

TUBERKULOOSIN JA AIDSIN
KULTTUURISET MERKITYKSET

Electronic dissertation
Acta Electronica Universitatis
Tampereensis 157
ISBN 951-44-5284-4
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

TUBERKULOOSIN JA AIDSIN KULTTUURISET MERKITYKSET

Tiina Hautamäki

Akateeminen väitöskirja

Tampereen yliopisto, sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos

Copyright © Tampere University Press 2002

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617, 33014 Tampereen yliopisto
puhelin (03) 215 6055
faksi (03) 215 7685
email taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Taitto ja kannen valokuvat Terhi Malmi

Kansi Mikko Kurkela

ISBN 951-44-5268-2

Tampereen yliopistopaino
Juvenes Print Oy

Sisällys

Kiitokset	7
1. Johdanto	9
Aikaisempia tutkimuksia	15
Tutkimusaineisto ja -ongelma	19
Tutkimuksen teoreettis-metodologiset lähtökohdat	22
Tuberkuloosi ja aids: eroja ja yhtäläisyyksiä	37
Tuberkuloosin ja aidsin historiaa	39
Kirjan rakenne	48
2. Sairauden tilat, rajat ja aika	51
Sairauden hoidon tilat	52
Työkyvyn, puhtauden ja kuoleman rajat	57
Sairaus järjestää aikaa	67
3. Kirjoittajien repertuaarit ja positiot	71
Artikkeleiden rakenne, tuottajat ja merkitys	73
Repertuaarien esiintyminen aineistossa	78
Tavoitteellinen repertuaari	80
Lääketeollinen repertuaari	82
Käytännöllinen repertuaari	87
Psykologinen repertuaari	89
Maallikkorepertuaari	92
Repertuaarien tehtävät ja toimijoiden positiot	96
Repertuaarien kahden lehden välinen vertailu	98
Tekstien kirjoittajien näköalapaikat	105
4. Sairaus taisteluna	109
Metaforan teorioista	110
Metaforien tyypit	114
Mikrotason sotametaforien tehtävät	120
Makrotason sotametaforien tehtävät	125
Mikro- ja makrotason toimijat	132
Metaforisen kielenkäytön muutokset	135
5. Sairaus, yhteisö ja yksilö	139
Kollektivistinen ja individualistinen diskurssi	140
Kollektivistisen diskurssin variaatiot	143

Kolme kulttuurista kautta	145
Vahva Suomen kansa	147
Onnistunut tuberkuloosin hoito ja niskoittelevat potilaat	155
Väestön ja yksilön riskit	161
Kansan kasvatuksesta väestön informointiin	169
6. Potilas toimijana, kohteena ja kokijana	174
Potilaiden positioiden esiintyminen aineistossa	176
Nais- ja miespotilaat toimijoina	180
Nais- ja miespotilaat kohteina	188
Nais- ja miespotilaat kokijoina	196
Potilaan positioiden muutos	204
7. Yhteenveto ja johtopäätökset	210
Liite 1. Tutkimusprosessin kuvaus	224
Liite 2. Tutkimusaineisto ja tekstityypit	238
Abstract: Cultural Meanings of Tuberculosis and Aids	253
Lähteet	256

Kiitokset

Aloitin tämän tutkimuksen tekemisen tutkijakoulussa vuonna 1995 Tampereen yliopistossa. Työni on edennyt monien vaiheiden kautta. Väitöskirjaani ovat vieneet eteenpäin monien tutkijoiden ja ystävien tuki, kannustus ja neuvot. Nyt minulla on viimein ilo kiittää heitä kaikkia.

Väitöskirjani tekemistä ovat ohjanneet Pertti Alasuutari ja Matti Alestalo. Tutkimustyöni ensisijainen ohjaaja on ollut Pertti Alasuutari. Ilman hänen asiantuntevia neuvojaan tutkimukseni olisi tuskin valmistunut. Myös Matti Alestalon kommentit ovat olleet minulle tutkimustyön aikana hyvin tärkeitä. Lämpimät kiitokseni teille molemmille. Vilma Hänninen oli tiiviisti mukana työni loppuvaiheissa. Hänen viisaat ja rakentavat sanansa ovat vaikuttaneet väitöskirjani valmistumiseen ratkaisevasti. Kiitos Vilma. Lisäksi työni osia ovat kommentoineet Oili-Helena Ylijoki, Jaana Vuori, Mikko Jauho, Anssi Peräkylä, Jari Aro ja Klaus Weckroth. Kiitos teille kaikille hyvistä ja arvokkaista huomioista. Heikki Lehtoselle ja Ulla Vuorelalle osoitan kiitokset siitä, että he rohkaisivat minua ryhtymään jatko-opiskelijaksi.

