoulutus			0,049			0,392
sairaanhoidon	(71)	37		(2)	100	
lääketieteen	(57)	63		(66)	71	
yhteiskuntatieteen	(52)	44		(30)	60	
useita peruskoul.	(58)	47		(12)	75	
joku muu	(82)	43		(33)	50	
Työtyyppi			0,054			0,590
tutkimus	(85)	53		(41)	71	
opetus	(52)	33		(9)	78	
hallinto	(25)	32		(30)	67	
käytäntö	(43)	44		(9)	44	
joku muu	(82)	53		(33)	67	
Sos.lääket. tutkimuksen tekeminen			0,000			0,000
ei ole tehnyt	(116)	28		(21)	52	
on tehnyt	(75)	77		(75)	58	
riippuu määrittelystä	(81)	44		(23)	48	
Oppiarvo			0,194			0,121
ei oppiarvoa	(34)	41		(0)	0	
korkeakoulututkinto	(111)	40		(20)	60	
liseniaatti	(51)	55		(25)	52	
tri tai dos	(70)	56		(54)	70	
professori	(17)	35		(23)	83	

60-vuotiaat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä vain naisten ryhmässä (Taulukko 2).

Liittymisajankohdalla oli selvä yhteys identiteettiin: kuta varhemmin henkilö oli liittynyt Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseneksi, sitä useammin hänellä oli vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä vain naisten ryhmässä (Taulukko 2).

Lääketieteen koulutuksen saaneilla oli lievästi useammin vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti kuin muilla peruskoulutusryhmillä, naisten kohdalla yhteys oli tilastollisesti melkein merkitsevä (Taulukko 2). Kuitenkin naislääkäreistä vain 33 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijänä, kun miehistä vastaavasti 52 prosenttia. Ero säilyi, mutta oli pienempi kun luokat ”kyllä” ja ”riippuu tilanteesta” yhdistettiin kuvaamaan identiteetin kokemista. Yhteiskuntatieteellisen peruskoulutuksen saaneista naisista 25 prosenttia ja miehistä 33 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijänä. Kun ”kyllä” ja ”riippuu tilanteesta”-luokat yhdistettiin, kasvoi nais- ja miesyhteis-

kuntatieteilijöiden välinen ero niin, että jo 60 prosenttia miespuolisista yhteiskuntatieteilijöistä piti itseään sosiaalilääketieteilijänä, naispuolisista 44 prosenttia. Sekä miespuoliset lääkärit että yhteiskuntatieteilijät olivat tehneet useammin tutkimustyötä kuin vastaavien alojen naispuoliset jäsenet, mikä selittää eroja.

Työn laatu oli sillä tavoin yhteydessä identiteettiin, että vahvimmat identiteetit olivat hallinnollista ja muuta työtä tekevillä sekä tutkimusta ja tutkimus- ja opetustyötä tekevillä. Pelkästään opetustyötä tekevillä oli harvimminkin vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti, mutta he olivat suurin ryhmä niistä, jotka kokivat identiteetin riippuvan tilanteesta. Käytännön työntekijöiden ja monenlaisia erilaisia työtehtäviä tekevien identiteetti ei ollut paljoakaan heikompi keskimäärin kuin tutkimustyön tekijöillä.

Sukupuolen mukainen tarkastelu osoitti, että paitsi että miehet ja naiset tekevät osittain erilaisia töitä niin myös samantyyppinen työ tuottaa erilaista identiteettiä: tutkimustyötä tekevästä

Taulukko 3.

Monimuuttuja-analyysi. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenten kokemaa sosiaalilääketieteilijän identiteettiä selittävät tekijät ($p > 0.05$). Kerroinsuhde OR ja sen 95 %:n luottamusväli.

Muuttuja		OR	95 %:n luottamusväli
Sukuoli	nainen	1.00	
	mies	1.98	1.20–3.28
Ikä	≤ 39	1.00	
	40–54	0.49	0.29–0.81
	≥ 55	0.57	0.30–1.08
Peruskoul.	sairaanh.	1.00	
	lääketiet.	2.57	1.33–4.97
	yht.tiet.	1.17	0.59–2.30
	useita	1.72	0.86–3.43
	joku muu	1.07	0.53–2.19

miehistä 71 prosenttia koki itsensä sosiaalilääketieteilijöiksi ainakin ajoittain, naisista 53 prosenttia. Hallinnollista työtä tekevästä miehistä 67 prosentilla oli vastaavanlaisesti sosiaalilääketieteilijän identiteetti, naisista 32 prosentilla. Edellä oleva johtaa päättelemään, että myös ammattiasemalla, toimimisella johtavissa asemassa saataisi olla yhteyttä vahvaan identiteettiin. Näin ei kuitenkaan yksiselitteisesti ollut, mutta tämän kokoisessa aineistossa luokat jäivät liian pieniksi luotettavien johtopäätösten tekemiseen.

Identiteetin kokemisen ja sosiaalilääketieteellisen tutkimustyön tekemisen välinen yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä sekä miehillä että naisilla. Sosiaalilääketieteen alan tutkimusta tehneistä naisista 77 ja miehistä 58 prosentilla oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti (Taulukko 2). Jos identiteetin kokemusta tarkasteltiin sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen tekemisen kaksiluokkaisen muuttujan (1 = en ole tehnyt, 2 = olen tehnyt + riippuu määrittelystä) suhteen, kääntyivät prosentit toisin päin; naisista 60 prosenttia ja miehistä 70 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijänä ja tulos oli tilastollisesti merkitsevä vain naisten ryhmässä.

Asema akateemisessa hierarkiassa näytti olevan identiteettiin liittyvä piirre. Identiteetin ja akateemisen oppiarvon välinen yhteys ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä kummallakaan sukupuolella. Vaikka kysymys on analyysin kannalta pienestä aineistosta, herättää taulukossa 2. kuitenkin huomiota muun muassa se, että vain 35 prosentilla naisprofessoreista oli jonkinlainen sosiaalilääketieteilijän identiteetti, kun taas miesprofessoreista 83 prosentilla. Naisprofessoreista lääketieteellinen peruskoulutus oli 29 prosentilla,

miesprofessoreista 58 prosentilla. Naisprofessoreista 29 prosentilla oli yhteiskuntatieteen koulutus, miesprofessoreista 13 prosentilla. Miehistä, joiden ylin oppiarvo oli korkeakoulututkinto (yht.kand., maisteri tai vast.), piti itseään sosiaalilääketieteilijänä 60 prosenttia, mutta naisista vain 40 prosenttia. Tulevaisuuden kannalta on kiinnostavaa, että nais- ja miespuolisilla lisensiaateilla oli yhtä usein sosiaalilääketieteilijän identiteetti, naislisensiaatit kun olivat useammin yhteiskuntatieteilijöitä ja mieslisensiaatit lääkäreitä.

Regressioanalyysi tuotti kolme tilastollisesti merkitsevää tulosta. Ensinnäkin miehillä oli lähes kaksi kertaa suurempi todennäköisyys muodostaa sosiaalilääketieteilijän identiteetti kuin naisilla. Vastaavasti 40–54-vuotiailla oli pienempi (kerroinsuhde 0,49) todennäköisyys identiteetin muodostukseen verrattuna alle 40-vuotiaisiin kun yli 50-vuotiaat eivät osoittaneet tilastollisesti merkitsevää eroa. Koulutustaustasta ainoaksi merkitseväksi nousi lääkäreiden koulutus suhteessa sairaanhoitajiin: lääkäreillä oli 2,6-kertainen todennäköisyys muodostaa sosiaalilääketieteilijän identiteetti verrattuna sairaanhoitajiin muiden koulutustaustojen jäädessä tilastollisesti merkityksettömiksi (Taulukko 3).

POHDINTA

Kolmasosalla Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenistä oli vuonna 1999 sosiaalilääketieteilijän identiteetti, puolella ei ollut ja noin viidennes tunsi itsensä ajoittain sosiaalilääketieteilijäksi. Miehet pitivät itseään useammin sosiaalilääketieteilijänä kuin naiset. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistöstä oli vuonna 1999 naisia 73 prosenttia. Miehillä identiteetin kokeminen oli yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä, naisilla taas nuoremmissä. Vahvan identiteetin omaavat naiset edustivat yhteiskuntatieteitä, jotka perinteisesti ovat sosiaalilääketieteessä olleet alisteisia lääketieteelle. Sukupuolten identiteetin kokemus ylimmän oppiarvon mukaan noudatti hierarkkista mallia, mutta osoitti, että korkeatkaan akateemiset arvot eivät ole tuottaneet yhdistyksen naisjäsenille yhtä usein vahvaa sosiaalilääketieteilijän identiteettiä kuin miehille. Tasavertaisimpia tässä suhteessa olivat dosentit.

Lääketieteellisen koulutuksen saaneet pitivät itseään muita useammin sosiaalilääketieteilijöinä. Kuitenkin sosiaalilääketieteen alan tutkimusta tehneillä lääketieteen ja yhteiskuntatieteen edustajilla oli lähes yhtä usein vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Kolmannella suurella ammat-

tiryhmällä, terveyden- ja sairaanhoitajilla taas puolestaan oli harvoin vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Heistä suurin osa oli liittynyt Sosiaalilääketieteen yhdistyksen 1990-luvulla. He näyttäisivät tulleen perinteisen käytännön mieslääkärin tilalle edustamaan hoitotyön käytäntöä. Hoitotiede kehittyi akateemiseksi tieteenalaksi 1980-luvulla (Kalkas ja Åstedt-Kurki 2003, 260–267). Osa hoitotieteilijöistä oli kiinnostunut myös sosiaalilääketieteestä. Heidän, kuten joidenkin lääkäreiden kohdalla voidaan perinteisen ammatillisuus-tieteellisyys-kaksoisidentiteetin sijasta jo kenties puhua kolmois- tai moni-identiteetistä.

Identiteetin kokemista perusteltiin ammattiin liittyvillä seikoilla, mutta ammatti voi olla yhtä hyvin sosiaalilääketieteen alaan kuuluvaa tutkimustyötä kuin käytännön työtä. Tutkimuksen tekeminen ja muu työ yhdistyvät aikaisempaa harvemmin samoissa henkilöissä, sillä alalle on tullut suuri ammattitutkijoiden joukko, joka ei tee terveydenhuollon käytännön ammattityötä sekä suuri käytännön työntekijöiden joukko, joka ei tee tutkimustyötä. Jäsenistö on myös ”tieteellistynyt” sillä tavoin, että vuonna 1999 oli 40 prosentilla tohtorin tutkinto, kun se vuonna 1977 oli 20 prosentilla (Forsberg 1979).

Identiteetin tarkastelu yhdistykseen liittymisen vuosikymmenittäin ja ammatillisen peruskoulutuksen ryhmittäin vaihteli, mutta tilanteesta riippuvien identiteetikokemusten osuus näyttää pysyvän suhteellisen samana. Onko sosiaalilääketieteessä aina noin viidennessä näitä, jotka tuntevat identiteetin vain tietyissä tilanteissa? Kenties se on välttämätön osa monitieteisyyden dynamiikkaa.

Ryhmään ”en ole sosiaalilääketieteilijä” kuului suurin joukko jäsenistä. He olivat alan aktiivisia seuraajia ja harrastajiaakin, joille ammatillinen identiteetti oli vahvempi kuin tieteellinen ja he olivat liittyneet yhdistykseen paljolti Sosiaalilääketieteellistä Aikakauslehteä seuratakseen. Sosiaalilääketieteilijän identiteetti saattaa olla sekä tunnekysymys että järkikysymys, praktinen tulos harjoitetuista opinnoista alalle ja alan tutkimuksen tekemisestä. Nimikysymys – on se sitten tunne- tai järkiperustainen – on oma kysymyksensä, josta tieteenalan sisällä keskustellaan toistuvasti. Osa yhdistyksen sosiaalitieteilijäjäsenistä ei voinut hyväksyä ”lääketieteilijä”-nimeä.

Tarkastelun tuloksena syntyi kuva, jonka mukaan vahva identiteetti liittyy vahvaan yhteiskunnalliseen ja/tai tieteelliseen asemaan. Vahva tyyppi syntyy miespuolisesta lääketieteen harjoittajasta, joka työskentelee tutkimuksen parissa tai

hallinnossa, jonka tutkimusalue liittyy sosiologiaan tai terveystieteisiin ja joka on akateemisen hierarkian ylemmillä portailla.

Sosiaalilääketieteilijän identiteettiä arvioitiin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten vastauksen perusteella. Tutkimus oli kokonaistutkimus jäsenistöstä tietynä ajankohtana, 1900- ja 2000-lukujen vaihteessa. Monet itsensä sosiaalilääketieteilijöiksi kokevat eivät ole alan tieteellisen yhdistyksen jäseniä. He toimivat valtionhallinnon erilaisissa viroissa, sektoritutkimuslaitosten johto- ja tutkimustehtävissä, Suomen Akatemiassa, yliopistoissa ja korkeakouluissa sekä moninaisissa sosiaali- ja terveysalan käytännön töissä. Edustavan otoksen kerääminen suomalaisista sosiaalilääketieteilijöistä olisi rajaamisen vuoksi mahdollonta tai ainakin erittäin vaikeaa (ks. Hemminki 1998). Tieteellisen yhdistyksen jäsenistöä ja toimintaa kuvaamalla voidaan kenties tavoittaa jotakin olennaista myös sosiaalilääketieteestä itsestään.

Identiteetin määrittely tapahtui tässä tutkimuksessa yhden kysymyksen avulla. Sitä voidaan tietysti kritisoida, mutta myös perustella sillä, että vastaajilta kysyttiin heidän omaa kokemustaan, mikä on identiteetin määrittelyssä kaikkein tärkeintä. Ja identiteetin kokemuksen perustelujen kirjoittaminen tapahtui vastaajien oman valinnan mukaan.

Sosiaalilääketieteen kannalta positiivinen oli tutkimuksen päätulos, joka osoitti, että tieteellisiltä juuriltaan ja katsantokannoiltaan toisistaan periaatteessa hyvinkin kaukana olevilla yhteiskuntatieteilijöillä ja terveys/lääketieteilijöillä ja myös muiden alojen edustajilla saattoi olla yhteinen kokemus sosiaalilääketieteellisestä identiteetistä. Kun sosiaalilääketieteilijän identiteetti saavutetaan erilaisia koulutuksellisia ja ammatillisia polkuja kulkien, osoittaa se myös, että sosiaalilääketiede on aidosti monitieteinen tiede. Se myös haastaa kysymään, onko sosiaalilääketiede aito, synteettinen tiede, vai onko se vain kokoelma tieteitä. Sosiaalilääketieteen määrittelyssä jatkuu lordi Snow’n jo vuonna 1959 (Snow 1993) aloittama keskustelu kahdesta kulttuurista: luonnon-tieteiden ja humanististen tieteiden erilaisista arvolähtökohdista, kohteesta ja metodista (keskustelusta ks. Aarnio 1994, 135–145, Ylijoki 1998, 30–35). Tällaista keskustelua ei sosiaalilääketieteessä ole käyty 1980-luvun jälkeen, mutta se saattaa jälleen nousta esiin Suomen Akatemian monitieteisyyttä ja poikkitieteellisyyttä suosivien tutkimuslinjausten myötä (Bruun ym. 2005).

The article investigates the identity formation of the membership of a multidisciplinary scientific association, the Society of Social Medicine in Finland. The research asked whether the members of the Society had some kind of identity that refers to social medicine and what reasons did they give for having or not having this identity. The data comes from a postal questionnaire sent to all members of the Society in 1999 (N = 429, the response rate was 63 %). Identity was assessed with the question: "Do you think of yourself as 'a social medicinist?'" About half of the people

who answered the questionnaire had this identity, 30 % had it clearly, and in 22 % of the cases this depended on the situation. The grounds for having the identity were examined in three groups: lacking, clear and situational. In addition, statistical analysis was used to determine explanatory factors. The reasons for having the social medicine practitioner's identity were professional and related either to one's own research activity or practical work. The most significant explanatory factors for a strong identity were the male sex, age less than 40 years, and medical training.

KIRJALLISUUS

- Aarnio A. Kaksi kulttuuria. Humanistin vastuu. Teoksessa Aarnio A. Järki ja auktoriteetti. Puhuttua ja kirjoitettua vuosilta 1988–1994. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, Julkaisuja 9/94, Tampere 1994, 135–145.
- Aukee R. Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituuhannen vaihteessa. *Sosiaalilääk Aikak* 2004:41:137–146.
- Berger PL, Luckmann T. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. Suomentanut ja toimittanut Vesa Raiskila. Gaudeamus, Helsinki 1995, 2. painos. Alkuteos *The Social Construction of Reality* (1966).
- Bourdieu P. Sosiologian kysymyksiä. Käännös JP Roos. Vastapaino, Tampere 1987.
- Bruun H, Hukkinen J, Hautoniemi K, Thompson Klein J. Promoting Interdisciplinary Research. The Case of Academy of Finland. Publications of the Academy of Finland 8/05, Edita, Helsinki 2005.
- Forsberg S. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsentiedustelu 1977. *Sosiaalilääk Aikak* 1979:16:183.
- Hall S. Identiteetti. Suomentanut ja toimittaneet Mikko Lehtonen & Juha Herkman. Vastapaino, Tampere, 2002 (4. painos).
- Hasan J. Sosiaalisen ja fysiologisen keskinäisyydestä lääketieteessä. Väitöstilaisuuden lectio precursoria 1989. Teoksessa Niemi M, Taipale I, Jylhä M, toim. Hyppysellinen suolaa saunan jälkeen. Valikoima Jedit Hasanin kirjoituksia. Kustannus Oy Kunnia, Tampere 1995, 25–31.
- Heikkinen A. Miksi aika, paikka ja tila? Teoksessa Heikkinen A, Borgman M, Henriksson L, Korkiakangas M, Kuusisto L, Nuotio P, Tiilikkala L. Niin vähän on aikaa – ammatillisen kasvun katoava aika, paikka ja tila? Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus, Tampereen yliopisto 2001, 7–22.
- Heikkinen A, Borgman M, Henriksson L, Korkiakangas M, Kuusisto L, Nuotio P, Tiilikkala L. Niin vähän on aikaa – ammatillisen kasvun katoava aika, paikka ja tila? Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus, Tampereen yliopisto 2001.
- Heikkinen E, Hasan J. Biologinen ja sosiaalinen lääketieteessä. *Sosiaalilääk Aikak* 1978:15:211–214, pääkirjoitus.
- Helen I, Jauho M, toim. Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki 2003.
- Hemminki E. Yhteenveto: millaista kansanterveystutkimusta tarvitaan ja miten se tulisi rahoittaa? Teoksessa Gissler M, toim. Kansanterveystutkimuksen tarve ja rahoitus 1990-luvun Suomessa. Seminaariraportti. Suomen Akatemian julkaisuja 5/98, Helsinki 1998, 42–47.
- Hemminki E, Toukoma H. Kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitus Suomen Akatemiassa 1971–95. *Duodecim* 1997:113:519–525.
- Henriksson L. Sosiaalilääketieteen yhdistys 30 vuotta. *Sosiaalilääk Aikak* 2000:37:1–4, pääkirjoitus.
- Ignatius J. Lääketieteet. Teoksessa Suomen tieteen historia, osa 3, luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet, toim. Tommila P & Tiitta A. WSOY, Porvoo 2000, 579–582.
- Isokoski M. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos. *Sosiaalilääk Aikak* 1979:16:265–268, pääkirjoitus.
- Juntunen M, Mehtonen L. Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Gummerus, Jyväskylä 1977.
- Juvonen T. Varjoelämää ja julkisia salaisuuksia. Homoseksuaalisuuden rakentuminen sotienjälkeisessä Suomessa. Vastapaino, Tampere 2002.
- Jääskeläinen M. Lääkärikoulutus. Teoksessa Kauttu K, Kosonen T Suomen Lääkäriliitto 1910–1985. Suomen Lääkäriliitto, Gummerus Jyväskylä 1985, 205–214.

- Kalkas H, Åstedt-Kurki P. Hoitotiedede lääketieteellisessä tiedekunnassa. Teoksessa Visakorpi J, Seppälä R, Pasternack A, Ylitalo P, toim. 30-vuotinen sota. Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1972–2002, Gummerus, Jyväskylä 2003, 260–267.
- Kankaala K, Kaukonen E, Kutinlahti P, Lemola T, Nieminen M, Välimaa J. Yliopistojen kolmas tehtävä. Sitra 264, Edita Publishing Oy, Helsinki 2004.
- Kangas I, Karvonen S, Lillrank A, toim. (2000) Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki 2000.
- Karisto A. Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta. Katsaus suomalaisen terveyden sosiaalisia eroja koskevaan tutkimustoimintaan autonomian ajalta 1930-luvulle. Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia No 3, Helsingin yliopisto, Helsinki 1981.
- Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O. 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. Sosiaalilääk Aikak 1990:27:206–220.
- KM 1970. Tampereen lääketieteellisen opetuksen suunnittelutoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1970:B 117, Helsinki 1970.
- KM 1971. Lääketieteen opintouudistustoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1971:A6, Helsinki 1971.
- Kuokkanen M. Sosiaalilääketiede kliinisenä käytäntönä. Sosiaalilääk Aikak 2000:37:245–250.
- Kuusi P. 60-luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo 1961.
- Laaksovirta T. Tieteellisen tiedon välittyminen yhteiskuntaan. Tutkimus tieteellisen tiedon (lääketiede) välittämisestä ja välittämisestä terveyspolitiikan alueella Suomessa. Acta Universitatis Tamperensis, Ser A, Vol 210, Tampereen yliopisto, Tampere 1986.
- Lehtonen H. Yhteisö. Vastapaino, Tampere 1990.
- Lehtonen M. Saatteeksi. Teoksessa Hall S. Identiteetti. Vastapaino, Tampere 2002, 6 (4. painos).
- Löyttyniemi V. Auscultatio medici: kerrottu identiteetti, neuvottelu, sukupuoli. Tampere University Press, Tampere 2004.
- Marin M. Sosiologia – puhdas tiede? Teoksessa Neittaanmäki L, toim. Enemmän kuin yksi. Sosiologiaa oppimassa Jyväskylän yliopistossa – oppaana professori Faina Jyrkilä. Gummerus, Saarijärvi 2002.
- Metsämuuronen J. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. International Methelp, Helsinki 2001.
- Nukari L. Sosiaalinen sairauksien etiologiassa. Sosiaalilääk Aikak 1986:23:401–405.
- Pietilä V, Kopteff P J. (1978) Applying public health science: theoretical problems. Community Health 1978:9:227–229.
- Poikolainen K. Sosiaalilääketieteen yhdistys. Sosiaalilääk Aikak 1974:11:188–189.
- Puro K. Terveyspolitiikan perusteet. Forum – kansanterveys, Tammi 1973.
- Rauhala P-L. Suomalaisen sosiaalilääketieteen eräitä juuria. Sosiaalilääk Aikak 1980:17:156–165.
- Riska E, Lahelma E. Terveyden sosiologian kehitys ja asema Suomessa. Sosiaalilääk Aikak 1984:21:197–205.
- Ronkainen S. Ajan ja paikan merkitsemät. Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus. Gaudeamus, Helsinki 1999.
- Seppälä R. Kahdentuhannen lääkärin koulu. Teoksessa Visakorpi J, Seppälä R, Pasternack A, Ylitalo P, toim. 30-vuotinen sota. Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1972–2002. Gummerus, Jyväskylä 2003, 11–184.
- Sievers K. Sosiaalilääketieteen ja lähialojen sisällön kehitys. Sosiaalilääk Aikak 1979:16:125–127, pääkirjoitus.
- Sinkkonen S, Kinnunen J. Terveystieteiden eriytymisprosessi, terveyshallintotieteen identiteetti ja suhde lähitieteisiin. Hoitotiede 1999:11:311–324.
- Snow CP. The Two Cultures. Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- Stacey M. Medical ethics and medical practice: a social science view. Journal of medical ethics 1985:11:14–18.
- Suomen Akatemia. Kansanterveyden tutkimuksen kehittämissuunnitelma vuosille 1977–81. Kansanterveyden tutkimusjaosto, Helsinki 1975.
- Suomen Akatemia. Tieteenkeskustoimikunnan tiedepoliittinen ohjelma 1972. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1972.
- Tuovinen R. Keskustelua sosiaalilääketieteestä. Sosiaalilääketiede ja sen tutkimuskohde -seminaari Teisko 16.–17.5.1980. Sosiaalilääk Aikak 1981:18:86–95.
- Vuorinen R. Persoonallisuus ja minuus. WSOY, Juva 1995.
- Ylijoki O-H. Akateemiset heimokulttuurit ja noviisien sosialisatio. Vastapaino, Tampere 1998.

RANJA AUKEE
THL, lehtori
Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi

Suomessa toteutettiin 1970-luvun alussa perusterveydenhuollon, lääketieteen peruskoulutuksen ja tiedepolitiikan uudistukset, joiden seurauksena myös sosiaalilääketieteen ja hygienian laitokset yliopistoissa muuttuivat kansanterveystieteen laitoksiksi. Kansanterveystiede syrjäytti sosiaalilääketieteen sekä tieteenalana että oppiaineena. Suomen Akatemia tuki kansanterveyden tutkimusta erityisenä painoalana. Suomalainen termi ”kansanterveystiede” (Science of Public Health) vastaa kansainvälisessä käytössä olevaa termiä ”Public Health”. Sosiaalilääketiede jäi kuitenkin alan yhdistyksen ja lehden nimeen. Vanhan sosiaalilääketieteen perinnettä jatkaa sosioekonominen terveystutkimus, jolla on yhteyksiä väestötieteeseen, epidemiologiaan, terveyden sosiologiaan ja kansanterveystieteeseen. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistölle vuonna 1999 tehdyssä kyselyssä (n = 429, vastausprosentti 63) kysyttiin jäsenistön kantaa tieteenalan aseman muutokseen ja nimeen. Yli puolet jäsenistöstä kannatti nykyistä yhdistyksen ja lehden nimeä (Sosiaalilääketieteen yhdistys ry., Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti) ja yksi neljäsosa kannatti nimen vaihtamista kansanterveystieteeksi. Nykyistä nimeä kannattivat kauan yhdistyksessä olleet, lääketieteen ja yhteiskuntatieteen edustajat sekä tutkijat. Uutta nimeä kannattivat uudet jäsenet, joista suurin osa oli sairaanhoidon koulutuksen omaavia sekä muiden tieteenalojen edustajia. Sosiaalilääketieteessä nähtiin arvokkaaksi sosiaalisen näkyminen nimessä ja alan historiallinen perinne sekä asema. Kansanterveystieteen taas koettiin olevan nykyaikaisempi ja alueeltaan laajempi. Suhtautumista tieteenalan aseman muutokseen ja nimeen selittivät parhaiten vastaajan peruskoulutus, työn laatu sekä identifioituminen sosiaalilääketieteilijäksi.

RANJA AUKEE

JOHDANTO

Kun me tamperelaiset kansanterveystieteen tutkijat vierailimme 1970-luvun puolenvälin aikoihin Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksella, ihmettelimme käytävän molemmiin puolin näkyviä laboratoriolaitteita ja vesialtaita. Nuoruuden naiiviudella tunsimme ylimielisyyttä omasta kansanterveystieteestämme, jonka ympäristössä ei alkujaankaan näkynyt merkkejä vanhasta hygienia-ajasta. Uudet kansanterveystieteen laitokset olivat aloittaneet toimintansa, vanhat laitokset olivat muuttaneet nimensä ja terminologian uudistamisen myötä oli luotu kansanter-

veystiede. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksessa oli aika ajoin käyty nimikeskustelua, mikä yleensä tiivistyi kysymykseksi: pitäisikö yhdistyksen ja lehden nimissä sosiaalilääketiede muuttaa kansanterveystieteeksi? Nimenmuutosta perusteltiin muun muassa sillä, että alan yliopistolliset laitokset olivat nimeltään kansanterveystieteen laitoksia ja että muissa maissa vastaava termi oli ’Public Health’. Vanha nimi on kuitenkin pitänyt pintansa.

Sosiaalilääketiede syntyi 1800-luvulla ja kansanterveystiede 1900-luvulla noin 100 vuotta myöhemmin. Kirjallisuudessa nämä kaksi esiinty-

vät välillä omina tieteenaloinaan, välillä toisiaan sujuvasti korvaavina tai yhtä aikaa, ikään kuin samaa tarkoittaen. Tieteet eriytyvät ja integroituvat ja saavat kunkin aikakauden tarpeiden ja kulttuurin painotusten mukaisesti myös uusia nimiä. Nimeäminen voi tapahtua etu- tai jälkikäteen. Sosiaalilääketiede nimettiin jälkikäteen, kun ympäristötekijöiden vaikutus terveyteen alettiin yhä paremmin tuntea. Kansanterveystiede taas nimettiin etukäteen, kun tieteenala nimettiin ennen kuin sen uudet tiedeinstituutiot olivat ehtineet tuottaa tutkimusta. Sosiaalilääketieteen ja kansanterveystieteen historiassa on ollut useita murroskausia, jotka ovat vaikuttaneet tieteenalan asemaan ja käytettyihin käsitteisiin.

SOSIAALILÄÄKETIETEEN SYNTY

Sosiaalilääketieteen syntyyn vaikuttivat monet yhtäaikaiset prosessit: teollinen vallankumous, työläisten asema, epidemioiden pelko ja lääketieteessä tapahtunut kehitys. Hannu Vuoren mukaan sosiaalilääketiede oli se osa lääketiedettä, joka ryhtyi tutkimaan sosiaalisten seikkojen vaikutusta sairastavuuteen ja kuolleisuuteen ja sosiaalinen merkitsi kuulumista tiettyyn sosiaaliluokkaan (Vuori 1979, 130–141). 1800-luvulla julkaistiin runsaasti lääketieteellistä tutkimusta, jota voidaan kutsua sosiaalilääketieteelliseksi tutkimukseksi. Aikakautta 1880–1910 onkin kutsuttu sekä lääketieteen että sosiaalilääketieteen kultakaudeksi (ks. Karisto 1981, 28–36, Ignatius 2000, 515–543). Sosiaalilääketieteen sijasta tai rinnalla käytettiin myös termejä hygienia, sosiaaliliygienia, yhteiskuntahygienia, terveydenhoitoppi (ks. Helén ja Jauho 2003, Mikkeli 1995, Erkkilä 1948, 1951, 1963, Rauhala 1980).

Varhainen sosiaalilääketieteellinen tutkimus muistutti nykyaikaista epidemiologista tutkimusta tehtynä ilman sofistikoituja tutkimusmenetelmiä. Tautiprofilissa painottuivat sellaiset taudit, joiden yhteydet aineelliseen köyhyyteen olivat mitä ilmeisimmät. (Karisto 1986, 123–124) Sosiaalilääketieteen ensimmäisen kukoistuskauden on arvioitu päättyneen 1900-luvun alkuvuosikymmenten aikana. Kansalaissodan jälkeen luokakeskustelujen on arvioitu olleen arka aihe ja itsenäistymisen jälkeisessä Suomessa nopeiden yhteiskunnallisten muutosten ohjanneen tutkimusta hallinnon ja politiikan palvelukseen. Lääketieteen puolella luonnontieteellisen paradigman ja lääkärinkunnan omista intresseistä nousevien kysymysten on arvioitu voittaneen jalansijaa. (Rauhala 1980, Karisto 1981).

Murroksen vanhaan sosiaalilääketieteen perinteeseen aiheuttivat konkreettisesti lääketieteen ulkopuolelta tulevat tutkijat, yhteiskuntatieteilijät ja muiden tieteiden edustajat, joita myös kiinnostivat terveyden ja yhteiskunnan väliset suhteet. Yhteiskuntatieteiden yliopistollinen opetus alkoi Suomessa vasta sotien jälkeen. Helsingin yliopistoon vuonna 1945 perustetun valtiotieteellisen tiedekunnan sosiaalipolitiikan professoriksi nimettiin Heikki Waris. Erik Allardtin mukaan etenkin Wariksen panos oli ratkaiseva yhteiskuntatieteiden suunnanmuutokselle. Hän oli tehnyt 1930-luvun alussa tuolloin vielä harvinaisen opintomatkan Yhdysvaltoihin ja hänen tutkimuskohteenaan oli suomalaisen modernin yhteiskunnan rakenne (Allardt 2003, 202). Wariksen väitöskirjan Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle (1934) voi nähdä myös sosiaalilääketieteellisenä tutkimuksena. Tutkimuksen lähtökohta, asetelma ja metodit olivat hyvin samantyyppisiä kuin 1800-luvun sosiaalilääketieteilijöillä. Waris totesi, että ”Helsingin osalta oli jo olemassa laaja ja luotettava aineisto, mutta ne kaikki olivat lääkäreiden kirjoittamia *lääketieteellisiä* tutkimuksia. - -Tämän *sosiaalisen* tutkimuksen lähtökohtana oli käyttää lääketieteellistä tietoa valaisemaan Helsingin yhteiskunnallista kehitystä” (Waris 1973, 267–268). Wariksen aloittama ”sosiaalilääketieteellinen” suuntaus ei kuitenkaan saanut välittömästi jatkajia.

Sosiaalilääketieteen oppikirja ilmestyi vuonna 1957, ennen uuden sosiaalilääketieteen tuleamista. Kirjan kirjoittaja, Leo Noro, toimi sekä Työterveyslaitoksen ja lääkintöhallituksen pääjohtajana että Sosiaalilääketieteen yhdistyksen ensimmäisenä puheenjohtajana. Noron kirja oli käytännönläheinen, sisältäen runsaasti tietoa sosiaaliturvajärjestelmästä, lainsäädännöstä ja hallinnosta (Peräsalo 1968). Esipuheessa Noro toteaa, että vaikka sosiaalilääketieteestä oli käyty vilkasta keskustelua kaikkialla maailmassa, ei ollut päästy yksimielisyyteen siitä, mitä se on. Sosiaalilääketieteen tarpeeseen olivat hänen mukaansa vaikuttaneet muun muassa lääketieteen erikoistuminen ja siihen liittyen ihmisen kokonaisuuden huomiotta jääminen hoidossa, sekä yleensäkin sosiaalisten tekijöiden vaikutuksen liian vähäinen huomioiminen (Noro 1968, esipuhe).

UUSI SOSIAALILÄÄKETIEDE

Sosiaalilääketieteen 1960- ja 1970-lukujen taitteessa tapahtuneen uuden tulemisen merkkipalauksi muovautuivat Kansaneläkelaitoksen Sosiaa-

liturvan tutkimuslaitoksessa vuonna 1964 käynnistyneet kansalliset terveyshaastattelututkimukset (Purola ym. 1967 ja 1971) ja Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustaminen vuonna 1968. Sysäyksen suomalaisen sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamiseen oli antanut kesäkuussa 1967 Göteborgissa pidetty ensimmäinen pohjoismainen sosiaalilääketieteen konferenssi, jossa päätettiin alustavasti pohjoismaisen yhdistyksen perustamisesta ja alan pohjoismaisen lehden *Acta Socio-Medica Scandinavica*:n julkaisemisen aloittamisesta (Kaipainen 1976). Suomen Akatemiassa suunniteltiin ja rahoitettiin kansanterveyden tutkimusta (SA 1972, SA 1975, SA 1980). Lääkäreiden peruskoulutusta uudistamaan perustettu toimikunta suositteli yhteiskuntatieteiden mukaan ottamista lääketieteen opinto-ohjelmaan. (KM 1971, 138–139). Sosiologian, erityisesti väestötieteen professoriksi Helsingin yliopistoon valittu Tapani Valkonen alkoi tehdä tutkimusta väestöryhmien sairastavuus- ja kuolleisuuseroista 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa (Valkonen ja Niemi 1978, Valkonen ja Pyörälä 1981, Valkonen ja Sauli 1981).

Pohjoismaisten sosiaalilääketieteen yhdistysten sosiologijäsenet järjestivät ensimmäisen pohjoismaisen lääketieteellisen sosiologian symposiumin Kööpenhaminassa vuonna 1979. Sosiaalilääketieteilijöiden pohjoismainen yhteistyö sekä kongressien järjestämisessä että yhteispohjoismaisessa julkaisemisessa oli vilkasta, mutta jatkuvasi taloudellisten ja ”ideologisten” erojen sävyttämää. Suurin ero Suomen ja muiden pohjoismaiden yhdistyksissä oli jäsenkunnan rakenteessa. Muissa pohjoismaissa sosiaalilääketieteen yhdistystoiminta on ollut vahvasti lääketieteilijöiden käsissä, lähellä yleislääketiedettä. Suomessa sosiaalilääketiede on ollut vahvimmin monitieteinen ja yhteiskuntatieteilijöiden panos on ollut merkittävä (Sandstedt 1979, Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksen kokouspöytäkirjat 1979–1997).

KANSANTERVEYSTIEDE SYRJÄYTTÄÄ SOSIAALILÄÄKETIETEEN

Suomen Akatemiassa kansanterveyden tutkimuksen tukeminen aloitettiin rakentamalla suurten kansantautien ympärille tautikohtaisia tutkimusohjelmia. Tutkimuksen painopistealueet oli nimetty jo tieteen keskustuimikunnan tiedepoliittisessa ohjelmassa (SA 1972, 34–35). Kansanterveystiede miellettiin kattokäsitteeksi, jonka määrittely todettiin vaikeaksi. Valtion lääketieteellisen toimikunnan 1980-luvun tutkimuksen kehittä-

misraportissa määriteltiin kansanterveystieteellinen tutkimus seuraavasti:

”Kansanterveystieteellisellä tutkimuksella tarkoitetaan useisiin eri tieteenaloihin nojautuvaa terveyden ja sairauksien esiintymisen ja sitä selittävien yksilö- ja yhteisötason tekijöiden tutkimusta sekä terveyspolitiikan ja terveyden ja sairauksien hoitoon tarkoitettujen järjestelmien toiminnan, päämäärien ja vaikutusten tutkimusta” (SA 1980, 5).

Kansanterveystiede on vakiintunut lääketieteellisten tiedekuntien oppiaineeksi, jonka sisällöt vaihtelevat korkeakouluittain. Alan perusteet kiteytyivät oppikirjaksi kuopiolaisten tutkijoiden toimesta vuonna 1994. Teos uudistettiin kokonaan neljä vuotta myöhemmin (Kauhanen ym. 1998). Oppikirjan kirjoittajien suhtautumista sosiaalilääketieteeseen kuvaa se, että kirjan 15-sivuisessa asiasanahakemistossa ei ole sosiaalilääketiede-sanaa; kansanterveystiede ja epidemiologia korvasivat sosiaalilääketieteen. Kirjoittajat toteavat sosiaalilääketieteen olleen ennen synonyymi koko kansanterveystieteelle. He katsovat *kansanterveystieteen* syntyneen 1800-luvulla ennen kaikkea teolliseen vallankumoukseen liittyen. Oppikirjan kirjoittajat totesivat WHO:n määritelmään nojaten, että ”kansanterveystiede on tieteellinen ja käytäntöön sovellettava järjestelmä, jonka tarkoituksena on ehkäistä sairauksia, lisätä elinvuosia ja edistää terveyttä järjestelmällisten yhteiskunnallisten toimenpiteiden avulla”. Nykyisin kansanterveystieteellä ymmärretään heidän mukaansa sellaista terveystiedettä, joka paneutuu sosiaalisten tekijöiden selvittelyyn väestötason terveyskysymyksissä. Lisäksi kansanterveystiede voidaan nähdä yhtenä lääketieteen paradigmana, terveystavoitteisen toiminnan kaiken kattavana yläkäsitteenä tai jopa yhteiskuntatieteenä (emt., 10–11).

SOSIO-EKONOMISTEN TERVEYSEROJEN TUTKIMUS KORVAA SOSIAALILÄÄKETIETEEN

Yhteiskuntatieteilijät eivät ole enää 1980-luvun jälkeen halunneet määritellä sosiaalilääketiedettä, vaan puhuvat sen sijaan sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksesta. Tapani Valkosen aloittama tutkimusperinnettä jatkoi sosiologi Eero Lahelma (Lahelma 1987) Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta käsin. Lahelma työtovereineen julkaisi runsaasti sosioekonomista terveystutkimusta 1990-luvulla (ks. Forssas ym. 1999). Sosioekonominen terveystutkimus oli myös teemana Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden numeroissa 1/1990 ja 4/1995.

Tutkijat puhuivat sosioekonomisten terveys-erojen tutkimuksesta laajasti kansanterveystutkimuksen synonyyminä ja sosiaalilääketieteen korvaajana. Esimerkiksi Eero Lahelma ja Antti Karisto korvasivat vuonna 1995 julkaisemassaan katsauksessa sosiaalilääketiede-termin termeillä ”kansanterveys” ja ”sosioekonominen terveystutkimus”. He kävivät läpi samoja ajanjaksoja ja lähteitä kuin aikaisemmissa kirjoituksissaan (Karisto 1981, Lahelma ja Riska 1988, Karisto ym. 1990), joissa he käyttivät termiä sosiaalilääketiede. Lahelma ja Karisto toteavat katsauksensa aluksi, että he tarkastelevat sitä yli satavuotista kansanterveystutkimuksen perinnettä, jossa kohteena ovat terveyden ja sairauden sosiaaliset ja yhteiskunnalliset kytkennät, erityisesti terveyden sosioekonomiset erot. He kokosivat pitkästä perinteestä nousevia ajankohtaisia tutkimustehtäviä, joihin sosiaalitieteiden ja epidemiologian välimaastoon nykyään sijoittuva sosioekonominen terveystutkimus joutuu vastaamaan (Lahelma ja Karisto 1995, 301). Sosiaalilääketiedettä korvaavaksi termiksi tuli erityisesti sosioekonominen terveystutkimus.

Terveyden sosiologinen tutkimus lisääntyi Suomessa 1980-luvulta lähtien, erityisesti laadullinen terveystutkimus (ks. Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden teemanumerot 1/1994 ja 2/1996), mutta terveyden sosiologia ei ole meillä saavuttanut vankkaa institutionaalista asemaa. Suomessa on kaksi terveyden sosiologian professoria, kuten oli jo 30 vuotta sitten. Alan sisälle ei ole syntynyt vahvaa kriittistä koulukuntaa, kuten esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Englannissa (ks. Karisto ja Rahkonen 2000).

BIOLÄÄKETIEDE AHDISTAA KANSANTERVEYSTIEDETTÄ

1990-luvulla kansanterveystiede ja sosiaalilääketiede vilahtelivat keskusteluissa, mutta silloinkin keskustelijat olivat samoja kuin aiemmin, eikä käsitteiden yhteneväisyys ollut ajatuksena kadonnut. Elina Hemminki ja Henri Toukomaan tutkivat kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitusta Suomen Akatemiassa vuosina 1971–95. Tutkimuksen päätulos oli, että suhteutettuna Lääketieteellisen toimikunnan kokonaisbudjettiin kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitus kasvoi suhteellisesti 1980-luvun alkuun ja pieneni sen jälkeen tasaisesti. Pienenemistä ei selittänyt kansanterveystieteen piiriin kuuluvien hakemusten väheneminen. 1990-luvun puolella myöntöosuudet muuttuivat pienemmiksi kansanterveystieteessä. Mahdollisina syinä tapahtuneeseen tutkijat

toivat esiin seikkoja, jotka ovat olleet vaikuttamassa biolääketieteellisen tutkimuksen suosimiseen (Hemminki ja Toukomaan 1997, 520–524). Kansanterveystutkimus näyttää 1990-luvulla jääneen biolääketieteellisen tutkimuksen varjoon.

Suomen Akatemian terveyden toimikunnan asettama asiantuntijaryhmä (SA 1997) esitti 1990-luvun puolivälissä arvion terveyden tutkimuksen tasosta, kehittämistarpeista, tavoitteista sekä tulevaisuuden näköaloista. Asiantuntijaryhmä jätti kansanterveyden tutkimuksen kokonaan raporttinsa ja siis myös terveystutkimuksen ulkopuolelle. Toisaalla Suomen Akatemia rahoitti merkittävästi terveyden eriarvoisuuden tutkimusta, terveyden edistämisen tutkimusta sekä terveydenhuoltotutkimusta. Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti valtakunnallisen seminaarin ”Terveys-erot hyvinvoinnin haasteena” tammikuussa 2007 osana Hyvinvointi 2015 -ohjelmaa. Kyseisen ohjelman lähtökohtana on periaate, jonka mukaan hyvinvointipolitiikan perustana on yhteisvastuun yhteiskunta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 27).

Tarkastelen tässä artikkelissa empiirisen tutkimuksen tulosten avulla, millaisia näkemyksiä Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenillä oli tieteenalansa aseman muuttumisesta ja nimestä.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin lähettämällä syyskuussa 1999 kyselylomake kaikille Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenille. Lomakkeen palautti 63 prosenttia jäsenistä eli 429 henkilöä. Vastaajat edustivat yhdistyksen jäsenistöä sukupuolen ja kotipaikkakunnan suhteen. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistön itseymmärrystä omasta tieteenalastaan. Tutkimusaineiston muodostavat SPSS-tiedostoksi tallennetut vastaukset ja teksteiksi puretut avovastaustiedostot. Jäsenistön rakennetta ja heidän kokemaansa sosiaalilääketieteilijän identiteettiä on kuvattu aiemmin julkaistuissa artikkeleissa (Aukee 2004 ja 2006). Tässä artikkelissa analysoidaan vastauksia kysymyksiin, jotka koskivat sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman muuttumista ja sosiaalilääketiede-termin säilyttämistä tai muuttamista joksikin muuksi yhdistyksen ja lehden nimissä. Molempiin kysymyksiin esitettiin valmiit vastausvaihtoehdot sekä pyydettiin vastaajaa kirjoittamaan perustelut valitsemalleen vaihtoehdolle. Kysyin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniltä: Mitä mieltä olet termistä sosiaalilääketiede? Pitäisikö se säilyttää tai vaih-

taa joksikin muuksi? Vastausvaihtoehtoja oli viisi. Ne olivat: 1. nykyinen käytäntö on hyvä, 2. voitaisiin muuttaa esimerkiksi kansanterveystieteeksi, 3. sosiaalilääketiede-termi pitäisi ottaa laajempaan käyttöön, 4. jokin muu mielipide, 5. en osaa sanoa.

Riippumattomina muuttujina käytettiin vastaajien ikää, yhdistykseen liittymisajankohtaa, ammatillista peruskoulutusta, työn laatua, sitä onko tehnyt tutkimustyötä vai ei, oppiarvoa sekä sitä, identifioiko itsensä sosiaalilääketieteilijäksi.

Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia sekä logistista regressioanalyysiä. Erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin χ^2 -testillä. Aseman heikkenemistä kuvaavassa mallissa selitettävä muuttuja jaettiin kaksiluokkaiseksi, eli 1 = asema heikentynyt, 2 = asema pysynyt samana tai parantunut. Selittäviksi muuttujiksi valittiin kaikki riippumattomat muuttujat. Regressioanalyysi toteutettiin eteenpäin askeltavalla menetelmällä (Metsämuuronen 2001, 60). Analyysin tulokset on raportoitu OR-lukuina, merkitsevyyttä on selvitetty 95 prosentin luottamusvälejä tarkastelemalla. Vastaajien kantaa yhdistyksen nimen muuttamiseen tutkittiin samalla periaatteella. Mallissa selittävänä muuttujana oli 1 = sosiaalilääketiede nimen säilyttäminen ja 2 = sen muuttaminen. Selittäviksi muuttujiksi valittiin samat taustamuuttujat.

Vastaajat perustelivat kantansa tieteenalan asemaan ja yhdistyksen nimeen lyhyesti omin sanoin. Tarkastelin perusteluita tieteenalan asemaan ryhmissä, jotka yhteensä edustivat 50 prosenttia kaikista perusteluista. Käyttäen kvantifioivaa laadullista menetelmää (Eskola ja Suoranta 1998, 165–175) analysoin perusteluita sen mukaan, mitä vastaajat nimesivät muutoksen aiheuttajiksi. Yhdistyksen nimen säilyttämiseen tai muuttamiseen kirjoitettuja perusteluita tarkastelin sen mukaan

halusiko vastaaja säilyttää nykyisen nimen, muuttaa nimen kansanterveystieteeksi vai ottaa sosiaalilääketiede-termi laajempaan käyttöön ja erotin omaksi luokakseen myös muut mielipiteet.

TULOKSET

SOSIAALILÄÄKETIETEEN/KANSANTERVEYSTIETEEN ASEMAN MUUTTUMINEN

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet näkivät sosiaalilääketieteen/ kansanterveystieteen aseman muuttuneen suhteessa muuhun lääketieteeseen viime vuosina. Lähes yhtä moni koki tieteenalan aseman vahvistuneen kuin heikentyneen tai ei osannut ottaa kantaa asiaan. Joka viides vastaaja katsoi aseman pysyneen vakaana. Tieteenalan aseman kokivat useimmin heikentyneeksi ja harvimminkin vahvistuneeksi yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa työskentelevät. Vahvistuneeksi aseman puolestaan kokivat muiden työnantajien palveluksessa olevat (Taulukko 1). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p = 0.129$), mutta johdonmukaisia.

Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman muutos puhutti lähes kaikkia vastaajia ja mielipiteet olivat riippuvaisia henkilön taustasta. Optimistisimmin alan vahvistumiseen suhtautuivat sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneet ja muut ryhmät, jotka eivät edustaneet sosiaalilääketieteen perinteisesti vahvoja alueita sekä opetuksen ja terveydenhuollon käytännön työtä tekevät. Lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät kokivat useimmin aseman heikentyneen. Pessimistisimmin alan aseman kehitykseen suhtautuivat yhdistyksen alkuaikoina, 1960- ja 70-luvuilla jäseneksi liittyneet, lääketieteilijät, tutkimus- ja hallintotyötä tekevät, korkeasti koulutetut ja sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokeneet. Alan näkivät pysyneen vakaana muita useammin lääke-

Taulukko 1.

Suhtautuminen sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman muuttumiseen vastaajan työnantajan mukaan, %.

Työnantaja	Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema					Yhteensä
	(n)	Heikentynyt	Pysynyt vakaana	Vahvistunut	Ei osaa sanoa	
Valtio, kunta	(154)	27	21	31	22	100
Yliopisto	(104)	29	16	19	36	100
Tutkimuslaitos	(55)	29	26	14	31	100
Yksityinen	(30)	23	17	37	23	100
Joku muu tai useita	(48)	17	21	40	23	100
Kaikki (työssä olevat)	(391)	26	20	27	27	100

Taulukko 2.

Suhtautuminen sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman muuttumiseen vastaajien taustan mukaan (%).

	Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema					p
	(n)	Heikentynyt	Pysynyt vakaana	Vahvistunut	Ei osaa sanoa	
Ikä						
≤ 39	(100)	13	19	28	40	0.032
40–59	(222)	31	19	27	23	
60 ≥	(86)	28	21	29	22	
Liittymisajankohta						
1968–1979	(67)	46	19	30	5	0.001
1980–1989	(87)	37	20	28	16	
1990–1999	(244)	14	20	29	38	
Ammatillinen peruskoulutus						0.001
Sairaanhoidon	(73)	7	18	42	33	
Lääketieteen	(122)	36	24	25	16	
Yhteiskuntatieteen	(84)	30	19	12	39	
Useita peruskoulutuksia	(72)	28	17	31	25	
Joku muu	(64)	19	17	33	31	
Työtyyppi						0.053
Tutkimus	(128)	29	19	18	34	
Opetus	(63)	27	11	38	24	
Hallinto	(56)	32	27	25	16	
Käytäntö	(53)	25	15	34	26	
Joku muu	(115)	19	23	30	27	
Sosiaalilääketieteellinen tutkimus						0.003
Ei ole tehnyt	(142)	23	12	37	29	
On tehnyt	(150)	29	27	24	20	
Riippuu määrittelystä	(107)	24	20	22	35	
Oppiarvo						0.005
Ei oppiarvoa	(34)	15	6	50	29	
Korkeakoulututkinto	(135)	16	21	27	36	
Lisensiaatti	(79)	29	15	32	24	
Tohtori tai dosentti	(123)	33	21	20	27	
Professori	(39)	36	31	23	10	
Sosiaalilääketieteilijän identiteetti						0.008
Ei ole	(195)	24	14	27	35	
On	(120)	31	26	26	18	
Riippuu määrittelystä	(92)	23	24	32	22	

tieteilijät ja hallintotyön tekijät. Kannan ottaminen ylipäätään tähän kysymykseen oli vaikeinta nuorille, viimeksi mukaan tulleille, tutkijoille ja yhteiskuntatieteilijöille (Taulukko 2).

Logistinen regressioanalyysi tuotti kolme aseman muutosta tilastollisesti merkitsevää selittävää muuttujaa (Taulukko 3). Yhdistykseen liittymisen ajankohta selitti tieteenalan aseman heikkenemistä siten, että kuta kauemmin henkilö oli ollut jäsenenä, sitä enemmän hän koki aseman heikentyneen. Peruskoulutus selitti heikkenemisen kokemusta siten, että lääketieteilijöillä, yhteiskuntatieteilijöillä ja useita koulutuksia omaavilla oli selvästi suurempi taipumus kokea tieteenalan asema heikentyneeksi kuin sairaanhoitajilla.

Työn laatu selitti heikkenemisen kokemista siten, että opetus-, hallinto- ja terveydenhuollon käytännön työtä tekevät eivät eronneet tilastollisesti tutkimusta tekevästä, mutta tutkimusta tekevillä oli suurempi riski kokea tieteenalan asema heikentyneeksi kuin niillä joiden työ kuului luokkaan ”muu työ”. Muun työn tekijät olivat tutkimustyön tekijöiden jälkeen suurin ryhmä ja siihen kuului enimmäkseen henkilöitä, joiden työssä yhdistyivät opetus, tutkimus, käytännön työ ja hallinto erilaisin yhdistelmin.

Vastaajien perustelut kantaansa tieteenalan asemaan jakaantuivat neljään suurempaan ryhmään, jotka olivat osittain tulkittavissa toistensa vastakohtiksi (Taulukko 4).

Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman heikkenemiseen koettiin ennen muuta olleen syynä biolääketieteen nousu ja rahoituksen kasvu. Ristiriitainen näkemys alan arvostuksessa

tapahtuneesta muutoksesta heijastanee vastaajien erilaisia asemia ja kokemuksia tieteenalan sisällä.

Taulukko 3.

Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenten kokema sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman heikkeneminen jäsenten taustan mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi. Kerroinsuhde OR ja sen 95 %:n luottamusväli.

Muuttuja	OR	95 %:n luottamusväli
Liittymisvuosi		
1968–1979	1.00	
1980–1989	0.40	0.18–0.88
1990–1999	0.12	0.05–0.30
Peruskoulutus		
Sairaanhoidon	1.00	
Lääketieteen	6.10	1.8–21.2
Yhteiskuntatieteen	5.10	1.5–16.8
Useita	1.51	1.6–16.8
Joku muu	3.30	0.9–11.4
Työtyyppi		
Tutkimus	1.00	
Opetus	1.10	0.5–2.9
Hallinto	1.00	0.4–2.3
Käytäntö	0.80	0.3–2.2
Joku muu	0.40	0.2–0.9

SOSIAALILÄÄKETIEDE TIETEENALAN NIMENÄ

Kysyttäessä mitä mieltä vastaajat olivat termistä sosiaalilääketiede, oli nykyisen käytännön kannattajien ryhmä suurin (44%). Kun siihen lisätään käytön laajentamista haluavien osuus (13 %), tulee nykykäytäntöä kannattavien osudeksi yli puolet vastaajista. Joka neljäs vastaaja kannatti nimen muuttamista kansanterveystieteeksi. Myönteisimmin sosiaalilääketiede-termiin suhtautuivat tutkimuslaitoksissa ja yliopistoissa työskentelevät. Kansanterveystieteeksi muuttamista kannattivat eniten valtion, kunnan ja yksityisen palveluksessa olevat (Taulukko 5). Suhtautuminen nimenmuutokseen työnantajan mukaan ei ollut yhtä johdonmukaista kuin suhtautuminen tieteenalan aseman muutokseen. Erot eivät myöskään olleet tilastollisesti merkitseviä ($p = 0.310$).

Nykykäytännön kannattajia olivat yhtä vaakaasti lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät; 55 prosenttia kummankin alan peruskoulutuksen saaneista oli vanhan nimen säilyttämisen kannalla. Eniten muutosta kaipasivat sairaanhoitajat, joista lähes kolmannes toivoi nimen muuttamista

Taulukko 4.

Tärkeimmät perustelut sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman heikentymiselle ja vahvistumiselle (%).

Heikentymisen perustelut (n = 44)		Vahvistumisen perustelut (n = 35)	
1. Biolääketiede, teknologia valtaa alaa	39	1. Alan tutkimus vahvistunut	37
2. Sosiaalilääke-/kansanterveystiede heikentynyt	27	2. Yhteiskunnallinen tarve kasvanut	26
3. Rahoitus vähentynyt	20	3. Alan arvostus lisääntynyt	20
4. Yhteiskunnallinen merkitys vähentynyt	14	4. Terveystieteiden tarpeet kasvanut	17
Yhteensä	100		100

Taulukko 5.

Suhtautuminen sosiaalilääketiede-termiin yhdistyksen ja lehden nimissä vastaajien työnantajien mukaan (%).

Työnantaja	Sosiaalilääketiede-termiin esiintyminen nimissä						
	(n)	Nykyinen käytäntö hyvä	Voitaisiin muuttaa kansanterv. tieteeksi	Sosiaalilääketiede-termi laajempaan käyttöön	Muu mieltipide	Ei osaa sanoa	Yhteensä
Valtio, kunta	(157)	43	26	13	9	9	100
Yliopisto	(106)	46	20	12	11	10	100
Tutkimuslaitos	(55)	55	20	7	5	13	100
Yksityinen	(31)	26	26	23	10	16	100
Joku muu, useita	(49)	43	16	10	20	10	100
Kaikki	(398)	44	22	13	11	11	100

Taulukko 6.

Suhtautuminen sosiaalilääketiede -termiin yhdistyksen ja lehden nimessä vastaajien taustan mukaan (%).

	(n)	Nykyinen käytäntö hyvä	Voitaisiin muuttaa kansanterveystieteeksi	Sosiaalilääketiede laajempaan käyttöön	Ei kantaa	p
Ikä						0.054
≤ 39	(101)	38	32	8	23	
40–54	(225)	42	22	15	21	
55 ≥	(88)	49	20	10	20	
Liittymisajankohta						0.584
1968–1979	(67)	43	24	13	19	
1980–1989	(90)	53	18	9	20	
1990–1999	(246)	39	27	13	22	
Ammatillinen peruskoulutus						0.001
Sairaanhoidon	(76)	30	33	9	28	
Lääketieteen	(124)	55	18	10	17	
Yhteiskuntatieteen	(84)	55	7	19	19	
Useita	(73)	45	34	7	14	
Joku muu	(64)	19	36	13	32	
Työtyyppi						0.002
Tutkimus	(129)	54	19	7	20	
Opetus	(62)	27	29	24	20	
Hallinto	(58)	48	28	16	8	
Käytäntö	(54)	41	17	15	28	
Joku muu	(119)	39	29	7	25	
Sosiaalilääketieteellinen tutkimus						0.036
Ei ole tehnyt	(143)	34	30	15	19	
On tehnyt	(153)	52	23	10	15	
Riippuu määrittelystä	(107)	43	18	11	28	
Oppiarvo						0.227
Ei oppiarvoa	(35)	40	26	9	25	
Korkeakoulututkinto	(136)	37	34	14	16	
Lisensiaatti	(79)	52	17	10	22	
Tohtori tai dosentti	(125)	44	17	12	27	
Professori	(39)	49	24	7	19	
Sosiaalilääketieteilijän identiteetti						0.036
Ei ole	(143)	34	30	15	19	
On	(153)	52	23	10	15	
Riippuu määrittelystä	(107)	43	18	11	28	

kansanterveystieteeksi. Sosiaalilääketiede-termin käytön laajentamista kannatettiin eniten yhteiskuntatieteilijöiden parissa. Nimenmuutosta kannattivat nuorimmat jäsenet ja nykyisen nimen säilyttämistä vanhimmat ikäryhmät. Tutkimustyön tekijät suhtautuivat nykyiseen nimikäytäntöön myönteisemmin kuin muut, kun esimerkiksi opetustyötä tekevät olivat hieman useammin nimen muuttamisen kuin säilyttämisen kannalla. Tutkijakoulutuksen saaneet (eli vähintään lisensiaatin tutkinnon suorittaneet) ja sosiaalilääketieteilijän identiteetin omaavat olivat useammin sosiaalilääketiede-nimen säilyttämisen kannalla (Taulukko 6).

Logistisessa regressioanalyysissä löydettiin kolme merkitsevää selittävää muuttujaa yhdistyksen nimen muuttamishalulle. Peruskoulutuksella,

työn laadulla ja sosiaalilääketieteilijän identiteetillä oli vaikutusta siihen, halusiko vastaaja vaihtaa sosiaalilääketieteen kansanterveystieteeksi. Nimenmuutosta toivoivat sairaanhoitajat enemmän kuin lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät. Kaikista eniten muuttamista halusi ryhmä ”muut”, joihin kuului useiden eri tieteenalojen edustajia, muun muassa ravitsemustieteilijöitä ja psykologeja. Sosiaalilääketiede-termin kannattaminen näytti kytkeytyvän tutkijaidentiteettiin, joko lääketieteelliseen tai yhteiskuntatieteelliseen, sekä siihen, että tuntee itsensä sosiaalilääketieteilijäksi.

Melkein kaikki vastaajat ottivat kantaa nimikysymykseen (98 prosenttia), mutta vain 46 prosenttia perusteli mielipiteensä. Nykyisen nimikäytännön kannattajat perustelivat muita harvemmin

Taulukko 7.

Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenten mielipide sosiaalilääketieteen muuttamisesta kansanterveystieteeksi yhdistyksen ja lehden nimessä vastaajien taustan mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi. Kerroinsuhde OR ja sen 95 %:n luottamusväli.

Muuttuja	OR	95 %:n luottamusväli
Peruskoulutus		
Sairaanhoidon	1.00	
Lääketieteen	0.40	0.17–0.93
Yhteiskuntatieteen	0.17	0.59–0.50
Useita	0.82	0.36–1.89
Joku muu	3.19	1.17–8.74
Työtyyppi		
Tutkimus	1.00	
Opetus	2.91	1.17–7.28
Hallinto	1.75	0.73–4.23
Käytäntö	0.54	0.18–1.61
Joku muu	2.10	1.00–4.34
Sosiaalilääketieteilijän identiteetti		
On	1.00	
Ei ole	2.17	1.10–4.28

kantansa, kun taas henkilöt, joilla oli omaperäinen kanta asiaan, perustelivat muita useammin.

Sosiaalilääketiede pitäisi säilyttää

Sosiaalilääketieteen historiallista arvoa korostaneet näkivät arvoa yhdistyksellä, lehdellä, termillä ja toiminnan sisällöllä, esimerkiksi:

”sosiaalilääketiede on ainakin minulle historiansa ansiosta saanut varsin laajan merkityksen – se ei assosioitu vain lääketieteeseen (nimessä olevasta lääketiede-sanasta huolimatta)”

”en näe mitään syytä termin vaihtamiseen, onhan sisältö ”elänyt” tähänkin asti”

”lehti on vuosia ilmestynyt nykyisellä nimellä; vakiintunut asema”

Nykyisen nimen katsottiin myös antavan yhdistykselle statusta ja profilia:

”’sosiaalilääketiede’ kuvaa hyvin tärkeitä sisällöllistä opinalaa”

”yhdistyksen status ja jäseneksi hakeutuminen oletettavasti korkeampi ja jäsenyys halutumpaa”

”nimi profiloit yhdistyksen ja lehden linjaa”

Tieteenalan substanssia korostavissa perusteluissa kuvastui sosiaalilääketieteen laaja-alaisuus tai monitieteisyys sekä sosiaalisen näkyminen tieteenalan nimessä:

”Suomessa sosiaalilääketiede ymmärretään riittävän laajana, tähän ei päde muissa Pohjoismaissa”

”on hyvä, että termi ”sosiaalinen” sisältyy saanaan, se johdattaa ajatuksen terveyden ja sairauden yhteiskunnalliseen ulottuvuuteen”

”liittyy selkeästi yhteiskuntatieteisiin, vrt. sosiaalipolitiikka”.

Määrittelyn vaikeus tuli esiin erityisesti suhteessa kansanterveystieteeseen. Osa aloitti laajuus – suppeus -keskustelun toteamalla, että sosiaalilääketiede on laajempi käsite kuin kansanterveystiede ja osa taas päinvastoin näki kansanterveystieteen laajempaan:

”kansanterveystiede kaventaisi, koska käytössä yliopistolla laitosten nimissä sos.lääk. tiede viittaa nykyisin monitieteiseen terveystutkimukseen, koska sitä on käytetty”

”kansanterveystiede lienee liian laaja yhdelle seuralle – tartuntataudit, perimä jne. saattaisivat viedä yhteiskuntaperäisiltä terveyden määrääjiltä kaikupohjan”

”kansanterveystiede nojaa liikaa epidemiologiseen perinteeseen, se ei sisällä terveyspalvelujen järjestämisen, johtamisen, laajasti hallinnon ja talouden problematiikkaa”

Neljänteen ryhmään, jonka nimesin muutos ei ole tarpeen -perusteluiksi, kuului alaryhmä, joka perustelunaan totesi, että nykyinen käytäntö on hyvä tai ei selvästikään ollut tullut aiemmin koko asiaa ajatelleeksi.

Mielipiteet jakautuivat tasan tradition arvoja, sosiaalisen sisällöllistä merkitystä ja eroa kansanterveystieteeseen korostavien välillä. Sosiaalilääketieteen sisällöstä sanottiin oikeastaan suoraan hyvin vähän tässä yhteydessä, tärkeämpää oli ikään kuin osoittaa että se oli ”parempaa” kuin kansanterveystiede.

Sosiaalilääketiede pitäisi muuttaa kansanterveystieteeksi

Sosiaalilääketiede-termin muuttamista kansanterveystieteeksi kannatti 24 prosenttia vastaajista. Kansanterveystiede oli selvästikin eniten kannatusta saanut yksittäinen termi, johon vanha termi voitaisiin vaihtaa. Sosiaalilääketieteen säilyttämistä kannattaneet olivat ennen kaikkea vedonneet yhdistyksen ja nimen kunniakkaaseen perinteeseen, kansanterveystieteen kannattajat pitivät sosiaalilääketiedettä auttamattoman vanhanaisena:

”termi on vanhahtava, muttei kai sen paremmin tai huonommin tunnettu kuin kansanter-

veystiede-termikään”
”sosiaalilääketiede kuulostaa vanhanaikaiselta, eikä kuvaa tutkimuksen laajuutta”
”’sosiaalilääketiede’ vanhahtava termi, josta tulee ensisijaisesti mieleen 60-luvun radikaalismi”

Kansanterveystieteen paremmuutta perusteltiin selkeydellä ja sitä kuvattiin monin sanankääntein:

”kansalle sisällöltään ymmärrettävämpi, joskin sosiaali- ja terveystoimen lähentyminen voisi puoltaa sosiaali-sanana käyttöä; mutta lääketiede on ahdas käsite”
”kansanterveystiede kertoo ”tavalliselle pulliaiselle” enemmän kuin sosiaalilääketiede-termi, saa heti käsityksen siitä, mistä on kyse”
”nykyinen nimi saattaa jättää asiaa tarkemmin tuntemattoman epätietoiseksi, tuntua jopa mystiseltä”

Kansanterveystiede on sen kannattajien mielestä ehdottomasti laajempi käsite kuin sosiaalilääketiede:

”sosiaalilääketiede on suppea kuvaus siitä toiminnasta ja kiinnostuksien kohteesta mitä seuralla, jaoksilla ja jäsenillä on”
”minun käsitykseni mukaan laajempi ja kansainvälisesti tunnettu nimike”
”minusta sosiaalilääketiede terminä rajaa (ulkopuolisten) ajattelun terveyden sosiaaliin ja kulttuurisiin tekijöihin. Kansanterveystiede kattaa alan mielestäni paremmin riittävän yleisenä terminä. Esim. epidemiologia sopii aika huonosti sosiaalilääketieteen alle”

Kansanterveystieteen puolustajilla oli horisontissaan kaksi peikkaa. Toisen nimi on ”sosiaalinen” ja toisen ”lääketiede”. Sosiaalisella on vastaajien mukaan sivuvivahteita, pahimmillaan se viittaa ei-toivottuihin asioihin, ja parhaimmillaankin se on epämääräinen, sekava ja kapea. Sen voisi jättää muuhun tarkoitukseen, kuten yksi vastaaja asian ilmaisi. Sosiaalisen ongelmallisuuteen liittyviä perusteluja olivat:

”sanaa ja käsitettä ”sosiaali” on vaikea määrittellä ja rajata. Sen käyttöön liittyy vivahteita, jotka eivät ole myönteisiä (esim. sosiaali-hygienia) → rodullinen puhdistaminen (?)”
”sosiaali viittaa köyhäinapuun! Lääketiedesana on liian rajoittava. Terveystiede on positiivinen tavoitesana ja laaja-alainen”
”sosiaali” rajaa tarpeettoman paljon. ”Terveys” poliittisempi käsite kuin patologiselta kuulostava lääketiede”

Lääketieteen esiintyminen nimessä oli myös monien mielestä ongelmallista:

”suuri osa tehtävästä tutkimuksesta ja työstä ei ole lääketiedettä”
”’lääketiede’ termi on liian kova ja vakiintunut ihmisten mielissä lääkärin ammattiin. Lehden sisältö on laaja-alaisempi. Sosiaalilääketiede ei ole tarpeeksi kuvaava asiaa tuntemattomalle”
”loppuosa -lääketiede suppeampi kuin (kansan)terveystiede, joka sisältää mm. käyttäytymistieteellisen aspektin. Lisäksi sana ”sosiaali” voi tuoda muunlaisia mielleyhtymiä. Kansanterveystiede sis. siis käytt.tiet., sosiaalitiet. ja lääketiet. näkökulmat”

Kansanterveystieteen kannattajien joukosta löytyi vielä ryhmä, joka halusi muutosta, koska maailma on muuttunut ja oppialan nimi, laitosten nimet ja kansainvälinen käytäntö suosivat kansanterveystiedettä:

”sosiaalilääketieteen sanoma on muuttunut koko kansan sanomaksi: olemme siirtyneet riskiryhmien hoidosta koko väestön sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen”
”kansanterveystiede olisi parempi, koska oppialakin on sitä. Sos.lääketiede kuulostaa monien korvaan epämääräiseltä ’sosiaalipuuhailulta’ ja vähemmän ’tieteelliseltä’.”
”’Sosiaalilääketiede’ yhdistetään poliittiseen vasemmistolaisuuteen, joissain piireissä ehkä vieroittaa tämä Social medicine & public health → community health → olisiko yhteiskuntalääketiede? → kansanterveystiede on hyvä – miksi ei alun perin ole valittu kansanterveystiede-nimeä?”