Opiskelin vuonna 1998 kevätlukukauden Yhdysvalloissa, Floridan yliopistossa. Siellä minua ohjasi Jaber Gubrium. Hänen innostava opetuksensa laadullisista tutkimusmenetelmistä on auttanut minua selkiyttämään työni keskeisiä ajatuksia. Työtäni Floridassa kommentoi myös Sylvia Ansay. Your advice and comments were most valuable, Jay. I am grateful for your support and friendship, Sylvia. Thank you both very much.

Työni esitarkastajaa Ilpo Heléniä haluan kiittää käsikirjoitukseni yksityiskohtaisesta ja asiantuntevasta kommentoinnista. Toinen esi-

tarkastaja sekä vastaväittäjä Marja-Liisa Honkasalo antoi myös hyvin arvokkaita työtäni koskevia korjausehdotuksia. Paljon kiitoksia teille molemmille. Oli antoisaa saada työstäni perusteellista ja asiaan syvästi perehtynyttä palautetta. Kaikista työhöni jääneistä puutteista olen vastuussa itse.

Tutkimustani tein vuosina 1995–99 ja 2001 Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksella. Kiitos kaikille laitoksen hienoille kollegoille mukavista keskusteluista ja työn lomaan sijoittuvista rentouttavista hetkistä. Kulttuurin ja vuorovaikutuksen tohtorikoulutusohjelman tutkijoiden kanssa paneuduin tieteen harjoittamiseen. Kiitokset Marja Alastalolle, Laura Huttuselle, Arja Kuulalle, Hannele Palukalle, Anna Rastaalle, Susan Erikssonille, Jukka Partaselle, Petri Ruuskalle, Ari Jääskeläiselle, Jarno Valkoselle, Harri Sarpavaaralle, Pekka Rantaselle ja Jussi Turtiaiselle. Monet kiitokset myös matkan varrella papereistani palautetta antaneille Pirjo Nikanderille, Johanna Ruusuvoorelle, Merja Kinnuselle ja Seppo Korpi-päälle.

Työtäni edisti miellyttävällä tavalla laadullisen terveystutkimusverkoston narratiivipiiriläisten tuki ja antoisat keskustelut. Suuret kiitokset Tarja Aaltoselle, Maarit Alasuutarille, Lea Henrikssonille, Vilma Hänniselle ja kaikille muille piirin istuntoihin osallistuneille. Tarjalle erityiskiitos lämminhenkisestä työhuonetoiveruudesta ja käsikirjoitukseni kielenhuollosta. Ritva Salmelaa kiitän ystävyyydestä.

Väitöskirjani pääasiallinen rahoitus tuli opetusministeriön tutkijakouluille osoitetuista varoista. Lisäksi työtäni ovat rahoittaneet Emil Aaltosen säätiö, H. Weijolan ja Tampereen kaupungin tiederahastot. Kiitokset työn rahoittajille. Tampere University Pressille kiitos työni julkaisemisesta.

Tyttäreni Anna-Riikka, elämäni Valo, on pitänyt minut vauhdikkaasti kiinni arjessa. Kiitos, että jaksoit näin kauan odottaa äidin valmistumista. Lämpimät kiitokseni myös tyttäni isälle Marko Valolle ja isovanhemmille, Jussille, Pirkolle ja Markelle, korvaamattoman tärkeästä tuesta väitöskirjaprosessin aikana.

Tampereella joulukuussa 2001

Tiina Hautamäki

1. Johdanto

Lasten paviljonki suurine ikkunoineen sädehtii jo täydessä jouluvalaistuksessa. Lumiset puut ja maan kamarakin näyttävät loistavan joidenkin allepäin kätkeytyjen lamppujen voimasta. Lasten äänetkin tuntuvat olevan kuin jotakin haurasta, lasista rihmaa, joka väristen ja kimmeltäen asettuu jättiläiskokoisen kuusen oksille, tavoitellen tähteä, kultatähteä korkealla joulu-puun latvassa. Nämä äänet eivät tunne kaipausta, vaan ainoastaan iloa. Helmin kyyneleet hiljentyvät väkisinkin. Hän ojentaa osakuntatoverille kääröt, jotka tämän on vietävä Marjalle! Helmi itse jää ulos valaistulle hangelle ja hetken perästä työnnettiin salissa vuode ikkunaan. Antti, yllään valkoinen takkinsa, tukee Marjaa, joka iloisena viittaa sisarelleen ikkunan alla.