Nimenmäärittelyjen perustelut vaikuttivat pinnallisilta, mikä johtuu vastausten lyhydestä. Toisaalta ne saattoivat juuri tällaisina paljastaa olennaisen helpommin kuin pitkät jaarittelut.

Sosiaalilääketiede-termi pitäisi ottaa nykyistä laajempaan käyttöön

Sosiaalilääketieteen ottamista laajempaan käyttöön kannatti 11 prosenttia yhdistyksen jäsenistä. He toivat vastauksissaan esiin sosiaalisen merkityksiä. Osassa vastauksia korostetaan sosiaalilääketieteen ”hyvyyttä” vedoten sen kunniakkaaseen perinteeseen, aivan kuten tekivät termin säilymistä toivoneet:

”vanha kunniakas käsite, lääketieteellinen sosiologia ei minusta kata kaikkea sitä mitä termi sosiaalilääketiede edustaa (epidemiologia myös suppea ja kansanterveyst. liian laaja)”
”sosiaalilääketiede on hyvä vanha termi, joka pitää alan kiinni omassa historiassaan. Ehkä olisi hyvä palauttaa termi myös yliopisto-ope-

tukseen – nyt sitä ei ole esim. kansanterveystieteessä”

”nimi on hyvä, sopii kattokäsitteeksi mm. kansanterveystieteelle. On hyvä että lääketieteen yhteys ”sosiaaliseen” on jossain selvästi näkyvissä”

Vastaajat pohtivat ja kuvasivat sosiaalilääketieteen ja lähitieteiden suhdetta, sosiaalisen merkitystä terveyden tutkimisessa ja käytännön työssä. Sosiaalisen merkitys korostui useimmissa vastauksissa. Kun kansanterveystieteen kannattajat ikään kuin karttoivat tai pelkäsivät ”sosiaalista”, tuotiin tässä ryhmässä esiin sosiaalisen sisältöjä positiivisissa merkityksissä

Muut mielipiteet

Muissa mielipiteissä nousi esiin ärtymys lääketieteen esiintymiseen nimessä. Lääketieteen katsottiin rajaavan nimessä liikaa pois sekä ihmisiä että tutkimusaloja. Kritiikki ei siis kohdistunut lääketieteeseen sinänsä, vaan kyse oli siitä, että sosiaalilääketieteen katsottiin olevan paljon muutakin kuin lääketiedettä. Suhde kansanterveystieteeseen ei ollut niin intohimoja nostattava kuin suhde lääketieteeseen. Kansanterveystiede voi viitata liikaa terveyspuoleen, se voi olla liiankin yleinen termi ja uutena vivahteena tuli esiin, että nimi viittaa vain yhteen kansaan, ei kansoihin. Kompromisseina esitettiin molempien termien esiintymistä nimessä, tai että ne ovat yhtä huonoja, mutta parempia kuin vanha hygienia. Muissa vastauksissa tuotiin esiin, ettei termillä ole väliä, koska sisältö ja toiminta ratkaisevat tai ettei vaihto ylipäänsä olisi tarpeen tai että pääasia on, että terveys-sana näkyy nimessä tai esitettiin uutta nimeä. Muut nimet, joita ehdotettiin, olivat: terveyden edistäminen (2 kpl), terveystieteet, kansanterveys, yhteisöterveys, sosiaaliterveystiede (2 kpl), väestöterveystiede, terveyden sosiaalitiede, hyvinvointilääketiede, sosiaalilääketiede ja kansanterveystiede.

POHDINTA

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenillä ei ollut vuonna 1999 yhdenmukaista kantaa tieteenalansa kehityksestä. Peruskoulutus ja työn laatu selitivät parhaiten sekä suhtautumista sosiaalilääketieteen aseman muutokseen että tieteenalan nimeen. Sosiaalilääketieteen muuttamista kansanterveystieteeksi kannattivat eniten viimeksi jäseneksi liittyneet, jotka myös kokivat tieteenalan vahvistuneen. Kauan jäsenenä olleet kokivat tieteenalan aseman heikentyneen ja halusivat säilyt-

tää nykyisen nimen. Käytännön terveydenhuolto-työtä tekevät olivat useammin uuden nimen kannalla, kuten myös suuri osa opettajista. Lääketieteilijöiden joukko jakautui kahtia: osa oli sosiaalilääketieteen, osa kansanterveystieteen kannalla. Tutkijat jakautuivat kahteen ryhmään työaseman mukaan. Pelkästään tutkimustyötä tekevät kokivat tieteenalan aseman useammin heikentyneeksi kuin ne, joiden työnkuvaan yhdistyi tutkimuksen lisäksi opetusta, hallintoa tai käytännön työtä.

Kysely tehtiin ajankohtana, jolloin monilla tutkijoilla oli omakohtaisia kokemuksia kansanterveystutkimuksen suhteellisen rahoitusosuuden pienenemisestä Suomen Akatemiassa. Asiasta oli valmistunut myös tutkimus (Hemminki ja Toukoma 1997) ja siitä oli keskusteltu kansanterveystutkimuksen rahoitusseminaarissa (Gissler ym. 1998). Yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa työskennelleet kokivat yhtä lailla sosiaalilääketieteen aseman heikentyneeksi. Samoissa piireissä on tunnettu myös virkapolitiikka, joka ei ole suosinut esimerkiksi yhteiskuntatieteilijöitä lääketieteen laitosten virkanimityksissä tai terveystieteilijöitä yhteiskuntatieteiden laitoksilla. Lisääntynyt akateeminen pätkätyöläisyys on myös taustalla vaikuttamassa pessimistisiin tulevaisuudennäkömiin nuorilla tieteen tekijöillä.

Kansanterveystieteen ja sosiaalilääketieteen juuret ovat samassa 1800-luvun sosiaalisen lääketieteen ja kansanvalistuksen perinteessä. Kansanterveysuudistuksen myötä 1970-luvun alussa luodut uudet yliopistolliset laitokset ja uusi oppiaine, kansanterveystiede, nielaisi perinteisen sosiaalilääketieteen. Käytännössä samat henkilöt jatkoivat työtään pitkään ja osittain jatkavat vieläkin. Käsitteiden käyttö on edelleen horjuvaa.

Vastaajien perustelut tieteenalan asemaan näyttivät jakaantuneen sen mukaan kokivatko he itsensä enemmän sosiaalilääketieteilijäksi vai kansanterveystieteilijäksi. Tässä tutkimuksessa sosiaalilääketieteilijät kokivat tieteenalansa heikentyneen ennen kaikkea siksi, että niin kutsuttu biolääketiede oli lisännyt rahoitusosuuttaan lääketieteen tutkimusrahoituksessa ja kansanterveystieteilijät kokivat tieteenalan vahvistuneen siksi, että sen yhteiskunnallinen kysyntä ja arvostus olivat kasvaneet. Kansanterveystieteen opetus oli vakiintunut terveydenhuollon oppilaitoksissa. Käytännön terveydenhuoltotyötä edustaneista sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneista monet olivat opetustehtävissä. Tästä perspektiivistä katsoen sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema oli vahvistunut. Tuloksia voi tulkita myös

niin, että tieteenä sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen koettiin heikentyneen, oppiaineena vahvistuneen. Tämä ristiriitaiselta vaikuttava tulos voitaneen ymmärtää siten, että sosiaalilääketieteilijöiksi itsensä kokeneet olivat mieltäneet alan enemmän tieteen ja tutkimuksen alaksi, käytännön työntekijät oppiaineeksi ja käytäntöön sovelletuksi tieteeksi.

Historia heijastui mielipiteisiin oman kokemustaan lisäksi. Vastaaajien kannatus tieteenalan nimelle oli looginen edellä tieteenalan asemasta esitettyjen tulosten kanssa. Sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneet ja nuoret kannattivat kansanterveystiedettä ja yhteiskuntatieteilijät toivoivat sosiaalilääketiede-nimen laajempaa käyttöön ottoa. Sosiaalilääketieteen yhdistyksessä oli selkeästi kaksi erilaista ryhmää: ensiksikin nk. vanha kaarti, pitkään yhdistyksessä ollut ja kauan tutkimustyötä tehnyt sosiaalilääketieteilijöiden joukko, joka koostui pääasiassa lääke- ja yhteiskuntatieteilijöistä sekä uudet tulokkaat, sairaanhoidon peruskoulutuksen omaavat ja muiden tieteenalojen edustajat, jotka identifioituivat kansanterveystieteen kannattajiksi. Lääketieteen edustajat jakautuivat melko tasaisesti molempiin ryhmiin. ”Oman” tieteenalan nimeä perusteltiin kummassakin ryhmässä melko samanlaisin argumentein. Erottavaksi tekijäksi osoittautuivat käsitteet ”sosiaalinen” ja ”kansa” – niidenkin sisältö sai kuitenkin monenlaisia merkityksiä. Tässä kahtiajaossa voi nähdä yhtäläisyyttä amerikkalaisen sosiaalilääketieteen jakautumiseen latinalais-amerikkalaiseen ja anglo-amerikkalaiseen suuntaukseen (ks. Porter 2006). Latinalais-amerikkalainen traditio korostaa terveyden yhteiskunnallisia ja rakenteellisia determinantteja, anglo-amerikkalainen elämäntapalääketiedettä (käyttäytymislääketiedettä).

Suhtautuminen tieteenalan asemaan ja nimeen oli myös vahvasti tunnekysymys. Argumentit olivat sinänsä asiallisia ja järkeviä, mutta samoin perustein voitiin perustella molempia vaihtoehtoja. Vastaukset olivat reaktionäärisiä: niissä kuviteltiin vastustaja ja puolustauduttiin tai hyökättiin. Vyyhden sekavuutta selittänee osittain se, että ihmisillä oli erilaisia käsityksiä itse peruskäsitteistä, joiden sisältö vaatii tarkempaa analyysiä. Eli mitä tarkoitetaan sosiaalisella, kansalla, terveydellä, lääketieteellä? Uusissa nimiehdotuksissa esiintyi sana ”terveys”. Terveys on laadullisesti jotakin muuta kuin sairaus, jonka tunnistamiseen ja hoitamiseen lääketiede pääasiallisesti

keskittyy. Sosiaalinen näkyi termeissä sosiaali, väestö, hyvinvointi, kansa ja yhteisö. Väestötiede on perinteisesti ollut merkittävä haara sosiaalilääketieteen sisällä tai rinnalla (ks. Kannisto 2000). Kansa viittaa periaatteessa samaan aggregaattiin kuin väestö. Tässä kohdin uutta olivat hyvinvointi ja yhteisö. Käsitteiden merkityserot tiivistyivät konnotaatioihin ”sosiaali” ja ”kansa”. Sosiaalisen konteksteiksi muotoutuivat vastauksissa tieteen väliset suhteet, ihminen sosiaalisissa suhteissaan, terveyden ja sairauden yhteydet yhteiskunnallisiin rakenteisiin, sosiaaliset ongelmat, ihminen sosiaali- ja terveystaloustieteiden välillä sekä palvelusektorien väliset suhteet. Keskeiseksi yhdistäväksi tekijäksi konteksteissa muodostuvat suhteet; sosiaalilääketiede on suhdetiede.

Sosiaalilääketieteen vanha ajatusmuoto, joka korosti terveyden sosiaaliryhmittäisiä eroja ja niiden yhteiskunnallisia syitä, ei mitenkään erityisesti noussut esiin tieteenalan nimen perusteluissa, paitsi osalla heistä, jotka kannattivat sosiaalilääketieteen säilyttämistä tai sen laajempaa käyttöönottoa. Sosiaalisen eriarvoisuuden tutkimuksella on elävä perinne sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen sisällä (ks. Forssas ym. 1999). 2000-luvun Suomessa yhteiskunnallinen eriarvoisuus terveydessä on suurta, vaikka virallinen tavoite terveyspolitiikassa on pitkään ollut yhteiskunnallinen tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus (Puro 1973, Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 1986). Niin yhteiskunta- kuin terveystieteilijätkin ovat tutkimustiedon pohjalta haastaneet terveys- ja yhteiskuntapolitiikkoja terveyden eriarvoisuuden poistamiseen (Kangas ym. 2002, Palosuo ym. 2004, Rimpelä 2004, Teperi 2007).

Loppupäätelmäksi jää, että vaikka sosiaalilääketieteestä on siirrytty kansanterveystieteeseen, elää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kysymys vahvasti kansanterveystieteen sisällä ja yleensä yhteiskunnassa. Sosiaalinen merkitsee yhteiskuntaa ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. Täten sen esiintyminen yhdistyksen nimessä velvoittaa siinä toimivia edistämään sosiaalisuutta niin yhdistystoiminnassa kuin tieteessäkin. Tätä kirjoitettaessa, vuonna 2007, on sosiaalinen alkanut jälleen nousta esiin sosiaalinen pääoma -käsitteen ja siihen liittyvien tutkimusaktiiviteettien myötä (esim. Hyyppä ja Mäki 2001a ja 2001b). Suomen Akatemian on rahoittanut sosiaalisen pääoman terveystutkimusta ja sosiaalipolitiikan tutkijat (mm. Julkunen 2006) ovat alkaneet kysyä sosiaalisen perään – miten sille kävi hyvinvointivaltiossa.

In the early 1970s in Finland reforms of the basic health care, the basic education in medicine and science policy were undertaken which resulted in the fact that the Departments of Social Medicine and Hygiene were turned into Departments of Public Health. Public Health Science replaced social medicine as a research area and a discipline. The Academy of Finland supported research of public health as a special program. The Finnish term "public health science" equals the term "public health" in international use. However, "social medicine" stayed as the name of the society as well as the journal. The tradition of the old social medicine is continued by socio-economic health research which has connections to demography, epidemiology, sociology of health and illness as well as public health. The questionnaire sent to the members of the Society of Social Medicine in Finland in 1999 (n = 429, response percentage 63) enquired the membership's views on the change in the status of the research field and

of the name. Over half of the members supported the current name of the society and of the journal (Society of Social Medicine in Finland, Journal of Social Medicine) and one fourth were in favour of the use of the word "public health" in the names. Those supporting the current name were old members of the society, representatives of medicine and social sciences as well as researchers. The new name was supported by new members most of whom had a degree in nursing as well as representatives of other fields of science. "Social medicine" was regarded as valuable because of the fact the word "social" was in the name and because of the historical tradition and position of the research field. "Public health" was considered to be more modern and having a wider scope. The respondents' basic education, quality of work and identification as a practitioner of social medicine were the best explanations for their views of the changes in the position of the research field.

KIRJALLISUUS

- Allardt E. Yhteiskuntatieteet. Teoksessa Tommila P, Korppi-Tommila A (toim.) Suomen tieteen vaiheet. Yliopistopainokustannus/Helsinki University Press ja Tieteellisten seurain valtuuskunta, Yliopistopaino, Helsinki 2003, 200–204.
- Aukee R. Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhannen vaihteessa. *Sosiaalilääk Aikak* 2004; 41:137–146.
- Aukee R. Sosiaalilääketieteilijän identiteetti. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:231–241.
- Erkkilä S. Sosiaalilääketiede yliopistollisena opetusalan ja tieteellisen tutkimuksen kohteena. *Suomen Lääkärilehti* 1948;3:435–444.
- Erkkilä S. Hygienian ja sosiaalilääketieteen näköaloja. *Duodecim* 1951;67:291–303.
- Erkkilä S. Hygienian vai sosiaalilääketiede? *Sosiaalilääk Aikak* 1963;1:1–2.
- Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere 1998.
- Forssas E, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Sihto M, Valkonen T. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen supistaminen. Bibliografia suomalaisista tutkimuksista. *Stakes/Terveystieteiden tutkimuskeskus, Aiheita-sarja* 40/1999, Helsinki 1999.
- Gissler M, Karjalainen S, Niemelä, R (toim.) Kansanterveystutkimuksen tarve ja rahoitus 1990-luvun Suomessa. Seminaariraportti. Suomen Akatemia ja Stakes. Suomen Akatemian julkaisuja 5/98, Helsinki 1998.
- Helen I, Jauho M. (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki 2003.
- Hemminki E, Toukomaa H. Kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitus Suomen Akatemiassa 1971–95. *Duodecim* 1997;113:519–525.
- Hyypää M T, Mäki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med* 2001;32:148–55(a).
- Hyypää M T, Mäki J. Why do swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promot Int* 2001;16:55–64. (b)
- Ignatius J. Lääketieteet. Teoksessa Tommila P, Tiitta A. (toim.) Suomen tieteen historia, Osa 3, luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet. WSOY, Porvoo 2000, 579–582.
- Julkunen R. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Helsinki 2006.
- Kaipainen M. Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y. Yhdistyksen esite 1976–0504.
- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002.
- Kannisto V. Relationships between population studies and social medicine. *Sosiaalilääk Aikak* 2000; 37:76–81.
- Karisto A. Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta. Katsaus suomalaisen terveyden sosiaalisia eroja koskevaan tutkimustoimintaan autonomian ajalta

- 1930-luvulle. Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia No 3. Helsingin yliopisto, Helsinki 1981.
- Karisto A. Sosiaaliset tekijät ja terveys vuosisadan vaihteen tutkimuksessa – elämäntavan terveystutkimuksen juuria etsimässä. Teoksessa Heinonen OP, Aromaa A, Heikkinen E, Klaukka T, Rimpelä M, Tuomisto J, Raijas T. (toim.) Tutkimus ja kansanterveys: suuntauksia 1980-luvulla Osa 2. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:58, Helsinki 1986, 123–128.
- Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O. 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. Sosiaalilääk Aikak 1990:27:206–220.
- Karisto A, Rahkonen O. Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A. (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia, Gaudeamus, Helsinki 2000, 38–52.
- Kauhanen J, Myllykangas M, Salonen T, Nissinen A. Kansanterveystiede. WSOY, Porvoo 1998.
- KM 1971. Lääketieteen opintouudistustoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1971:A6, Helsinki 1971.
- Lahelma E. Hyvinvointivaltio, eriarvoisuus ja terveys. Sosiaalilääk Aikak 1987:24:141–151.
- Lahelma E, Karisto A. Sosioekonominen terveystutkimus Suomessa: pitkä ja elävä perinne. Sosiaalilääk Aikak 1995:32:301–310.
- Lahelma E, Riska E. The Development of medical sociology in Finland. Soc Sci Med 1988:27:223–229.
- Metsämuuronen J. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. International Methelp, Helsinki 2001.
- Mikkeli H. Terveys ihanteena – terveys elämäntapana. Teoksessa Joutsivuo T, Mikkeli H. (toim.) Terveiden lähteillä. Länsimaisten terveystutkimusten kulttuurihistoriaa. Historiallinen arkisto 106. SHS, Helsinki 1995, 9–27.
- Noro L. Sosiaalilääketieteen perusteet, 4. uusittu painos. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1968.
- Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. Eriarvoisuus ja terveystutkimus. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12, Helsinki 2004.
- Peräsalo J. Käytännön sosiaalilääketiedettä. Kirjaesittely teoksesta Noro L. Sosiaalilääketieteen perusteet, 4. uusittu painos, Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1968, 332 s. Sosiaalilääk Aikak 1968:6:119–120.
- Porter D. How Did Social Medicine Evolve and Where Is It Heading? PloSMed 3 (10): e399doi:10.1371/journal.pmed.0030399. Published: October 24, 2006.
- Puro K. Terveystutkimuksen perusteet. Forum – kansanterveys, Tammi 1973.
- Puro T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Sarja A:1, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1967.
- Puro T, Kalimo E, Nyman K, Sievers K. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Sarja A:7, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1971.
- Rauhala P-L. Suomalaisen sosiaalilääketieteen eräitä juuria. Sosiaalilääk Aikak 1980:17:156–165.
- Rimpelä M, Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden? Teoksessa Rimpelä M, Ollila E. (toim.) Näkökulmia 2000-luvun terveystutkimukseen. Stakes. Aiheita 8/2004, Helsinki 2004, 53–90.
- Sandstedt R. Medicinsk-sociologisk forskning i Finland. Nordisk medicinsk sociologisk symposium, Helsingør, Danmark, d. 10. juni 1979.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Hyvinvointi 2015 - ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, Helsinki 2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveysterot hyvinvointipolitiikan haasteena. Terveys 2015-seminaari. Paasitorni, Helsinki 1.2.2007.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1/1990. Terveystutkimuksen teemanumero.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1/1994. Kvalitatiivisen tutkimuksen teemanumero.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 4/1995. Sosioekonomisten terveyserojen teemanumero.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2/1996. Laadullisen terveystutkimuksen teemanumero.
- Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. Hallituksen kokousten pöytäkirjat vuosilta 1979–1997.
- SA 1972. Suomen Akatemia. Tieteen keskuksien toimikunnan tiedepoliittinen ohjelma 1972. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1972.
- SA 1975. Suomen Akatemia. Kansanterveyden tutkimuksen kehittämissuunnitelma vuosille 1977–81. Kansanterveyden tutkimusjaosto, Helsinki 1975.
- SA 1980. Suomen Akatemia. Lääketieteellisen tutkimuksen kehittäminen Suomessa 1980-luvulla. Valtion lääketieteellinen toimikunta. Suomen Akatemian julkaisuja 2/1980, Helsinki 1980.
- SA 1997. Suomen Akatemia. Kannanotto terveyden tutkimuksen kehittämiseksi Suomessa. Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen toimikunnan asettaman asiantuntijaryhmän muistio. Suomen Akatemian julkaisuja 4/1997. Edita, Helsinki 1997.
- Teperi J. Toimiiko terveydenhuolto terveyden tasa-arvon puolesta? Terveysterot hyvinvointipolitiikan haasteena -seminaari Helsingissä 1.2.2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveys 2015.
- Terveystutkimusta kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystutkimuksen pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1986.

- Valkonen T, Niemi M-L. keski-ikäisen väestön kuolleisuus Suomessa vuoden 1950 jälkeen. *Sosiaalilääk Aikak* 1978;15:215–226.
- Valkonen T, Pyörälä K. Sydän- ja verisuonitautien kehityssuuntauksat ja niiden taustalla olevat tekijät. *Suomen Akatemian julkaisuja* 3/1981, Helsinki 1981, 30–65.
- Valkonen T, Sauli H. Koulutusaste ja kuolleisuus verenkiertoelinten tauteihin. *Suomen Akatemian julkaisuja* 4/1981, Helsinki 1981, 37–53.
- Waris H. Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle II, *Suomen Historiallinen Seura, historiallisia tutkimuksia* XVI, 2, Helsinki 1934.
- Waris H. Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle, 2. tarkistettu painos. *Weilin + Göös Ab, Tapiola* 1973.
- Vuori H. Lääketieteen historia – sosiaalihistoriallinen näkökulma. *Gummerus, Jyväskylä* 1979.

RANJA AUKEE

*THL, lehtori (emer.), tohtoriopiskelija
Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos*

Sosiaalilääketieteilijä tutkii ja vaikuttaa

Tutkimuksessa kysyttiin, miten Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenet valitsivat ja arvioivat oman alansa merkkihenkilöitä. Kyselyyn vastanneista (429) 316 nimesi vähintään yhden henkilön. Yhteensä ehdotettiin 127 henkilöä. Tarkempaan kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen analyysiin valittiin 12 suosituinta. He olivat tutkijoita ja professoreita lääketieteen (7) ja yhteiskuntatieteen (5) aloilta, joukossa oli yksi nainen. He saivat kannatusta useilta tieteen ja tutkimuksen aloilta. Terveystieteilijät valitsivat useammin omaan ”heimoonsa” kuuluvan merkkihenkilön kuin yhteiskuntatieteilijät. Merkittäviä sosiaalilääketieteilijöitä yhdistivät tuotteliaisuus, urauurtavuus ja laajat tutkimushankkeet, joiden asetelmaan sisältyi väestöllisten terveyserojen vertailu. Merkkihenkilöiden valinnan perustelu-aineistosta rakennettiin yhdeksän sosiaalilääketieteilijätyyppiä, joihin valitut 12 henkilöä sijoitettiin. Selkein merkkihenkilöitä erotteleva ominaisuus oli yhteiskunnallinen osallistuminen, joka oli ominaista vain lääkäri-sosiaalilääketieteilijöille.

RANJA AUKEE

JOHDANTO

Tutkijoiden arvioimiseen ja heidän tieteellisen tuotantonsa arvottamiseen on kehitetty erilaisia menetelmiä. Duodecim-lehdessä käydyssä debattissa Hirschin (2005) kehittämästä h-indeksistä Harri Hemilä osoitti havainnollisesti, ettei mallin avulla pystytty haarukoimaan todellisia huippu-tutkijoita (Hemilä 2007). Arviointitehtävät annetaan yleisesti tieteenalojen hierarkian korkeimmilla paikoilla oleville henkilöille, jotka puolestaan takaavat hierarkian säilymisen (ks. Ylijoki 1994, Bruun ym. 2005). Tässä tutkimuksessa kysytään miten yhden tieteellisen seuran, Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenet, valitsivat ja arvioivat oman alansa merkkihenkilöitä. Kysymyksessä on eräänlainen vertaisarviointi. Millaiset henkilöt tulivat valituiksi, kun arvioimaan pääsivät ei-kanonisoidut kollegat ja saman tieteenalan tutkimusta tekevät henkilöt vailla keskinäiseen järjestykseen asettamista ja tieteen määrittämiä positioita? Millaisia tekoja ja ominaisuuksia sosiaalilääketieteilijät edellyttivät arvostamiltaan sosiaalilääketieteilijöiltä ja mitä heidän valintansa kertoo sosiaalilääketieteestä?

Lähetin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenille kyselylomakkeen, jonka pääasiallisena tar-

koituksena oli selvittää sosiaalilääketieteilijöiden itseymmärrystä omasta tieteenalastaan. Tutkimuksen mukaan yhdistyksen jäsenistössä oli kolme muita suurempaa peruskoulutusryhmää: lääkärin (29 %), yhteiskuntatieteilijät (20 %) ja sairaanhoitajat (18 %). Valtaosa yhdistyksen jäsenistöstä oli naisia (71 %). Yhdistyksen jäsenistä noin puolella oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti ainakin ajoittain (Aukee 2004 ja 2006). Jäsenistön näkemys sosiaalilääketieteen tutkimuskohteesta oli yleisellä tasolla yhtenevä, sen sijaan käsitykset tieteen luonteesta vaihtelivat suuresti. Yhtä monen vastaajan mielestä sosiaalilääketiede oli tieteen tai tutkimuksen ala ja lääketieteen osa-alue. Pienempi vähemmistö koki sosiaalilääketieteen yhteneväksi kansanterveystieteen tai terveyden sosiologian kanssa. Omat ryhmänsä muodostivat ne, jotka pitivät sosiaalilääketiedettä monen tieteenalan yhdistelmänä. Lisäksi löytyi pienehkö ryhmä, jonka mielestä sosiaalilääketiede ei ole tiede, vaan näkökulma, asenne tai suhtautumistapa terveyden ja yhteiskunnan välisten yhteyksien tarkastelemiseen. Tätä taustaa vasten on kiinnostavaa selvittää, voiko näin heterogeeninen ryhmä tunnistaa yhteisiä tieteellisiä tai muita auktoriteetteja.

Monet ansioituneet sosiaalilääketieteen tutkijat ovat nousseet korkeille paikoille yhteiskunta- ja terveystaloudessa. Arvostettiin heitä edelleen sosiaalilääketieteilijöinä? Sosiaalilääketieteilijät ovat perinteisesti olleet kvantitatiivista tutkimusta tehneitä mieslääkäreitä (ks. Karisto 1981). Vuonna 1968 perustettuun Sosiaalilääketieteen yhdistykseen on liittynyt useiden tieteenalojen edustajia. Uutena suurena ryhmänä yhdistykseen liittyivät 1990-luvulla sairaanhoitajat. Millä tavoin yhdistyksen erilaiset tieteenala- ja ammattiryhmät arvioivat merkittävän sosiaalilääketieteilijän piirteitä? Ovatko esimerkiksi laadullisia tutkimusmenetelmiä käyttäneet tutkijat nousseet merkittäviksi sosiaalilääketieteilijöiksi?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin lähettämällä syksyllä 1999 kyselylomake kaikille Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenille. Lomakkeen palautti 63 prosenttia jäsenistä, eli 429 henkilöä. Vastaajat edustivat yhdistyksen jäsenistöä sukupuolen ja kotipaikkakunnan suhteen. Tutkimusaineiston muodostavat SPSS-tiedostoksi tallennetut vastaukset monivalintakysymyksiin ja teksteiksi puretut avovastaustiedostot. Lomakkeessa kysyttiin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniltä: ”Keitä pidät merkittävänä suomalaisina sosiaalilääketieteilijöinä? Mainitse kolme ja perustele valintasi.” Kysymyksen jälkeen oli kolme numeroitua riviä, joille henkilön nimen saattoi kirjoittaa ja kunkin henkilön jälkeen oli tilaa myös perustelujen kirjoittamista varten. Oletin kahden tai kolmen henkilön nimeämisen olevan helpompaa kuin yhden.

Kyselyyn vastanneista 74 prosenttia (316) vastasi tähän kysymykseen ja nimesi vähintään yhden merkittävän sosiaalilääketieteilijän. Nimettyjen henkilöiden määrä nimeäjää kohden oli 1.8. Henkilöt saivat eri tavoin ääniä sijoilta yksi, kaksi ja kolme. Ensimmäistä mainintaa voi pitää merkittävimpana ja viimeistä vähäisimpänä, mutta eroja ei ole syytä korostaa, koska henkilöitä ei pyydetty asettamaan arvojärjestykseen. Tarkempaan analyysiin valitsin 12 suurimman yhteisäänimäärän saanutta henkilöä ja tein jokaisesta muuttujan. Valinta osoittautui perustelluksi, koska sen ulkopuolelle ei jäänyt ketään, joka ei olisi sijoittunut kohdissa 1–3 vähintään kuudenneksi. Näistä 12:sta suosituimmasta henkilöstä sekä heidän valintojensa perusteluista tein sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen analyysin. Etsin vastausta kysymykseen millaisiin asioihin merkittävyyden perustelu liittyi.

Kvantitatiivisen analyysin avulla selvitettiin, miten vastaajien tieteenalakiinnostus, peruskoulutustausta ja sukupuoli vaikuttivat valintoihin. Analyysi tehtiin ristiintaulukointien avulla. Tieteenala-analyysiin otettiin vastaajat sen mukaan, minkä tieteenalan he olivat nimenneet ensimmäiseksi, koska voidaan olettaa, että itselle tärkein tieteenala mainittiin ensimmäiseksi. Koska kaikki eivät pyynnöstä huolimatta nimenneet tieteenalaa, vaan tutkimusalan, tehtiin yksi luokka suurimmasta tutkimusalasta (terveydenhuolto) ja muut tässä kohden mainitut tutkimusalat laskettiin yhteen omaksi luokakseen. Tämä ratkaisu tehtiin, koska vastaukset kuvasivat sosiaalilääketieteen luonnetta: toisille se oli tieteenala, toisille tutkimusala. Satunnaiset vaihtelut vastauksissa saattoivat lievästi suosia joitakin henkilöitä. Esimerkiksi silloin, kun mukaan analyysiin otettiin vain vastaajan tärkeimpänä pitämä tieteenala, vaikutti kunkin tieteenalan vastaajien vastaamisprosentti tulokseen jonkin verran. Seuraavaksi katsoin, miten sosiaalilääketieteen suurimpien peruskoulutusryhmien edustajat ja useita peruskoulutuksia omaavat valitsivat merkkihenkilönsä. Useita peruskoulutuksia omaavat olivat analyysissä mukana, sillä he olivat alusta asti olleet merkittävä ryhmä sosiaalilääketieteessä. Useita peruskoulutuksia omaavat olivat ensimmäiseltä koulutukseltaan yleensä sairaanhoitajia tai lääkäreitä, yhteiskuntatieteilijöillä kaksoiskoulutusta ei juuri ollut (Aukee 2004).

Kvalitatiivisen analyysin tavoitteena oli selvittää, millaisia ominaisuuksia suosituimmilla sosiaalilääketieteilijöillä oli, toisin sanoen mikä teki sosiaalilääketieteilijästä merkittävän. Siksi merkittäviksi arvioituja sosiaalilääketieteilijöitä ei tarkasteltu henkilöinä, vaan analyysi kohdistui arvioiden perusteluihin. Menetelmänä käytettiin kvalitatiivista sisällönanalyysiä (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Kvalitatiivinen analyysi on yleensä mahdollista tehdä monin tavoin. Laadullinenkin sisällönanalyysi perustuu valittujen yksikköjen määrälliseen luokitteluun ja niistä tehtyihin yleistyksiin ja tyypittelyihin (Tuomi ja Sarajärvi 2004, 116–119). Aineisto muodostui kaikkien 12 suosituimman henkilön valintojen perusteluista, joita oli yhteensä 255. Perustelut olivat muutaman sanan tai lauseen pituisia, lukumäärä merkkihenkilöä kohti vaihteli 8–28. Ensimmäisessä vaiheessa luin läpi kaikki 12:sta suosituimmasta henkilöstä lausutut perustelut etsien vastausta kysymykseen: millaisiin asioihin merkittävyyden perustelu liittyi. Seuraavaksi lähdin poimimaan aineistosta

tutkijuuden kuvauksia irrottaen erilaiset ilmaukset henkilöistä, joista ne oli sanottu. Analyysiyksikkönä käytin toimintaa kuvaavia sanoja tai lyhyeksi tiivistettyjä lauseita, esimerkiksi: loistava ohjaaja, luonut teorianmallin, laaja tutkimusalue, tehnyt urauurtavia tutkimuksia, omistautui koko persoonallaan, aktiivisesti mediassa, sosiaalilääketieteen puolestapuhuja, avara vaikuttaja, tuo kiistakysymyksiä julkisuuteen. Aineistosta hahmottui kahdeksan tutkijatyyppiä. Mihin näistä merkittävyyden kriteereistä luoduista teoreettisista kategorioista jäsenistön valitsevat suosituimmat suomalaiset sosiaalilääketieteilijät sijoituivat? Koodasin kunkin merkkihenkilön typologian luokkaan, jos hänestä oli esitetty tyyppiin kuuluva perustelu. Luokan laaja-alainen tutkija koodasin vielä erikseen tarkemmin. Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät sijoitettiin typologiaan heidän piirteidensä pohjalta.

TULOKSET

MERKITTÄVÄT SOSIAALILÄÄKETIETEILIJÄT

Yhteensä merkittäviksi suomalaisiksi sosiaalilääketieteilijöiksi nimettiin 127 henkilöä. Heistä 41 oli sellaisia, joita oli esittänyt vain yksi vastaaja. Yleisesti voidaan todeta, että Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenillä ei ollut yhteisiä ylivoimaisen suosittuja merkkihenkilöitä. Toisaalta erot kahdentoista eniten ääniä saaneiden välillä saattoivat olla jopa kaksinkertaisia. Kahdentoista suosituimman sosiaalilääketieteilijän joukossa oli seitsemän lääketieteen ja viisi yhteiskuntatieteen tohtoria, yksitoista miestä ja yksi nainen. Joukossa oli kaksi edesmennyt henkilöä. Suhteessa yhdistyksen naisjäsenten määrään oli naisten edustus kärkijoukossa pieni. Eniten ääniä saaneet olivat vuonna 1999 keski-ikäisiä, mitä voi pitää odotettuna, jos otetaan huomioon henkilön ammatillisen uran kehitys. He olivat kaikki tehneet pääasiallisesti tilastollista tutkimusta. Vaikka se olikin suosituin tapa tehdä tutkimusta myös Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistössä (52 %), oli kuitenkin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä käyttäneiden osuus jäsenistössä 24 prosenttia, ja pelkästään laadullisia menetelmiä käyttäneiden 12 ja useita eri metodeja yhdistelevien osuus 10 prosenttia. Myös Helsinki-keskeisyys oli merkkihenkilöjoukossa silmiin pistävää. Tähän todennäköisesti vaikutti se, että yhdistyksen jäsenistöstä kolmasosa asui Helsingissä ja se, että muualla Suomessa aikoinaan huomattavaa määrää hankkineet henkilöt työskentelivät tutki-

Taulukko 1.

Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät peruskoulutuksen ja äänimäärän mukaisissa luokissa.

	Äänimäärä		
	Hyvin paljon (yli 30)	Paljon (20–30)	Melko paljon (9–15)
Lääketieteellinen	LT1	LT2 LT3 LT4 LT5	LT6 LT7
Yhteiskuntatieteellinen	VTT1	VTT2 VTT3	VTT4 VTT5

muksen teon aikaan Helsingissä. Myös kaikki suuret terveysalan sektoritutkimuslaitokset sijaittivat Helsingissä.

Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät olivat peruskoulutukseltaan lääkäreitä ja yhteiskuntatieteilijöitä, eli he edustivat tieteenaloja, jotka olivat olleet suurimpia yhdistyksen jäsenistössä sen perustamisesta lähtien. Sosiaalilääketieteen tiedekuvaan ja uskottavuuteen omana tieteenalana vaikuttaa olennaisesti se, onko näillä kahdella tieteenalalla jotain yhteistä, jonka molempien tieteenalojen edustajat voivat jakaa. Sitä voi ilmentää kummankin tieteenalan edustajien esiintyminen suosituimpien merkkihenkilöiden listassa ja myös heidän sijoittumisensa suosituimmuusjärjestyksessä. Taulukossa 1 suosituimpien sosiaalilääketieteilijöiden peruskoulutus on taulukoitu ristiin heidän saamansa äänimäärän kanssa.

Lääketieteilijöitä ja yhteiskuntatieteilijöitä sijoittui kaikille kolmelle suosioasteelle. Kaikkein suosituimmat edustivat molempia päätieteenaloja.

VALITSIJOIDEN TIETEENALAKIINNOSTUS, PERUSKOULUTUS JA SUKUPUOLI

Merkkihenkilöanalyysin tarkoituksena oli selvittää tarkemmin keiltä merkkihenkilöt saivat äänensä eli mikä oli heidän valitsijoidensa tieteenalakiinnostus, peruskoulutus ja sukupuoli. Koska sosiologian asema oli merkittävä, voidaan olettaa sen näkyvän myös merkkihenkilöiden suosiossa. Taulukko 2 kertoo, miten merkkihenkilön äänet jakautuivat eri tieteen- ja tutkimusalojen kannattajille. Pystyrivi kertoo, miten tieteen- tai tutkimusalan kannattajien äänet jakautuivat merkkihenkilöille.

Taulukko 2.

Eri tieteen- ja tutkimusalojen kannattajien äänimäärän jakautuminen lääketieteellisen (LT) ja yhteiskuntatieteellisen (VTT) koulutuksen saaneille merkkihenkilöille.

Merkittävän sosiaalilääketieteilijän koulutus	Tärkeimpänä pidetty tiede- tai tutkimusala sosiaalilääketieteessä								Yht.
	Sosio- logia	Muu yhteis- kunta- tiede	Lääke- tiede	Kansan- terveys- tiede	Epide- mio- logia	Muut tieteet	Tervey- denhuol- totutki- mus	Muut tutki- mus- alat	
LT1	6	5	3	2	4	1	8	1	30
LT2	3	1	5	3	3	3	1	7	26
LT3	4	3	8	1	2	2	1	4	25
LT4	6	4	2	2	1	1	4	2	22
LT5	2	–	4	2	3	3	2	2	18
LT6	9	–	1	1	1	1	2	2	17
LT7	8	1	2	1	1	–	2	1	16
Yht.	38	14	25	12	5	11	20	19	154
VTT1	15	1	4	1	3	1	2	4	31
VTT2	9	2	–	1	6	1	1	–	20
VTT3	7	2	3	1	3	–	2	1	19
VTT4	2	2	3	3	–	–	2	2	14
VTT5	7	–	1	2	–	2	1	–	13
Yht.	40	7	11	8	12	4	8	7	97
Yhteensä	78	21	36	20	27	15	28	26	251

Taulukko 2 johdattelee päättelemään, että merkittäväksi suomalaiseksi sosiaalilääketieteilijäksi päästäkseen oli henkilön saatava laajaa kannatusta eri tieteen- ja tutkimusalojen alueilta. Merkittävien sosiaalilääketieteilijöiden enemmistö (58 %) oli pohjakoulutukseltaan lääketieteilijöitä, mutta tieteenalan sisällä suosituin ”alatie” oli sosiologia (21 %). Tieteenaloilla ja tutkimussuuntauksilla oli omat suosikkinsa, mutta suosion ehto ei ollut, että merkkihenkilön olisi tullut olla samalla tavoin suuntautunut kuin hänen kannattajansa. Se puolestaan kertoo, että sosiaalilääketieteilijät tunnistivat ja arvostivat tietäntyyppistä henkilöä riippumatta siitä, kuuluiko hän omaan ”heimoon” (ks. Ylijoki 1998) vai ei.

Lääkärit valitsivat useimmin oman tieteenalansa edustajan merkkihenkilöksi (69 %). Yhteiskuntatieteilijöistä alle puolet (46 %) valitsi yhteiskuntatieteilijän. Sairaanhoidajat valitsivat useammin lääkärin (66 %) kuin yhteiskuntatieteilijän, samoin tekivät useita peruskoulutuksia ja muun peruskoulutuksen omaavat (58 %). Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät saivat vahvaa tukea myös ”vastakkaisen” tieteen kannattajilta. Sosiaalilääketieteen monitieteisyyden ja yhteisen ytimen näkökulmasta tulos oli myönteinen.

Tein vastaavan analyysin myös sukupuolen

mukaan, sillä periaatteessa naiset ratkaisivat vallinnan suurella enemmistöllään jäsenistössä. Miehet kannattivat useammin lääketieteilijää (67 %) merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi kuin naiset (59 %), mutta peruskoulutusryhmittäin ilmeni myös sukupuolen mukaisia eroja. Yhteiskuntatieteellisen ja muun peruskoulutuksen saaneet naiset valitsivat kaikkein useimmin merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi yhteiskuntatieteilijän (50 %). Lääketieteilijä-miehet valitsivat useammin yhteiskuntatieteilijän (34 %) merkkihenkilöksi kuin lääketieteilijä-naiset (25 %). Pienen aineiston vuoksi tuloksista ei voi tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Oletettavasti ”selitys” löytyisi kolmannelta tekijältä, esimerkiksi tutkimustyön tekemisestä tai muu peruskoulutus -ryhmän rakenteesta.

MIKÄ TEKEE SOSIAALILÄÄKETIETEIJIÄSTÄ MERKITTÄVÄN?

Laadullisen aineiston esiluenta tuotti kolme kategoriaa: 1) henkilön tutkijatyyppejä kuvaavat luonnehdinnat, 2) henkilön tutkimustyöhön liittyvät kuvaukset ja 3) henkilön yhteiskunnallista aktiivisuutta kuvaavat luonnehdinnat. Jo kvantitatiivinen analyysi oli osoittanut, että kaikki 12 merkittävää henkilöä olivat tutkijoita ja professoreita. Heidän tutkijaprofileissaan oli monta yhteistä tekijää:

- 1) ahkeruus, tuotteliaisuus, myös kansainvälisesti
- 2) merkittävät, uudet, urauurtavat tutkimusaiheet
- 3) laaja-alaisuus, monitieteisyys
- 4) suuret tutkimushankkeet
- 5) kaikkien tutkimuksessa oli tavalla tai toisella esillä terveydellinen eriarvoisuus väestöryhmien välillä

Edellä luetellut ominaisuudet olivat siis kaikille yhteisiä. Niiden perusteella ei voinut eritellä, mitkä muut tekijät merkittävyyteen vaikuttivat. Koska kyseessä oli 12 henkilön joukko, joista jokaisella oli oma merkittävä tutkimusalueensa, ei ollut myöskään mahdollista arvioida henkilöitä heidän tutkimustyönsä perusteella. Vastajat nostivat tutkimustyön rinnalle muuna merkittävänä tekemisenä opettamisen, toimimisen tieteellisissä yhdistyksissä ja lehdissä sekä osallistumisen yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Seuraavassa on luokiteltu esimerkkejä siitä, millaiset perustelut kuhunkin tyyppiin näyttävät liittyvän. Tällaisia tutkijatyyppisiä aineistosta siis näyttäisi löytyvän.