”Enkeli taivaan...”

Näin kirjoittaa Maila Talvio (1951, 415) romaanissaan *Ne 45 000* tuberkuloosiparantolan joulunvietosta 1930-luvun Suomessa. Kirjan päähenkilö Helmi ja hänen sisarensa Marja ovat yhtä aikaa parantolassa hoitamassa itseään terveiksi. Sisarusten tavoitteena on pitää huolta itsestään, tulla terveiksi ja työkykyisiksi. Otteessa tulevat vahvasti esiin tunteet ja näyt, joita Helmi kokee mennessään katsomaan pikkusartaan. Joulutähti edustaa toivoa terveestä elämästä. Toiveen toteutumista eivät edesauta kyyneleet, vaan iloinen mieli. Lainausta voi lukea myös terveystalouden näkökulmasta: romaanissa ”tarjotaan ihastuttavassa muodossa oikeata keuhkotautivalistusta” (Terveystalouden lehti 12/1932, Savonen). Parantolassa olo ei ole pelkästään surullinen asia, vaan iloa ja tunnelmaa täynnä. Parantolassa toivutaan

sairaudesta valkoiseen puhtaaseen takkiin pukeutuneen lääkäri-Antin tukemana valoisin mielin.

1990-luvun lopulla Raija Oranen (1999, 203–204) kuvaa romaanissaan *Onnesta ja autuudesta*, kuinka aidsia sairastava Ari kertoo kirjan päähenkilölle, Irikselle, mistä hän todennäköisesti sai kuolemaan johtavan hiv-tartunnan.

Mistä Ari oli tartuntansa saanut, siitä ei ollut täyttä varmuutta. – Luultavasti San Fransiscosta, Ari arveli Irikselle, kun tämä oli jälleen palopöällikön talossa kättään hoidattamassa. – Tuli pyörittyä siellä muutama viikko joskus nuorena miehenä.

Arin kasvoilla häilähti valo ja ilo, mistä päätellen hänellä oli ollut hauskaa noina viikkoina rapakon takana.

Oli hauskaa, hän myönsi. – Meikäläiset kokoontuivat baareihin ja rannoille, soitettiin ja tanssittiin, juotiin ja otettiin vähän muutakin. Minäkin kokeilin, tietysti, mutta olin varovainen. Paitsi tässä asiassa. Ne olivat kaikki niin puhtaita ja nuoria, kauniita ihmisiä, lahjakkaita. Me istuimme meren rannalla auringon laskusta auringon nousuun ja rakastimme tosiamme. Ne olivat onnellisia päiviä ja minä maksan niistä kalliisti.

Ari on saanut hiv-tartunnan ulkomailla. Virus on tarttunut häneen suojaamattomassa sukupuoliyhteydessä. Rakkaat nuoret ystävät näyttävät puhtailta ja vaarattomilta, mutta aurinkoisella rannalla virus siirtyy kehosta toiseen. Arin onnelliset päivät ovat takana päin, nyt on yksilön maksun aika. Sairauttaan Ari ei hoida parantolassa tai sairaalassa, vaan aidsin viime vaiheisiin asti kotonaan. Parannusta sairautteen ei ole, ja mies kuolee kehon immuunijärjestelmän vähitellen lakatessa toimimasta.

Tartuntataudit, kuten tuberkuloosi ja aids, koskettavat sekä yksilöä että yhteisöä. Yksilötasolla niitä pelätään ja salaillaan, mutta toisaalta sekä terveet että sairastuneet yksilöt osallistuvat sairauksia koskevaan julkiseen keskusteluun ja toimintaan; tartuntatauteja vastaan taistellaan monin eri tavoin. Tuberkuloosi oli pitkään, 1960-luvulle asti, koko kansan sairaus. Vaikka sitä pelättiin ja salailtiin, monella tapaa sen vastustaminen oli myös kansan yhteistä taistelua. Aids on

ollut korostetummin yksilötason asia, ihmisen elämässään ottamien riskien seuraus.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kulttuurisia merkityksiä tuberkuloosia ja aisia käsittelevistä terveydenhoitoalan lehtien teksteistä on löydettävissä. Vaikka lääketiede pystyy selittämään sairauksien syntymekanismeja, ei se riitä muuttamaan sairauksia puhtaasti lääketieteelliseksi ilmiöiksi. Patologinen todellisuus rakentuu biologisesta, sosiaalisesta ja semanttisesta tasosta, jotka ovat muuttuvia ja vuorovaikutuksessa keskenään (Hakosalo 1997). Siksi terveydenhoitoalan lehdissä ei selvitetä sairauksien luonnetta vain biolääketieteellisistä lähtökohdista käsin. Lääketieteelliset selitykset sairauksien synnystä ja niiden tutkimisesta ja hoidosta saavat rinnalleen esimerkiksi potilasta ymmärtävän psykologisen näkökulman tai selostuksia sairauksien hoitoon liittyvistä käytännön toimista. Sairauksista kirjoittamisen logiikka on moniulotteinen, merkityksellinen ja ajallisesti muuttuva.