1. Opettaja-tutkija
 - vaikuttanut laajasti yliopistoon perusopetuksen kautta
 - kokemukseni hänestä ohjaajana (loistava!)
 - hänen palavasieluinen puheensa/luentonsa herätti aikanaan kiinnostuksen asiaan
 - legendaarinen opettaja
 - kasvattanut kokonaisen tutkimussuuntauksen Suomeen ja myös huomattavan tutkijapolven
2. Teorian/metodologian kehittäjä-tutkija
 - luonut terveyteen vaikuttavien tekijöiden analyttisen teorian
 - tieteellinen työ/metodologiset avaukset
 - osannut hyödyntää suomalaiset väestörekisterit ainutlaatuisella tavalla
 - edistänyt epidemiologisten menetelmien kehitystä suomalaisessa tutkimuksessa
 - kehitti sosiaalilääketieteen teoriaa
3. Kansanterveys-tutkija/laaja-alainen tutkija
 - käsittelee laajasti ihmisen terveyteen liittyviä asioita ottaen huomioon lääketieteen ohella myös yhteiskunnalliset & taloudelliset ilmiöt
 - yhdisti elinolosuhteiden ja tautien tiedon [...]
 - laaja tutkimusalue; tuo uusia asioita mielenkiintoisella tavalla esille; monipuoliset tutkimusmenetelmät
4. Uranuurtaja-tutkija
 - klassikko, joka nosti esiin paljon oleellisia teemoja, jotka säilyvät tuoreina edelleen
 - aloitti merkityksellisen vuoropuhelun tai oli mukana aloittamassa sitä yhteiskuntatieteiden ja lääketieteen välillä
 - avannut tietä uudennaisille kysymyksenasetteluille
 - alallaan tehnyt urauurtavia tutkimuksia ja vei suomalaisen tutkimuksen varhain kansainvälisille foorumeille
 - terveys sosiologista tutkimusta, ”uraa uurtava”
5. Taistelija-tutkija
 - hän omisti koko elämänsä heikompiosaiten terveyden ja terveysolojen parantamiselle
 - tekee hirveästi töitä nuorten terveyden edistämiseksi
 - naisten terveyden [...] ”puolestapuhuja”
 - nostanut monia vaikeita ja vaiettujakin asioita julkisuuteen
 - aktiivinen keskustelija, tuo kiistakysymyksiä julkisuuteen
6. Poliitikko-tutkija
 - osallistui aktiivisesti terveyspolitiikan tekemiseen
 - on monessa organisaatiossa vaikuttanut siihen, että suomalainen kansanterveystieteellinen tutkimus on elinvoimaista ja kansainvälisestäikin hyvin arvostettua
 - ottaa osaa yhteiskunnalliseen keskusteluun
 - aktiivisesti mediassa puhumassa alan jutuista
 - ottaa laajasti kantaa nuorten terveyskäyttäytymiseen ja niiden vaikutuksiin ja merkityksiin
7. Sosiaalilääketieteen aktivisti
 - aktiivinen toiminta yhdistyksen perustamisessa
 - ollut aktiivivaikuttaja, sosiaalilääketieteen tutkimuksen puolestapuhuja
 - toiminut [kansainvälisen tieteellisen] lehden toimittajana
 - lehden päätoimittajana
 - näyttää nostaneen sosiaalilääketieteen statusta

Kuvio 1.

Merkittävän sosiaalilääketieteilijän toiminnan orientaatiota ja areenaa kuvaava typologia.

Toiminta-areena	Toiminta-orientaatio		
	Perinteinen	Uutta etsivä	Muuttava
Yliopisto/ tutkimuslaitos	1. Opettaja-tutkija	2. Teorian/metodologian kehittäjä	3. Uranuurtaja-tutkija
Sosiaalilääketiede	4. Tieteen puolustaja	5. Laaja-alainen tutkija	6. Paradigman luoja
Yhteiskunta	7. Hallintomies-tutkija	8. Poliitikko-tutkija	9. Taistelija-tutkija

8. Hallintomies-tutkija

- hän on visioinut suomalaisten tulevia terveyshaasteita
- esiintyy paljon myös nk. kovan lääketieteen alueella, mutta terveyden edistämisessä tuonut laajempiakin yhteiskunnallisia näkökulmia esille
- keskushenkilö [...] terveydenhuoltotutkimuksen kehittäjänä ja vaikuttajana
- avara vaikuttaja

Tutkijatyypeistä puolet kiinnittyi tutkija-opettajan työhön ja puolet tutkijan muuhun toimintaan. Tutkijoiden toimintaa kuvaamaan rakennettiin typologia, jonka ulottuvuudet kuvasivat toiminnan paikkaa ja orientaatiota. Toiminnan paikkoina nousivat esiin perinteinen akateeminen ympäristö yliopistossa tai tutkimuslaitoksessa, oman tieteenalan tieteelliset seurakunnat ja lehdet sekä yhteiskunnallinen osallistuminen. Merkkihenkilötyyppien toiminnan radikaalisuutta kuvattiin dimensiolla perinteinen – uutta etsivä – muuttava. Tällä tavoin saatiin yhdeksän sosiaalilääketieteilijätyyppiä. Paradigman luoja -tyyppiin ei perusteluissa tullut kuin yksi maininta. Merkittävän sosiaalilääketieteilijän toiminnan orientaatiota ja toiminta-areenoita kuvaava typologia esitetään kuviossa 1.

Tutkijayhteisön ulkopuolella, esimerkiksi hallinnossa, politiikassa, järjestöissä tai mediassa vaikuttaminen ei virallisesti ole kuulunut hyvän tutkijan ominaisuuksiin. Tällainen ulkotieteellinen toiminta on voitu nähdä uhkana puhtaasti tieteen harjoittamiselle, tai epätaloudellisena toimintana uran luomista ajatellen. Siksi on mielenkiintoista, että Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet arvostivat osallistuvia tutkijoita. Tieteelli-

sen yhdistyksen jäsenistö ei omissa arvioissaan ole yhtä tiukasti akatemian sisäisten sääntöjen ohjaama ja voi tällaisessa kyselytutkimuksissa tuoda esiin omat mielipiteensä.

Suosikkien profilit olivat erityyppisiä: jotkut saivat useaan kategoriaan sisältyviä perusteluita, jotkut vain muutamaan. Myös perustelujen määrä henkilöä kohden vaihteli. Kuvion 2 tarkoituksena on osoittaa, kuinka laajoja tai kapeita profilit olivat ja mitkä tyytit olivat yleisimpiä tai harvinaisimpia.

Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät olivat kaikki vahvoja vähintään kahdenlaisina tutkijatyyppeinä. Yhteiskunnalliseen keskusteluun osallistuneet olivat tässä tutkimuksessa lääkäreitä. Yhteiskuntatieteilijöiden vahva tyyppi oli teorian ja metodologian kehittäjä.

MERKITTÄVIEN SOSIAALILÄÄKETIETEILIJÖIDEN TUTKIMUKSET

Merkkihenkilöiden tutkimukset kohdistuivat joko suurempiin väestöotoksiin tai tiettyyn väestöryhmään. Tutkimustoiminnassa tuotiin esiin terveyseroja yhteiskuntaryhmien välillä, kuka sukupuolen, kuka sosiaaliryhmän, alueen tai iän mukaisissa ryhmissä. Eriarvoisuusteema sisältyi tavalla tai toisella kaikkien merkkihenkilöiden tutkimuksiin, mutta myös yksittäiset laaja-alaiset projektit nähtiin tärkeiksi. Tutkimukset voi perusteluissa esitettyjen mainintojen perusteella luokitella seuraaviin tyyppisiin: kansantautitutkimus, terveydenhuoltotutkimus ja terveys sosiologinen tutkimus.

Tutkimusaiheista nousivat esille lähinnä uusimmat. Merkkihenkilöiden tutkimustyössä tärkeinä pidettyjä ominaisuuksia kuvasivat sanat: urauurtavuus, vuorovaikutuksellisuus, poikkitieteellisyys, holistisuus, jatkuvuus, kriittisyys,

Kuvio 2.

Suosituimmat sosiaalilääketieteilijät sisällytettyinä merkittävien sosiaalilääketieteilijöiden typologiaan.

1. Opettaja-tutkija	2. Teorian/metodologian kehittäjä	3. Uranuurtaja-tutkija
LT1 LT2 VTT1 VTT3 LT4 LT7 VTT4 VTT5	LT7 VTT2 VTT3	LT1 LT3 VTT1 VTT2 LT4 LT6 VTT3 VTT5 LT7
4. Sosiaalilääketieteen puolustaja	5. Laaja-alainen tutkija	6. Paradigman luoja
LT1 LT4 VTT1 LT7	LT1 LT2 VTT1 VTT2 LT3 LT4 VTT3 VTT4 LT5 LT6 VTT5 LT7	VTT2
7. Hallintomies-tutkija	8. Poliitikko-tutkija	9. Taistelija-tutkija
LT3 LT4 LT5	LT2 LT3	LT1 LT2 LT7

tuotteliaisuus, heikompiosaisten puolustaminen, kansainvälisyys, monipuolisuus, innostavuus, kehittäminen. Niitä voitaneen yhteisellä nimikkeellä kutsua yhdistyksen jäsenistölle tärkeiksi arvoiksi. Monitieteisyyttä arvostettiin sangen paljon. Kuvaus ”laaja-alainen tutkija” sopi kaikkiin merkkihenkilöihin. Laaja-alaisuudesta ja monitieteisyydestä tuli toisin sanoen kaikkia sosiaalilääketieteen merkkihenkilöitä kuvaava ja yhdistävä piirre.

Persoonallisuuskuvauksia tehtiin varsinaisesti kahdesta merkkihenkilöstä, jotka sijoittuivat tyyppitelyssä luokkaan taistelija-tutkija. Useimpien kohdalla luonnekuvaus liittyi selkeästi siihen, millainen tutkijatyypin henkilö oli. Tutkijatyypin persoonallisuuden analyysi ei tuottanut muita kiinnostavia tuloksia kuin, että eniten kommentoitiin naispuolisen merkkihenkilön ominaisuuksia ja useimmista miespuolisista ei lausuttu mitään henkilökohtaista.

TIE HUIPULLE

Tulokset osoittivat, että merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi tultiin tekemällä yhteiskunnallisesti merkittävää tutkimusta. Merkkihenkilöt mainittiin edelläkävijöiksi, uudistajiksi, aktiiviseksi ja rohkeiksi. He vaikuttivat opetuksen tai

yhteiskunnallisen vaikuttamisen muilla keinoilla tutkimusaiheidensa, -metodiensa tai -tulostensa hyödyntämiseen. Vaikka kaikki merkittävät sosiaalilääketieteilijät olivat olleet tai olivat edelleen yliopiston tehtävissä, kaikki eivät olleet mukana mediajulkisuudessa. Positiivinen julkisuuskuva näyttäisi liittyneen suurten kansanterveyden tilaa koskevien tutkimushankkeiden tulosten raportointiin. Negatiivinen julkisuus liittyi vasemmistoradikalismiin 1970-luvulla (ks. Sisättö 1974).

Kaksi valovoimaisinta sosiaalilääketieteilijää kuului samaan sukupolveen. He olivat muita merkkihenkilöitä useammin julkaisseet Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä kyselyaineiston keruuta edeltäneiden neljän vuoden aikana (ARTO-artikkeliviitetietokanta 2009). Molemmilla oli ollut tärkeitä rooleja Suomen Akatemiassa ja isoja tutkimusprojekteja. Toinen oli nimetty ensimmäiseksi ennen kaikkea tutkijana ja vaikuttajana, toisella tulee esiin sekä tutkija että opettaja. Molemmat edustivat sosiaalilääketieteen suurimpia tieteenalaryhmiä ja kvantitatiivista tutkimusta. Olennaista onkin, ettei kumpikaan vastannut täysin viiteryhmänsä yleisintä tyyppiä, vaikka valtavirtaa edustikin. Yhteistä oli sosiaalilääketieteen ”perimmäinen kysymys”, kysymys

yhteiskunnallisesta tasa-arvosta sukupuolten ja sosiaaliryhmien välillä.

Arvostetuksi sosiaalilääketieteilijäksi pääsemistä voi kuvata yleisellä tutkijan uraa kuvaavalla prosessimallilla tiivistettynä näin: Arvostetuksi sosiaalilääketieteilijäksi tullaan opiskelemalla sosiaali- tai terveystieteitä tohtoritutkintoon asti. Tutkimusalaksi valitaan joko jokin uusi aihe tai lähestymistapa, johon saadaan rakennettua suuri hanke, tai erikoistumalla jo valmiiksi vahvalla alueella. Merkittävä henkilö tarvitsee laajan, myös kansainvälisen julkaisutuotannon. Parhaan tuloksen tuottavat laajoihin aineistoihin perustuvat kvantitatiiviset analyysit väestön sairastavuudesta, kuolleisuudesta tai terveystietäytymisestä. 1990-luvulla ”paras” tutkimusaihe olivat kansantaudit ja niiden ennalta ehkäisy. Suosituimpien joukkoon pääsemiseksi ei riittänyt paraskaan tieteellinen toiminta sellaisenaan, vaan henkilön oli ansioitettava joko yhteiskunta- tai tiedepolitiikkaan liittyvissä kysymyksissä. Tällaisia olivat julkiset keskustelut mediassa, lainvalmistelu ja terveystieteelliset selvitykset, keskeiset tehtävät tutkimuslaitoksissa sekä toiminta oman alan tieteellisissä yhdistyksissä ja lehdissä. Menestyvä sosiaalilääketieteilijä sai olla radikaali tieteesä, mutta ei politiikassa. Poliitikassa piti valita keskitie, tai mieluummin asiantuntijan ja mediakeskustelijan rooli kuin puoluepolitiikkaa lähellä oleva toiminta. Merkittävän sosiaalilääketieteilijän kuva oli lähellä keskustelevien 1960- ja 1970-luvun yhteiskuntatieteilijöiden kuvaa (Purhonen ym. 2008), mutta erona on kuitenkin se, että sosiaalilääketieteen radikaalit keskustelijat olivat peruskoulutukseltaan lääkäreitä.

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa kysyttiin miten yhden tieteellisen seuran, Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet, nimesivät ja arvioivat oman alansa merkkihenkilöitä. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet nimesivät vuonna 1999 merkittäviksi suomalaisiksi sosiaalilääketieteilijöiksi yhteensä 127 henkilöä. Ylivoimaisia sosiaalilääketieteen merkkihenkilöitä ei ollut lainkaan, mutta eniten ääniä saaneista muodostui 12 henkilön kärkijoukko, jonka piirteitä ja kannatuspohjaa tutkimuksessa analysoitiin. Merkkihenkilöt saivat kannatusta laajalta alueelta, myös hyvin erilaisilta alueilta kuin heidän edustamansa tieteenala. Merkkihenkilöt olivat peruskoulutukseltaan joko lääkäreitä tai yhteiskuntatieteilijöitä. Lääkäri-merkkihenkilöille oli tunnusomaista aktiivisuus

yhteiskunnallisissa keskusteluissa, yhteiskuntatieteilijä-merkkihenkilöt olivat pikemminkin akateemisia tutkijoita.

Sosiaalilääketiede oli tutkimustulosten mukaan miesten tiede: kahdentoista arvostetuimman henkilön joukkoon mahtui vain yksi nainen. Uuden sotienjälkeisen sosiaalilääketieteen naiset olivat usein muiden tieteiden kuin lääketieteen edustajia, ja se lienee ollut yksi syy siihen, etteivät he päässeet esiin.

Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen akateemiset virat ovat pääosin miesten hallussa ja ne myös sijaitsevat lääketieteen laitoksissa. Laadullisen terveystutkimuksen verkostoissa tutkimusta tekevät naiset olivat määrääkäsia ja siinä mielessä vallattomia. Heidän tutkimuksensa horjuttivat perinteistä paradigmaa (ks. Pyörälä ja Honkasalo 1994, Honkasalo ym. 1996), mutta eivät olleet onnistuneet kumoamaan sitä tai astumaan tasavertaisesti sen rinnalle. Naistutkijoilla ei ole myöskään sellaista äänivaltaa ”akateemiassa” eikä mediassa kuin valtavirran edustajilla (ks. Husu 2001). Näin ollen heiltä puuttui usein myös merkittävän sosiaalilääketieteilijyyden toinen ehto, eli näkyvä yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen saaneet olivat aiemman tutkimukseni mukaan (Aukee 2007) enemmän kansanterveystiede- kuin sosiaalilääketiedemyönteiä. Sairaanhoidajat arvostivat myös enemmän tutkija-opettajia, eli toivat opetuksen arvostuksen mukaan arviointikriteereihin.

Uusi, jopa paradigmaattista muutosta ennakkoiva laadullinen tutkimus ei tullut esiin tässä tutkimuksessa. Yhdistyksen jäsenistön enemmistö ylläpiti 1990-luvun lopussa vanhaa kvantitatiivisen sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen perinnettä. Kvantitatiivinen analyysi eri koulutusryhmien välillä osoitti, että terveystieteisiin painottuneen koulutuksen saaneet valitsivat useammin merkkihenkilön omasta heimostaan, kun taas yhteiskuntatieteilijät valitsivat lähes yhtä usein terveystieteilijän kuin yhteiskuntatieteilijän. Tämä tulos antaa aiheen olettaa, että valta sosiaalilääketieteessä oli 1990-luvun lopulla terveystieteilijöillä, joiden edustajilla oli merkittävimpien henkilöiden listan kärjessä lievä enemmistö.

Hyvää tutkijaa arvostetaan, mutta tutkimustyö ei yksinään riitä arvostettuun asemaan päämiseen. Niin tiedemaailmassa kuin sen ulkopuolellakin vaikuttavat henkilösuhteet, otollinen aika, eli tieteen sisäiset valtavirtaukset ja muodit. Näiden lisäksi tarvitaan henkilökohtaista karismaa. Vastaajat tekivät valintojaan sekä objektiiv-

visten että subjektiivisten kriteerien perusteella. Useimmat vuoden 1999 merkittävimmistä sosiaalilääketieteilijöistä vaikuttavat ja näkyvät julkisuudessa edelleen. Merkittävät sosiaalilääketieteilijät ovat olleet omilla alueillaan edelläkävijöitä, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon puolustajia, vaikka monikaan heistä ei ole ollut näkyvä poliitikko tai köyhien ja sorrettujen asianajaja. Nämä artikkelissani esiin nousseet merkittävät suomalaiset sosiaalilääketieteilijät eivät edustaneet vanhaa käytännön lääkärityyppiä, potilaistaan ympäri vuorokauden huolehtivaa kunnanlääkärinä tai nykyaikaisempaa sosiaalilääkärinä. He eivät myöskään olleet pääasiallisesti karismaattisia opettajia tai taitavia klinikoita, vaikka he saattoivat olla näitäkin. Tieteellisen yhdistyksen jäsenet arvostivat tieteentekijöitä, vaikka suuri osa jäsenistä ei itse tiedettä tehnytään. Moderni sosiaalilääketieteilijä oli, kuten perinteinen sosiaalilääketieteilijäkin, tieteellisen ja käytännöllisen työn yhdistäjä. Käytännön lääkärin työn tilalle oli tullut tutkimustyö ja ”saarnaavan” kansanvalistuksen tilalle oli tullut modernin median kautta vaikuttaminen.

Sosiaalilääketiede oli edelleen myös lääkäreiden tiede, vaikka heidän osuutensa jäsenistöstä oli vajaa kolmannes. Vaikka sosiaalilääketieteen sisällä arvostettiin sosiologiaa, eivät yhteiskuntatieteilijät profiloituneet merkittävinä ja julkisuudessa näkyvinä sosiaalilääketieteilijöinä. Yhteiskuntatieteilijät kuitenkin nostivat sosiaalilääketieteilijöiden merkittävimpien kärkeen sosiologin. Sosiaalilääketiede tarjoaa yhteiskunnallisista asioista kiinnostuneille lääkäreille menestystä tuottavan näyttämön. Kun lääkäri ottaa kantaa yhteiskunnallisiin asioihin, häntä kuunnellaan ja arvostetaan. Yhteiskuntatieteilijä ei näytä voivan puhua samalla arvovallalla terveyteen ja sairautteen liittyvistä kysymyksistä. Tieteiden ja sukupuolten välinen hierarkia näyttää säilyneen sosiaalilääketieteen sisällä ainakin vuosituhannen vaihteeseen asti. Vallalla on taipumus uusintaa itsensä (ks. Julkunen 1986).

Jäsenistöstä noin kolmannes ei työssään juurikaan ollut tekemisissä tieteen kanssa. Neljäsosa vastaajista (26 %) ei nimennyt yhtään merkkihenkilöä. Koska tutkimuksen kysymyksiin vastattiin muuten yleensä hyvin, voikin ajatella tämän osoittavan, ettei heillä ollut esittää henkilöitä yli muiden. Kyselytutkimukseen eivät osallistuneet kaikki yhdistyksen jäsenet, mutta vastaajat edustivat tämän aiheen kannalta motivoituneimpia jäseniä. Kyselyn katoselvityksissä ei paljastunut systemaattista virhelähdettä ja yleisimmät syyt vastaamatta jättämiseen olivat osoitteen muuttuminen sekä motivaation tai ajan puuttuminen. Tutkimus on luonteeltaan peruskartoitus aiheesta, jota meillä ei juurikaan ole aiemmin tutkittu. Tulokset ovat suuntaa antavia ja toivottavasti jatkokutkimukselle kysymyksiä asettavia.

Tutkimus kuvaa sosiaalilääketiedettä ja sen edustajia 1990-luvun lopulla. Tuolloiset vaikuttajat olivat olleet mukana 1960-luvun radikaalisissa ja 1970-luvun terveystieteiden uudistuksissa sekä tiedepoliittisissa taisteluissa (Lahelma 1995, Allardt 1995). He ovat myös olleet mukana kehittämässä suomalaista sosiaalilääketiedettä ja vaikuttamassa siihen, että kansanterveystiede on paljolti korvannut sosiaalilääketieteen. Sosiaalilääketieteessä on olennaisinta, mitä sosiaalisella kulloinkin ymmärretään yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa. 1990-luvun lopussa se oli väestöryhmittäisten sairastavuus- ja kuolleisuuserojen vähentämistä.

Tutkimus antoi äänen formaalien positoiden haltijoita laajemmalle arvioinnin auditoriolle ja tulevillekin sosiaalilääketieteen toimijoille ajattelun aiheita siitä, miten tullaan merkittäväksi sosiaalilääketieteilijäksi. Tutkijoiden keskuudessa käydään aika ajoin keskustelua muun muassa siitä, tarvitseeko tutkijan tehdä muuta kuin tutkia, ja onko tutkija vastuussa tutkimustensa tulosten yhteiskunnallisesta käytöstä. Sosiaalilääketieteilijöiden arvostuksissa, ainakin vielä 2000-luvun vaihteessa, oli itsestään selvää, että tutkija osallistuu yhteiskunnalliseen keskusteluun ja vaikuttamiseen.

The members of the Society for Social Medicine in Finland were asked to choose and evaluate the prominent people in their field. Of the 429 respondents to the questionnaire 316 named at least one prominent person and suggested 127 people in total. The quantitative and qualitative analysis was carried out on the 12 most often mentioned people. They were researchers and professors in the fields of medicine (7) and social sciences (5), including one woman. They were supported by people in many different fields of science and research. Health scientists chose a person in their own “tribe” as the prominent person more often than social scientists. The promi-

nent practitioners of social medicine shared such characteristics as productivity, trail blazing and large research projects with research settings including the comparison of health differentials between demographic groups. Nine types of practitioners of social medicine were constructed out of the research material where the respondents gave their justifications for choosing a particular person, and the 12 most often mentioned people were situated within these types. The clearest characteristic differentiating between the prominent people was civic activity which was typical of practitioners of social medicine who had the education of an M.D.

KIRJALLISUUS

- Allardt E. Tiedepolitiikan yhteiskunnallisia kytkeäntöjä. Teoksessa Ruostetsaari I. (toim.) Vaalit, valta ja vaikuttaminen. Tampere University Press, Tampere 1995, 23–33.
- ARTO-artikkeliviitetietokanta. Tampereen yliopiston E-kirjasto. Artikkel- ja viitetietokanta. <https://arto.linneanet.fi/> [Luettu 11.3.2009].
- Aukee R. Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhannen vaihteessa. *Sosiaalilääk Aikak* 2004;41:137–146.
- Aukee R. Sosiaalilääketieteilijän identiteetti. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:231–241.
- Aukee R. Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi. *Sosiaalilääk Aikak* 2007;44:176–190.
- Bruun H, Hukkinen J, Huutoniemi K, Thompson Klein J. Promoting Interdisciplinary Research: The Case of the Academy of Finland. Publications of the Academy of Finland 8/05, Helsinki 2005.
- Hemilä H. Voiko tieteellistä kekseliäisyyttä mitata? *Duodecim* 2007;123:692–695.
- Hirsch J E. An index to quantify an individual's scientific research output. *Proc Natl Acad Sci* 2005;102:16569–16572.
- Honkasalo M, Henriksson L, Nisula T. Laadullinen terveystutkimus on tullut jäädäkseen. *Sosiaalilääk Aikak* 1996;33:97–100. Pääkirjoitus.
- Husu L. Sexism, Support and Survival in Academia. Academic Women and Hidden Discrimination in Finland. *Social Psychological Studies* 6, Helsinki 2001.
- Julkunen R. Miestieteen uusintaminen: Teoria ilman sukupuolijärjestelmää. Teoksessa Rantalaiho L (toim.) Miesten tiede, naisten puuhut. Yhteiskuntatieteen kritiikkiä naisten työn näkökulmasta. Vastapaino, Tampere 1986, 109–155.
- Karisto A. Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta. Katsaus suomalaisen terveyden sosiaalisia eroja koskevaan tutkimustoimintaan autonomian ajalta 1930-luvulle. Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 3/1981, Helsinki 1981.
- Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;11:3–12.
- Lahelma E. (toim.) Terveyttä kaikille ja heti! Kirjoituksia erään opintopiirin 30-vuotiselta taipaleelta. Helsinki 1995.
- Purhonen S, Hoikkala T, Roos, JP. (toim.) Kenen sukupolven kuulut? Suurten ikäluokkien tarina. Gaudeamus, Helsinki 2008.
- Pyörälä E, Honkasalo M-L. Kvalitatiivinen tutkimus – haaste suomalaiselle terveystutkimukselle. *Sosiaalilääk Aikak* 1994;31:1–3. Pääkirjoitus.
- Sisättö S. Operaatio nollatutkimus. Kustannuspiste Oy, Tampere 1974.
- Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi, Helsinki 2004.
- Ylijoki O-H. Sosiaalitiiden heimo ja hyveellinen elämä. Teoksessa Weckroth K, Tolkki-Nikkonen M (toim.) Jos A niin ... Vastapaino, Tampere 1994, 123–136.
- Ylijoki O-H. Akateemiset heimokulttuurit ja noviisien sosialisatio. Vastapaino, Tampere 1998.

RANJA AUKEE

*THL, lehtori (emer.), tohtoriopiskelija
Tampereen yliopisto
Sosiaalityön tutkimuksen laitos*

Lesley Doyal: lääketiede ja terveydenhuolto kapitalismissa

Ranja Aukee

Lesley Doyal (s. 1931) on tunnetuimpia terveyden poliittisen taloustieteen edustajia. Hänen pääteoksensa *The Political Economy of Health* ilmestyi vuonna 1979, jolloin kriittinen yhteiskuntatutkimus oli alkanut kohdistua myös terveydenhuoltoon. Kriittisessä terveystutkimuksessa väestön terveysolojen ja terveydenhuollon tutkimus yhdistetään kriittiseen yhteiskunta- ja luokka-analyysiin ja terveyserot tulkitaan yhteiskunnallisen eriarvoisuuden tuotteeksi (Karisto & Lahelma 2000, 38). Suomessa ei nykyisin juuri tunneta tätä perinnettä.

Pääteoksessaan Doyal loi marxilaisen teorian sekä historiallisen ja yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen pohjalta katsauksen kolmeen terveydenhuollon keskeiseen teemaan: terveyden uusintamiseen kapitalistisessa järjestelmässä, terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen ja niihin mekanismeihin, joilla naisia ja etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvia alistetaan ja syrjitään terveydenhuollon valtarakennelmissa. Doyalin tutkimus kiinnittyy brittiläiseen yhteiskuntaan, mutta teemat ovat yleismaailmallisia ja ne esiintyivät myös Doyalin myöhemmissä teoksissa ja kirjoituksissa.

Doyalin toisena pääteoksena voi pitää vuonna 1995 ilmestynyttä teosta *What Makes Women Sick?* Siinä marxilainen perusanalyysi laajenee naisten terveyden, yhteiskunnallisen eriarvoisuuden ja terveydenhuollon valtarakenteiden globaaliksi analyysiksi. Yleisellä tasolla Doyalin lähtökohta oli marxilainen: yhteiskunnalliset rakenteet määrittävät ihmisten tietoisuutta ja olemista. Sairauden hoitoon kehitetyt rakennelmat ja myös ne ratkaisut, joilla sairauksia yritetään estää, luodaan yhteiskunnallisessa toiminnassa.

Sosiaalishistoriaa ja sosiologiaa opiskellut Doyal aloitti akateemisen uransa Polytechnic of North Londonin lehtorina vuonna 1967, jolloin hän ryhtyi tekemään sosiaalishistorian väitöskirjaa aiheenaan naisten terveystyö Lontoon sairaaloissa 1800-luvulla. Käännekohdaksi hänen urallaan muodostui kuitenkin Pluto-kustantamon pyyntö kirjoittaa kirja englantilaisen terveydenhuollon historiasta. Kahden pienen lapsen äiti käsitti, ettei hän voisi tehdä väitöskirjaa ja historiateosta yhtä aikaa. Hän päätti jättää väitöskirjan ja ryhtyä tutkimusapulaisensa Imogen Pennelin kanssa perehtymään Britannian terveydenhuollon historiaan (Doyalin haastattelu 25.10.07, RA). Tästä työstä syntyi *The Political Economy of Health*. Siitä tuli bestseller, maailmanmenestys, joka on julkaistu useissa maissa. Se oli kauan loppuunmyyty, mutta vuonna 2007 sitä oli jälleen saatavilla Lontoossa. Ennen tätä Doyal ehti olla kirjoittajana yhdessätoista teoksessa ja useissa kymmenissä artikkeleissa ja raporteissa. Viime vuosina hän on keskittynyt terveyden ja sukupuolijärjestelmän tutkimukseen ja luennoinut aiheesta eri puolilla maailmaa.

Lääketiedekriittinen keskustelu oli alkanut Yhdysvalloissa 1970-luvun alussa (Freidson 1970; Zola 1972; 1975). Historioitsijat Barbara Ehrenreich ja Deidre English jatkoivat keskustelua naisnäkökulmasta (1976). Amerikkalaisen kriittistä koulukuntaa edustavan lääkärin, Vicente Navarron teos *Medicine under Capitalism* (1976) ja meksikolaisen sosiologin Ivan Illichin teos *Medical Nemesis* (1975) johtivat tekijänsä ja lukijansa väittelyyn, jota käytiin eri puolilla maailmaa. Tätä kiistelyä länsimaisen lääketieteen kriisiytymisen syistä seurattiin myös Suomessa (Vaskilampi 1976). Samaan aikaan kohdisti poliittinen taloustieteilijä Robert Crawford (1980) Yhdysvalloissa kritiikkiä lääketiedekeskeiseen elämäntapavalistukseen. Britanniassa lääkäri Thomas Mc Keown (1976) ja sosiologi Margaret Stacey (1976) arvioivat kriittisesti terveydenhuoltojärjestelmää juuri ennen Doyalin teoksen ilmestymistä. Sosiologit Hilary Graham (1977) ja Ann Oakley (1979) jatkoivat terveydenhuollon naisiin kohdistaman kontrollin ja alistamisen analyysia. Kriittinen naisten terveystutkimus jatkui Britanniassa 1980–1990-luvuilla, ja Doyal osallistui siihen aktiivisesti

(Doyal 1987; 1995; 1998). Keskustelu siirtyi 1980-luvun alussa myös Suomeen, Doyalin ollessa yksi keskustelun innoittajista (Doyal 1984). Myös kriittinen yhteiskuntatieteellinen terveystutkimus laajeni Britanniassa 1980-luvulla, erityisesti niin kutsutun *Black Reportin* (Townsend & Davidson 1982) ansiosta. Suomessa kriittinen yhteiskuntatutkimus ei kuitenkaan enää laajentunut 1980-luvulla, vaan kääntyi pikemminkin makrotasolta mikrotasolle (Karisto & Rahkonen 2000, 51).

Doyal arvioi *The Political Economy of Health* -teoksessa Britannian ylpöydenaihetta, kansallista terveysturvajärjestelmää (NHS), jonka hyvyyteen oikeudenmukaisena ja tasa-arvoisena järjestelmänä oli uskottu. Doyalin tarkastelu perustui laajaan historialliseen ja ajankohtaiseen tutkimustietoon, jossa brittiläisen terveydenhuollon kehitys kytkettiin imperialismin, kapitalismin ja länsimaisen lääketieteen ja terveydenhuollon välisiin yhteyksiin. Nämä analyysit paljastivat terveydenhuollon kapitalismia hyödyttävän luonteen ja valtarakenteet, jotka syrjivät yhteiskunnan heikompiosaisia, kuten vähävaraisia, erilaisiin etnisiin ryhmiin kuuluvia, ja näiden ryhmien sisällä erityisesti naisia. Doyalin teos satoi yhteen monta aikalaiskeskustelua ja teki myös uuden rohkean avauksen brittiläisen kansainyhteisön, siirtomaapolitiikan ja terveyshuollon välisiin suhteisiin. Lisäksi teos avasi terveyden tutkimukseen marxilaisen poliittisen taloustieteen näkökulman, jossa sekä sukupuolten että rotujen terveydellinen eriarvoisuus oli otettu huomioon kansallisella ja kansainvälisellä tasolla (Doyal 1979, 96–137, 239–290).

Brittiläisen yhteiskunnan syvä luokkarakenne ja kolonialistinen historia ovat ohjanneet brittiläistä terveyden sosiologiaa kiinnittämään huomiota luokka- ja rotunäkökulmiin sekä terveyden tutkimuksessa että terveystaloudessa. Doyal korostaa terveydenhuollon merkitystä brittiläisen imperiumin rakentamisessa ja hallinnoimisessa. Terveydenhuoltohenkilöstön ja -välineistön avulla turvattiin ensisijaisesti siirtokunnissa työskentelevien brittien ja paikallisten avaintoimijoiden terveys ja vasta pakon edessä siirtomaan työläisten ja muiden asukkaiden terveys (Doyal 1979, 96–137, 239–290). Luokka, sukupuoli ja rotu ovat terveyden vahvimpia määrittäjiä. Samat tekijät, jotka jakavat

ihmisiä eriarvoisiin asemiin, näkyvät myös heidän terveydessään. Doyalin keskeisin teesi on, että myös terveys ja sairaus tuotetaan sosiaalisesti ja että kapitalistiseen tuotantotapaan kytketty terveydenhuolto omalta osaltaan tuottaa ja ylläpitää eriarvoistavia käytäntöjä. Tämä teema on vahva myös Doyalin toisessa pääteoksessa *What Makes Women Sick?* (1995).

Tarkastelen tässä artikkelissa Doyalin pääteoksen *The Political Economy of Health* teoreettisia lähtökohtia. Ne sisältyvät hänen myöhempiinkin teoksiinsa, mutta niissä hän ei enää palaa marxilaisen tarkastelunsa perusteluun samalla tavoin. Myöhemmät teokset painottavat myös enemmän yhteen teemaan, ja sukupuolijärjestelmän ja terveyden välinen yhteys on niissä keskeisesti esillä. Doyal esittää teoreettiset perusteensa teoksen alussa. Seuraavissa luvuissa hän syventää teesejään laajan tilasto- ja tutkimusaineiston pohjalta. Kolmessakymmenessä vuodessa lisääntynyt tiedon määrä, tieteiden eriytyminen, biolääketieteellisen teknologian kasvu, maapalloistuminen ja kapitalistinen uusliberalismi sekä monet muut yhteiskunnalliset muutostekijät ovat voineet peittää alleen tai hämärtää peruskysymyksen: Miten, keille ja millä ehdoilla terveyttä tuotetaan kapitalismissa? Doyalin malli, sitä tukeva valtava tutkimusmateriaali ja perusteltu argumentointi auttavat ymmärtämään laajan ja mutkikkaan systeemin toimintaa vielä tänäkin päivänä. Seuraava esitys noudattelee mahdollisimman tarkasti Doyalin tekstiä, mutta toivon silti lukijan tarttuvan alkuperäiseen tekstiin, joka on sekä sivistävää että nautittavaa luettavaa.

Kapitalistinen terveysteknologia

Doyalin mukaan analyysin lähtökohdaksi on otettava kysymys: mitä on lääketiede, *medicine*? ”Medicine” viittaa sekä lääketieteeseen että lääke tieteen käytäntöön. Suomen kielessä sitä vastaa lainasana *medisiina*. Terveydenhuolto on laajempi käsite kuin medisiina. Keskeinen ilmiö Doyalin tarkastelussa on lääketieteen/terveydenhuollon siirtyminen kriisistä toiseen. Kriisit ilmenevät kustannusten jatkuvana kasvuna, rikkaiden ja köyhien eriarvoisuuskuilun säilymisenä sekä rikkaissa että köyhissä maissa, palvelujen käyttäjien huolena niiden

saatavuudesta, terveydenhuollon seksistisinä käytäntöinä ja työntekijöiden tyytymättömyytenä työehtoihin, työoloihin ja palkkoihin. (Doyal 1979, 11–12, 37–46.)

Doyal kuvaa tutkimusten ja tilastojen avulla, marxilainen teoria taustanaan, miten lääketieteen ja terveydenhuollon kriisi syntyy, kun tavoiteltu ”tuote” eli terveys pyritään saavuttamaan lisäämällä panoksia sairaanhoitoon. Sairaanhoido lisää terveyttä vain vähän, mutta se tuottaa voittoa kapitalistisen tuotantotavan periaatteella terveydenhuoltoalalla toimiville teknologiayrityksille. Kehittyvä terveysteknologia kasvattaa omaa tarvettaan lisäämällä kysyntää, jota toisaalta kasvattavat myös palvelujen käyttäjien lisääntyneet tarpeet. Valtiota tarvitaan säätelemään palvelujen tuotantoa, jakelua ja kulutusta – toisin sanoen suojaamaan sairaiden ja muiden palveluja tarvitsevien mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa hoitoa varallisuudesta riippumatta. (Doyal 1979, 22–23, 39.)

Doyalin tavoitteena on osoittaa, että lääketieteen ja terveydenhuollon ongelmat eivät ole luonnonlakeja eivätkä perustu arvovapaaseen tieteeseen, hyväntekeväisyyteen tai demokraattiseen päätöksen tekoon. Ongelmat eivät myöskään johdu ilkeiden lääkäreiden ahneudesta, lisääntyvästä teknologiasta tai valtiointerventiosta. Tällaiset selitykset ovat Doyalin mukaan yksinkertaistettuja tulkintoja todellisuudesta, hyvin monimutkaisesta ongelmasta, joka on juurtunut syväälle kapitalismin luonteeseen taloudellisena ja sosiaalisena järjestelmänä. Hän haluaa valottaa ilmiön keskeisiä ulottuvuuksia, jotta niitä voitaisiin käyttää ”terveemmän” yhteiskunnan luomiseksi. (Doyal 1979, 11–17.)

Terveydenhuollon kriisistä käytävän keskustelun osallistujilla on Doyalin mukaan usein vääriä käsityksiä lääketieteen ja terveyden välisestä suhteesta. Yhtäältä ajatellaan, että terveyden ja sairauden määrittäjät ovat pääasiallisesti biologisia, jolloin terveysongelmien ratkaisujen odotetaan löytyvän lähes yksinomaan modernin lääketieteen piiristä. Toisaalta lääketieteen (*medisiinan*) odotetaan olevan tiedettä. Lääketieteen saaman auktoriteetin ja sen käyttöön myönnettyjen resurssien hyväksyminen perustuu oletukseen, että lääketiede on luonnontie-

de. Tästä taas seuraa se, että lääkärin ja potilaan suhteessa osapuolet oletetaan samalla tavoin erillisiksi kuin luonnontieteilijä ja tämän kohde, luonto. Potilas on lääkärin toiminnan kohde. Ilmiöt, jotka aiheuttavat potilaassa sairautta, halutaan nähdä lääkäristä ja ympäristöstä riippumattomiksi. Näin ne voidaan määritellä lääketieteellisen tutkimuksen alaan kuuluviksi. (Doyal 1979, 12, 31.)

Lääketieteen edistys kytketään ”tieteelliseen metodiin”, joka puolestaan takaa varman ja objektiivisen tiedon. Sekä lääketieteilijät että niin kutsuttu suuri yleisö on saatu uskomaan, että ”tieteellinen” voi tuottaa kiistattoman ja autonomisen tietojärjestelmän, jota sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden laajempi pohdinta ei sumenna. Tällaisen päättelyn mukaan vain tieteellinen lääketiede voi määrittää käyttökelpoisen selityksen ihmisen ja taudin väliselle suhteelle. Lääketiede nähdään määritelmän mukaisesti hyvänä – ainoa ongelma on se, miten sille voidaan järjestää uusia toimintamahdollisuuksia. Keskustelu koskee siis sitä, kuinka tämä tieteellisen hoidon järjestelmä ja tekniset taidot voitaisiin parhaiten valmistaa ja jakaa. Ratkaisuksi esitetään parlamentaarisen demokratian ja painostusryhmien normaaleja käytäntöjä. Taustalla on yleinen usko kapitalismin luonteeseen eli siihen, että taloudellinen kasvu ratkaisee sosiaaliset ongelmat. (Doyal 1979, 11–17.)

Kapitalistinen tuotantotapa ja terveys

Traditionaalinen marxilainen tieteen analyysi tekee selkeän eron tieteen ja ideologian välille. Analyysin mukaan olemme matkalla kohti ”luonnollista” ja puhdasta tiedettä, vaikkakin tämä tavoite voi täysimääräisesti toteutua vain sosialismissa. Doyal yhtyy myöhemmin yleistyneeseen käsitykseen, jonka mukaan on hylättävä sekä jyrkkä teknologiaan perustuva rationaalisuus että vanhakantainen ideologinen marxismi. Pikemminkin on pyrittävä ymmärtämään paremmin suhteita tieteen – tiede osana inhimillistä toimintaa – ja niiden yhteiskunnan osa-alueiden välillä, joita kyseinen yhteiskunta on tuottanut.

Ensimmäisenä on tarkasteltava kysymystä sosiaalisen ja biologisen, terveyden, sairauden ja yhteiskunnan välisistä suhteista. (Doyal 1979, 20–22.)

Terveydenhuoltokeskusteluille on ollut tyypillistä, että niissä huono terveys otetaan annettuna, kysymättä huonon terveyden sosiaalista tai taloudellista alkuperää. Yleinen tietoisuus sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden terveysvaikutuksista kuitenkin kasvaa koko ajan. Tiedetään, että teollisuus tuottaa terveyshaittoja, mutta koska teollinen tuotanto on yhteiskunnallinen välttämättömyys, koetaan myös haitat ikään kuin välttämättömyyksiksi, joihin ei voi vaikuttaa. Terveyshaitat mielletään hinnaksi siitä, että teollinen tuotanto voi toimia ja kasvattaa vaurautta. Lisäksi oletetaan, että jatkuva talouskasvu on kaikkien hyväksymä tavoite. (Doyal 1979, 23.)

Taloudellinen kasvu vaatii aina jossakin määrin fyysisten ja psyykkisten resurssien tuhoutumista. Sallitun tuhon määrä ja laajuus ovat osoitus yhteiskunnan prioriteeteista. Kapitalismissa maksimaalisen voiton tuottaminen säätelee sosiaalista ja taloudellista päätöksentekoa enemmän kuin tavoite kohottaa kaikkien ihmisten elintasoja, ja tämä näkyy monin tavoin väestön terveydessä. (Doyal 1979, 20–21.)

Kapitalismin haitalliset vaikutukset eivät ole samanlaisia kaikilla alueilla, mikä usein unohdetaan. Teollinen kapitalismi on luonut pohjaa valtaville parannuksille kuten kehittyneiden maiden väestön odotettavissa olevan keskimääräisen eliniän nousulle ja elintason kohoamiselle. Näihin parannuksiin johtaneessa kehityskulussa on kuitenkin ollut ainakin kaksi ulottuvuutta, jotka tekevät kapitalistisen kehityksen ja terveyden välisestä suhteesta ristiriitaisen. Ensinnäkin kehitys perustuu aivan tietyyntyyppiseen kehitysmaiden taloudelliseen ja sosiaaliseen riistoon, mikä puolestaan on johtanut kolmannen maailman väestön terveyden tuhoutumiseen. Teollistuneissa maissa kapitalistinen tuotantotapa on lisäksi luonut uusia, siitä itsestään aiheutuvia terveysongelmia. Doyal varoittaa yksinkertaistuksista ja näennäisen ”luonnollisista” selityksistä kuten ”kapitalismi tekee sairaaksi” tai ”kapitalistiset yhteiskunnat ovat sairaita”. Sen sijaan pitää tutkia, miten kapitalistinen järjestelmä luo vastakkaisuuksia terveyden ja taloudellisen voiton vä-

lille. Kapitalistinen tuotantotapa sinänsä vaikuttaa terveyteen monin tavoin. Esimerkiksi työn osittaminen, ylityöt ja vaaralliset kemikaalit vaikuttavat suoraan fyysiseen terveyteen, mutta myös diffuusisti, välittyneesti, esimerkiksi stressin kautta. Osa vaikutuksista on peräisin työpaikan ulkopuolelta, esimerkiksi ympäristön ja ilman saastuminen on usein teollistumisen seurausta. Myös tuotetut tavarat itsessään voivat olla terveydelle vaarallisia. Jos tavara myy hyvin, sen terveyshaitat eivät tuottajaa juurikaan kiinnosta, joten monien terveydelle haitallisten aineiden ja tavaroiden tuotanto jatkuu. (Doyal 1979, 22–27.)

Kapitalistiselle yhteiskunnalle on ominaista se, että kaikki eivät altistu näille sairautta tuottaville prosesseille samalla tavalla: sairastavuuden ja kuolleisuuden luokkaerot ovat selviä. Työväestöön kuuluvat ovat sairaimpia ja kuolevat nuorimpina. Nämä erot voivat johtua monista työhön ja työ- sekä asuinympäristöön liittyvistä tekijöistä, mutta suurimpia eroja tuottavat ammatti ja tulot. Tulot vaikuttavat eniten muun muassa asumisen ja ravinnon laatuun, koulutusmahdollisuuksiin ja palvelujen käyttöön. Terveyspalvelujen käyttö ei jakaudu tarpeen mukaan. Kehitysmaissa yleiset infektiosairaudet ja aliravitsemus eivät ole ”luonnollisia” sairastavuuden syitä, vaan seurausta imperiaalistisen politiikan luomasta taloudellisesta järjestyksestä. (Doyal 1979, 24–25.)