Tutkimukseni sijoittuu terveys sosiologisen kulttuurintutkimuksen kenttään, joka on lähellä lääketieteellistä antropologiaa (esim. Lupton 1995¹). Kulttuurintutkimuksessa merkityksen käsite ja ilmiöiden merkitysvälitteisyys on keskeistä. Sosiologiassa kulttuurilla tarkoitetaan esimerkiksi jonkin ryhmän omaksumaa maailman hahmottamisen tapaa (ks. Alasuutari 1994, 33). Sosiaalitieteellinen kulttuurintutkimus on ollut kiinnostunut monista yhteiskuntaelämän ilmiöistä, kuten median tuotteista, nuorison tyyleistä ja kaupungeista sosiaalisina tiloina sekä niihin kietoutuvista merkityksistä (esim. Barker 2000). Lääketiedettä ja sairauksista koskevaa keskustelua on tutkittu vähän kulttuurintutkimuksen näkökulmasta. Pikemminkin lääketiede on nähty kulttuurin ulkoisena osana, tieteellisenä alueena, jota on pidetty kulttuurin vastakohtana. (Lupton 1995, 17) Tämä tutkimus pyrkii osoittamaan, että kulttuuriset merkitykset ovat vahvasti läsnä tartuntatauteja käsittelevissä lääketieteen asiantuntijoiden kirjoituk-

1. Esimerkiksi aisia on tutkinut lääketieteellisen antropologian näkökulmasta Paul Farmer (1990). Lääketieteellinen antropologia tutkii muun muassa eri kulttuurien orientoitumista terveyskysymyksiin. Viime vuosikymmeninä lääketieteellinen antropologia ja terveys sosiologia ovat lähentyneet toisiaan, kuten monet muutkin yhteiskuntatieteelliset ja humanistiset tieteenalat. (Lupton 1995, 13)

sisä. Lääketiede on kulttuurisesti merkityksellistä tietoa, joka esiintyy ja muuntuu sekä ajassa että paikassa (emt., 12).

Pertti Alasuutari (1994, 17) sanoo, että merkitysrakenteiden analyysiin keskittyvän kulttuurintutkimuksen tekeminen ei ole helppoa silloin, kun tutkija pyrkii mikrososiologisen tarkastelun lisäksi vastaamaan makrotason yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Merkitysrakenteita tutkimalla on kuitenkin mahdollista valottaa myös laajoja sosiaalisia prosesseja. Merkitysten tutkija ei ”hylkää yhteiskuntaa”, vaan ”tarkastelee yhteiskunnallista todellisuutta siltä kannalta, miten kielessä ja käytännöissä ilmaisunsa saavien käsite-erottelujen kautta rakennetaan sosiaalista todellisuutta” (emt., 17). Tätä tutkimusta voikin lukea siten, että tartuntatauteja käsittelevien asiantuntijoiden tekstien tulkinnasta avautuu yksi näkökulma suomalaisen sodan jälkeiseen sosiaaliseen todellisuuteen. Tutkimuksessani ei näin ollen ole kyse siitä, että esimerkiksi lääketieteen ajateltaisiin jakaantuvan kahtia oikeaan tieteelliseen todellisuuteen ja vähemmän todellisiin kulttuurisiin merkityksiin.

Kulttuurintutkimuksessa käsitteellä kulttuuri viitataan merkitysten tuottamiseen, vaihtoon sekä ilmiöiden merkityksellistämiseen ja erottelujen tekoon (Barker 2000, 383). Kulttuuri tarkoittaa tutkimuksessani sitä, että tartuntatauteja koskevalla kirjoittelulla on oma kulttuurinen muotonsa, jota on mahdollista tutkia. Sairausten merkitykset tuotetaan kulttuurissa. Esimerkiksi lääketieteen asiantuntijoiden tartuntatauteja käsittelevät tekstit eivät ole kulttuurista erillinen sfäärinsä, vaan kertovat lääketieteeseen ja terveysvalistukseen kietoutuvista kulttuurisista merkityksistä.