Kehittyneessä kapitalistisessa maailmassa kaikkien terveyteen ja sairauteen liittyvien tekijöiden ajatellaan kuuluvan länsimaisen tieteenlääketieteen piiriin. Lääketieteellisen ajattelun historia on kehittynyt erillään lääketieteellisen käytännön historiasta. Historia on seurannut tiedon tuottamisen historiaa. Siinä voidaan erottaa vuoteenvieruslääketieteen, sairaalalääketieteen ja laboratoriolääketieteen vaiheet. Modernista lääketieteestä kehittyi hoitava, individualistinen ja interventionistinen. Sairaudesta tuli tärkeämpi kuin sairas ihminen. Huono terveys määriteltiin ikään kuin mekaanisen järjestelmän häiriöksi, jonka korjaamiseen tarvittiin kirurgista, kemiallista tai sähköistä puuttumista. Hyvä kunto tuli määritellyksi pikemminkin välineellisesti kuin ihmisten toiveiden, pelkojen, ahdistuksen tai kivun aiheuttaman kärsimyksen näkökulmasta. Kun terveys ja sairaus määritellään tällä

tavoin, rajataan terveyden määrittelyssä pois ihmisten omat odotukset terveyden suhteen, ja lääketiede määrittää sairauden omaan kontrolliinsa sopivaksi, tiivistää Doyal. (Doyal 1979, 27–35.)

Sairauden yksilöllisen alkuperän korostaminen on yhteiskunnallisesti erittäin merkittävää, sillä näin hämärretään tehokkaasti huonon terveyden sosiaaliset ja taloudelliset syyt. Terveyden tuhoutumisen estäminen olisi merkittävä kohde luovalle, humanille politiikalle, mutta lääketieteen yksilöä korostava selitysmalli vie sellaiselta politiikalta pohjaa. Sekä elämäntavan terveystutkimus että epidemiologinen tutkimus ovat olleet mukana korostamassa yksilön vastuuta omasta terveydestään, jopa syyllistämässä häntä jos hän sairastuu. Samaa ovat tehneet monet itsehoito- ja itseapuliikkeet.

Hoitamisella lääketieteen keskeisenä toimintana on ainakin kahdella tavalla suuri sosiaalinen ja taloudellinen merkitys. Tärkein tekijä on se, että huipputeknologiaa käyttävän hoitavan lääketieteen leviäminen on tarjonnut kasvupohjan suuria voittoja tuottavalle terveydenhuolto-teollisuudelle. Toinen sosiaalinen ja taloudellinen merkitys liittyy siihen, että hoitava lääketiede kieltää tai ainakin minimoii sellaiset ehkäisevät toimenpiteet ja ratkaisut, jotka eivät mukaudu sen omiin prosesseihin. Se siis suojelee omia taloudellisia etujaan. (Doyal 1979, 35–36.)

Lääketiede ja kapitalistinen uusintaminen

Lääketieteen käytäntö perustui yksityisyrittäjyyden mallille aina 1900-luvulle asti. Monissa suurissa maissa, kuten Yhdysvalloissa, jossa kehitys on kulkenut kohti teollistunutta suurtuotantomallia, on palvelujen tarjonta pysynyt enimmäkseen yksityisten käsissä. Useimmissa edistyneissä kapitalistisissa maissa päävastuu terveydenhuollon organisoinnista kuuluu nykyisin kuitenkin valtiolle. Maissa, joissa työväestö on voimakkaimmin vastustanut valtion ristiriitaista roolia terveydenhuollossa, on järjestelmästä tullut pikemminkin kansallinen kuin sosialistinen. Näin on käynyt esimerkiksi Britanniassa kun sinne on luotu sikäläistä kansallista terveyspalvelujärjestelmää. (Doyal 1979, 37.)

Lääketiede hyödyttää monenlaisia työntekijöitä, mutta myös pääomaa, ja siksi vain harvoissa kehittyneissä yhteiskunnissa lääketieteelliset tuotteet ovat jääneet vapailla markkinoilla tuotettaviksi. Miksi lääketieteellinen hoito sitten on niin tärkeää pääomalle? Jotta kapitalistinen tuotanto voisi jatkua, sen on uudistettava sekä ”yleiset ehtonsa” että tuotantovälineensä. Tämän vuoksi tarvitaan mekanismeja, joilla kapitalistinen yhteiskunta voi uusintaa itsensä. Uusintamisen kohteita (uusintamisen käsitteestä ks. Julkunen 1986, 110) ovat sekä tuotantovoimat että tuotantosuhteet, erilaiset materiaaliset tekijät ja työntekijöiden työvoima. Kapitalististen tuotantosuhteiden uusintaminen tarkoittaa sitä, että on tuotettava uudelleen luokkarakenne, omistussuhteet ja ennen kaikkea ”frame of mind”, mielentila, jatkaa Doyal. Terveysthuolto on tärkeä tekijä tässä uusintamisen prosessissa. 1800–1900-luvuilla valtio on useimmissa maissa ottanut vastuun työvoiman kollektiivisesta uusintamisesta koulutus-, sosiaaliturva- ja muiden hyvinvointipalvelujen avulla. Valtion puuttuminen terveydenhuollon organisointiin on ollut osa tätä yleisempää prosessia. Työntekijöiden terveyden ja toimintakyvyn tulee olla riittävällä tasolla, jotta he voivat osallistua tuotantoon. Hyvinvointi-instituutioiden tehtäväksi tulee sosiaalista kansalaiset rooleihinsa ja myös kontrolloida systeemin toimivuutta. (Doyal 1979, 37–39.)

Edellä kuvattu lääketieteelle esitetty tieteellisyysvaatimus on osoitus siitä, että kapitalismin oikeuttamisen prosessi kytkeytyy tieteeseen ja sen vaatimuksiin. Huipputeknologiaa käyttävän lääketieteen saataavuus ja sen yksittäisten läpimurtojen julkistaminen (oli niiden sosiaalinen arvo mikä tahansa) on tärkeä julkisivu, joka tukee vallitsevaa systeemiä, sanoo Doyal. Terveysthuollon tuotantotapa on tärkeä monin eri tavoin: se uusintaa työnjakoa ja vielä yleisemmällä tasolla se uusintaa porvarillista ideologiaa. Terveysthuollon tarjontajärjestelmä on kokoelma sosiaalisia suhteita, jotka ovat byrokraattisia, hierarkkisia ja autoritaarisia. Terveysthuollossa työskentelevien tilanne heijastaa ja myös vahvistaa laajempaa yhteiskunnallista työnjakoa, joka korostaa erilaiseen asemaan, valtaan ja tuloihin perustuvaa jakoa. Se puolestaan perustuu luokkaan, sukupuoleen ja rotuun. (Doyal 1979, 42–43.)

Lääkäriin ja potilaan epätasa-arvoinen suhde ja potilaiden rajallinen autonomia ja valta koko systeemissä tekevät terveystalouden tarjonnan ihanteellisen kohteen sosialisatiolle ja kontrollille. Ajatus, että vain lääkäri voi parantaa ja uskomus, että ruumis ja mieli voidaan erottaa tieteen lakien mukaan, korostavat molemmat yksilön autonomian menetystä ja voimattomuuden tunnetta, jotka ovat niin yleisiä muilla sosiaalisen ja taloudellisen elämän alueilla. Kapitalismin on uusintettava oma ideologiansa. Ihmiset on saatava uskomaan, että kapitalisti yrittää parhaansa kaikkien hyväksi, että suuret tulot ja voitot koituvat kaikkien hyväksi. Sen vuoksi on tärkeää luoda järjestelmä, jossa on erikseen eliitti, joka tietää, osaa ja päättää ja saa ”rahvaan” uskomaan, että järjestelmä toimii myös heidän parastaan ajatellen. Myös terveydenhuollossa toimii eliitti, joka tietää, mikä on parasta hierarkian alemmilla asemilla oleville, siis työntekijöille ja potilaille. Näin ihmisiltä on vähitellen viety usko siihen, että he voisivat kontrolloida oman ruumiinsa toimintoja, aivan kuten heiltä on viety mahdollisuudet kontrolloida esimerkiksi omia työolosuhteitaan. Lääketiede ja terveydenhuolto saavat hyvän tekijän kasvot, koska sairauden ja kuoleman uhatessa niiden puoleen on käännyttävä. Sairaus tekee ihmisestä erityisen haavoittuvan. (Doyal 1979, 42–43.)

Sosiaalipolitiikan ja sosiologian kritiikin suhde lääketieteeseen

Doyalin analyysi ja kritiikki kohdistuvat myös akateemiseen sosiaalipolitiikkaan ja terveyden sosiologiaan sekä niiden lähes symbioottiseen valtiosuhteeseen. Näillä aloilla lähes kaikki opetus on keskittynyt hyvinvointivaltion hyvien ja huonojen puolien esittelyyn. Akateeminen opetus heijastaa kuin peili sosiaalidemokratian ja hyvinvoinnin ideologiaa. Brittiläisen sosiaalitieteen hyvinvointiteorialla on täysin sama ideologia kuin ”hyvinvointivaltion”. Sosiaalihallinnollinen näkökulma korostaa valtion puuttumista tiettyihin ongelmiin, joita muun muassa teollistuminen tuottaa. Sanaa ’kapitalismi’ ei mainita. (Doyal 1979, 13–15.)

Kaikkia asioita ei voi jättää markkinoiden hoidettaviksi, valtio ottaa vastuulleen esimerkiksi sairaiden ja työttömyyden hoidon. Valtiolle toisin sanoen lankeaa yhteiskuntaa koossa pitävä integratiivinen rooli. Tieteellisen luonteensa vuoksi lääketiede pitää huolen sairaista ja kärsimyksen lievittämisestä. Lopputuloksena on se, että lääketiede hyväksytään kriitikittömästi sellaisena kuin lääketieteen professio sen määrittelee. Lääketieteelliset ongelmat ratkaistaan lääketieteen sisäisinä osaongelmina, joita voivat olla esimerkiksi ympäristön tuottamien terveyshaittojen vähentäminen tai palvelujen määrän kasvattaminen julkisen kulutuksen määrittämässä puitteissa. Ongelmat nähdään empiirisinä jako-ongelmina: paljonko resursseja annetaan vanhuksille tai mielenterveyspotilaille. Tällainen sosiaalipoliittinen lähestymistapa ei pysty pureutumaan kunnolla esimerkiksi sairastavuuden sosiaalisten erojen syihin, koska se ei ota huomioon lääketieteellisen käytännön laajempaa roolia yhteiskunnassa. Se tulee vain toistaneeksi ja lujittaneeksi laajalle levinnyttä käsitystä lääketieteen yhteiskunnallisesta tehtävästä. (Doyal 1979, 13–15.)

Myöskään terveyden sosiologit eivät ole piitaneet terveydenhuoltojärjestelmän poliittisista ja taloudellisista rakenteista tai terveydenhuollon yhteiskuntasuhteista. Heitä ovat kiinnostaneet enemmän esimerkiksi lääkäri-potilassuhteisiin liittyvät seikat tai terveydenhuollon ammattiryhmät. Talcott Parsonsin kehittämä teoria sairaan roolista (Parsons 1951) on levinnyt laajalle (ks. Tuula Vaskilammen artikkeli tässä teoksessa). Teorian mukaan sairas ”valitsee” sairaan roolin, mutta hänen on pyrittävä siitä pois saadakseen oikeutuksen hoitoon. Koska kaikki eivät pysty siihen sairauden luonteen vuoksi, kuten esimerkiksi mielisairaat, tarvitaan erityistä sairaiden kontrollia. Parsons oli hyvin tietoinen lääketieteen laajasta yhteiskunnallisesta tehtävästä eli sosiaalisesta kontrollista. Hänen näkemyksensä oli funktionalistinen, ja hän piti kapitalistista yhteiskuntaa vakaana ja edistyksellisenä, vaikka se tuottaakin sekä fyysistä että psyykkistä stressiä ja turhautumista. Doyalin mukaan Parsons oli enemmän huolissaan siitä, miten näitä haittoja voitaisiin ehkäistä tai lieventää, jotta ne eivät repisi tai hajottaisi

vallitsevaa sosiaalista järjestelmää, kuin siitä, miten vallitseva järjestelmä tuottaa näitä haittoja. (Doyal 1979, 15–16.)

Ivan Illich onnistui Doyalin mielestä muita sosiologeja paremmin omassa lääketieteen kritiikissään (*Medical Nemesis* 1975), koska hän ei ottanut lääketieteen ja terveydenhuollon toimintamalleja annettuina, vaan arvioi kriittisesti niiden todellisia vaikutuksia sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Illich päätyi esittämään, että monet lääketieteen käytännöt ovat suorastaan vahingollisia. Illichin kritiikki meni Doyalin mukaan äärimmäisyyksiin, sillä hän halusi kieltää modernin lääketieteen arvon kokonaan ja ehdotti tilalle kansalaisten omatoimista terveydenhoitoa. Illich piti lääketieteen ongelmina teollistuneen yhteiskunnan autoritaarista, byrokraattista ja hierarkkista rakennetta ja ehdotti ratkaisuksi teollistumiskehityksen hidastamista. Doyalin mielestä byrokratian ongelmat heijastavat kulloinkin kyseessä olevaa yhteiskuntaa. Modernin lääketieteen ongelmat ja terveydenhuollon organisaation funktiot määräytyvät siten pääasiassa terveydenhuoltosektorin ulkopuolelta. (Doyal 1979, 17–20.)

Naisalistus sairauksien syynä

Teoksessa *What Makes Women sick?* Doyalin (1995) tavoitteena oli löytää erilaisissa olosuhteissa elävien naisten elämästä yhteisiä piirteitä ja olla samanaikaisesti herkkä sosiaalisten, kulttuuristen ja taloudellisten erojen moninaisuudelle. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna naisten pahoinvoinnin ja huonon terveyden suurin syy on heidän alisteisessa yhteiskunnallisessa asemassaan. Vaikka terveydenhuollon osuus terveyden edistämiseksi on suhteellisen pieni, sillä on suuri merkitys yksittäisten ihmisten elämässä. (Aukee 1998.)

Naiset käyttävät terveydenhuollon palveluita enemmän kuin miehet ja joutuvat kohtaamaan myös terveydenhuollossa vallitsevia seksistisiä asenteita ja käytäntöjä. Itse asiassa seksismi on Doyalin mukaan terveydenhuollossa ilmeisempää ja paljaampaa kuin muualla yhteiskunnassa. Lääketieteen kritiikki on siksi tärkeä elementti yleisemmässäkin feministisessä kapitalismikritiikissä, ja naisista on myös tulossa merkittävämpiä tekijöitä modernin lääketieteen ideologian muut-

tamisessa. Monet naispuoliset terveystyöntekijät haluavat irrottautua stereotyyppioista, jotka määräävät heidän paikkansa lääketieteen työnjaoissa, ja ovat alkaneet taistella alistustaan vastaan hierarkkisesta asemastaan riippumatta. Vieläkin tärkeämpää on se, että monet naiset ovat kuluttajina alkaneet haastaa lääketieteellistä hegemoniaa. He alkavat suosia itsehoitomenetelmiä ja muita vaihtoehtohoitoja, joissa heillä on enemmän valtaa itseään koskevissa asioissa. (Aukee 1998)

Teos *Women and Health Services* (Doyal 1998) on kokoomateos, jossa arvioidaan brittiläisen terveydenhuollon toimintaa naisnäkökulmasta. Yksi kirjan kantavista teemoista on terveystalouden ja palvelujärjestelmän sukupuolisokeus. Suomessa terveystalouden ei ole naispolitisoinut. Myös Suomessa keskustellaan aika ajoin medikalisaatiosta, mutta sukupuolen teemaa ei ole siinäkään nostettu esiin. Kokoomateoksen toinen pääteema on naisten alisteisen yhteiskunnallisen aseman ja terveyden välinen yhteys. Köyhyys tuottaa sairautta ja sairaus köyhyyttä. Köyhyys on sukupuolittunutta: naiset lapsineen elävät köyhyudessa, ja kaikkein köyhimpiä ovat vähemmistökansallisuuksiin kuuluvat yksinhuoltajaäidit. Englannin kansallisen terveyspalvelujärjestelmän palveluista ovat selkeästi hyötynneet työläisperheiden vähätuloiset naiset. Samanaikaisesti järjestelmässä on kuitenkin tapahtunut naisille epäedullista kehitystä: perhesuunnittelupalveluja ja pitkäaikaissairaiden vuodepaikkoja ja etenkin naisten mahdollisuutta saada kotipalveluja on supistettu. (Aukee 2000.)

Marxismikeskustelua käytiin Britanniassa samaan aikaan feminismikeskustelun kanssa. Ensimmäinen feministinen tutkimus sosiaalipolitiikasta, Elisabeth Wilsonin teos *Women and the Welfare State*, ilmestyi vuonna 1977. Wilsonin ja muiden aikalaisten teksteissä arvosteltiin kriittisen teorian ja etenkin marxismin kyvyttömyyttä nähdä alistus naisalituksena ja valtiollinen kuri ja kontrolli sellaisena, joka kohdistui spesifisti myös naisiin. (Anttonen 1997, 10–11.) Doyal oli tässäkin suhteessa poikkeus. Sosiaalipolitiikan tutkija ja feministi Fiona Williams on tuonut omassa *Social Policy* -teoksessaan esiin Doyalin uraauurtavat tutkimukset eri etnisiin ryhmiin kuuluvien naisten kohdeltuna Britannian kansallisen terveyspalvelujärjestelmän (NHS) asi-

akkaina ja työntekijöinä. Doyalin ja hänen tutkimusryhmänsä tutkimusten (1981) mukaan NHS on ollut riippuvainen ulkomaalaistyövoimasta jo 1950-luvulta lähtien. Vuonna 1981 brittiläisistä lääkäreistä kolmannes, sairaanhoitaja-opiskelijoista 20 prosenttia ja sairaaloiden ruokahuollon työntekijöistä yli 80 prosenttia oli ulkomaalaistaustaisia. Kouluttamatonta työvoimaa on kautta aikain käytetty paljon ihmistyövoimaa tarvitsevilla palvelualoilla. Puhutaan työvoimaintensiivisestä palvelutyöstä. Se on koko NHS:n historian ajan auttanut pitämään brittiläisen terveydenhuollon kustannukset alhaalla (Williams 1989, 179–180, sit. Doyal ym. 1981, 68.).

Suomessa kriittinen naisten terveystutkimus sai vaikutteita sekä yhdysvaltalaisesta että brittiläisestä keskustelusta (Riskä 1985; Henriks-son 1987), mutta naistutkijat eivät ole ottaneet tutkimuksensa lähtökohtaksi terveyden politiikan ja talouden suhdetta.

Peruskysymykset säilyvät

Doyal esitteli Britannian terveyspalvelujärjestelmän kriittistä tutkimusta vieraillessaan Suomessa vuonna 1983 (Doyal 1984). Hänen analyysinsä brittiläisen imperiumin ja terveydenhuollon kytkennöistä oli suomalaisille vieras aihe. Suomalaisen hyvinvointivaltion tutkimus oli vasta alkamassa, eikä globalisaatiosta puhuttu vielä lainkaan. Tutkimushanke suomalaisen naisen terveydestä oli juuri käynnistynyt (Rauhala ym. 1982), mutta tutkimuksen rahoitus ja tuki loppuivat ennen kuin sen keskeiset aineistot saatiin analysoitua. Lääketieteeseen nojaavassa terveystutkimuksen rahoitusjärjestelmässä ei ymmärretty, miksi naisten terveyttä olisi pitänyt tutkia, ja vielä ilman vertailuasetelmaa miehiin (Hasan 1993). Tai kenties ymmärrettiin liiankin hyvin, että naistutkimus tunkeutuu miehisen lääketieteen alueelle ja ehkä paljastaa ja kritisoi lääketieteen naiskuvaa ja hoitokäytäntöjä (Rauhala 1985). Maailman terveysjärjestön asiantuntijat esittivät Suomen terveydenhuollon arvioinnissaan vuonna 1991, että ohjelmaan osallistumista havainnollisti kolmen M:n syndrooma, eli se oli ollut monosektorista, maskuliinista ja medisiinistä (WHO 1991, 82), mikä tar-

koitti, että suomalainen terveyspolitiikka oli miesten hallitsemaa, terveydenhuoltoon painottunutta ja lääketiedekeskeistä. Suomessa toteutui oppikirjahanke naisten ja miesten terveydestä, jossa sukupuolten terveyseroja tarkastellaan käyttäytymisen ja itsehoidon kehyksessä tai epidemiologisina faktoina (Luoto ym. 2003). Terveyspolitiikan ja -talouden kriittistä tutkimusta ei rahoiteta, koska terveyden tutkimus on luovutettu medikaalimaailmalle, joka ei halua kyseenalaistaa itseään (Sandstedt 1981).

Vaikka suomalainen hyvinvointivaltio on rapautunut ja sen naisystävälliset kasvot (Anttonen 1994) ovat vääristyneet, näkevät suomalaiset vielä terveydenhuollossa ystävällisen lääkärisedän kasvot. Suomi ei 2000-luvulla ole enää sen enempää tasa-arvon kuin terveydenhuollonkaan mallimaa. Kun omat hoivavaramme ehtyvät, turvaudumme ulkomaiseen apuun. Uusliberalismin, kansainvälisen markkinakapitalismin ja globalisaation seurauksena suomalaisetkin pääsevät ehkä nauttimaan köyhien maiden siirtolaisten hyväksikäytöstä laajassa mittakaavassa. Ihminen ei ole muuttunut, vaikka hänen rakentamansa ismit ja mallit vaihtuvat. Onko juuri tämä vaikuttanut siihen, että *The Political Economy of Health* on jälleen ilmestynyt Lontoon kirjakaappoihin? Marxilaiset analyysit ja tulkinnat saattavat tuntua vanhanaikaisilta 2000-luvulla, koska yleisesti halutaan uskoa, että kaikki marxilaisuuteen, marxismi-leninismiin, kommunismiin tai Neuvostoliittoon liittyneet ikävät asiat ovat ohimennyttä elämää eikä niihin tarvitse enää palata. Paljastuuko kaiken alta kuitenkin se sama luuranko, joka paistaa Doyalin esikoisteoksen kansikuvassa esiintyvän mustan kaivosmiehen paidan alta? Vai onko se vaihtunut musliminaisen mustaksi niqabiksi, joka jättää näkyviin vain kysyvät silmät? Kapitalistiset lainalaisuudet säätelevät koko maapalloa ilman merkittävää vastavoimaa tai -potentiaalia. Entä mitä mahtaa merkitä se, että Doyalin aikalainen, 1970-luvulla kapitalismikriittisen maailmanjärjestysteorian luonut taloustieteilijä ja -historioitsija Immanuel Wallerstein (1974) vieraili Suomessa maaliskuussa 2008 Kapitalismi'08 -seminaarin pääpuhujana? Wallerstein ennustaa maailmanjärjestyksen syöksyvän poliittiseen ja taloudelliseen kriisiin. Kyse ei hänen mu-

kaansa ole enää siitä, säilyykö kapitalismi hengissä, vaan siitä, mitä tulee kapitalismin jälkeen. Siksi nyt tuleekin hänen mukaansa toimia suunnitelmallisesti sen suunnan puolesta, jonka koemme paremmaksi. (Iso-Markku 2008.)