Merkityksellä tarkoitan sellaista sosiaalista ja kulttuurista ulottuvuutta teksteissä, joka kertoo yhteisesti jaetusta ja ymmärretystä todellisuudesta². Yksi esimerkki tekstien merkityksistä, joita tutkimuk-

2. Tutkimuksessa ei paneuduta syvällisesti merkitys-käsitteen sisältöön, koska ”psykologi tai sosiologi saattaa tutkia sitä, kuinka ihmiset kokevat arkielämänsä merkitykselliseksi tai kuinka pieni lapsi oppii vaikkapa käsitteen ”oppiminen” merkityksen. Tällainen tutkimus perustuu empiirisiin aineistoihin, eikä tutkija useinkaan pohdi käsitteen ”merkitys” sisältöä. Taustaoletusten problematisoijan rooli on perinteisesti kuulunut filosofialle.” (Airola ym. 2000, 7) Merkityksen ymmärtämisessä yhtenä suunnannäyttäjänä voivat toimia Mikko Lehtosen (1996, 309) sanat: ”Kieli ja sen merkitykset ovat tarttuvista todellisuuteen, ihmisten käytännöllistä tietoisuutta, muuttuvaa, mutta suhteellisen selvärajaisia hahmoja saavaa läsnäoloa maailmassa.”

nessa analysoin, on kirjoittajien sotametaforien käyttö. Sairausedemian vertaaminen sotaan on meille kaikille ymmärrettävissä oleva ilmaus, jonka käytöllä on tiettyjä seurauksia. Merkitykset eivät olekaan 'vain' tekstin tasolla, niillä on yhtymäkohtansa sosiaaliseen todellisuuteen ja ihmisten paikkoihin siinä. Merkityksiin liittyvä ajatus toimijoiden erilaisista positioista teksteissä on tämän tutkimuksen yksi keskeinen idea. Toimijoiden positioita analysoimalla on mahdollista päästä selville tekstien kulttuurisista ulottuvuuksista. Voi olettaa, että lääkäri ei esiinny teksteissä vain biomedikaalisen tiedon haltijana, vaan pyrkii myös maallikkotasolla ymmärtämään potilaitaan.

Kielenkäytöllä on aina omat seurauksensa, millä en kuitenkaan viittaa siihen, että pyrkisin analysoimaan todellisuutta juuri sellaisena kuin se on. Kieli ei ole peili, joka suoraan heijastaa todellisuutta. Kielenkäytössä on kysymys monimutkaisemmista ja muuttuvista ilmiöiden ja ihmisten välisten suhteiden kerrostumista kuin yksiselitteisestä heijastuspinnasta. Lukiessamme tekstiä emme näe vain yksittäisiä merkkejä, vaan tulkitsemme sanojen, lauseiden ja tekstikokonaisuuksien merkityksiä. Yksittäinen merkki on arbitraarinen, mielivaltainen, merkitys on kulttuurisidonnainen ja muuttuva ajatuskehikko, jolla on vaikutuksensa sosiaalisessa toiminnassa. Esimerkiksi metaforinen ilmaus sairaudesta taisteluna ei tarkoita, että sairauden vastainen toiminta olisi sodankäyntiä. Sairautta vastaan taistellaan yksilö- ja yhteisötasolla eri tavoin. Sodanjälkeisessä Suomessa tuberkuloosin vastainen taistelu merkitsi erityisen selvästi yhteisön edun korostamista: maa oli saatava jaloilleen – ”taistelukuntoon” – ja siihen tarvittiin mahdollisimman monen kansalaisen panosta, myös tuberkuloosista toipuvien potilaiden. Aidsin vastaista taistelua käydään kulttuurissa, jossa korostetaan yksilön vastuuta ja rationaalisia valintoja, ei niinkään kansakunnan yhteisiä arvopäämääriä.

Tuberkuloosia ja aidsia käsittelevien tekstien kirjo on laaja. Lääketieteellisten tutkimusten ja artikkeleiden lisäksi niistä on kirjoitettu esimerkiksi runoja (esim. Södergran 1925, Kalin 1993) ja romaaneja (esim. Talvio 1951, Jalonen 1996, Oranen 1999) sekä historia- ja sosiaalitieteellisiä tutkimuksia (esim. Härö 1992, Nenola 1986, Huotari 1999). Yksi mahdollisuus olisi jatkaa Maila Talvion ja Raija Orasen kirjoittamien romaanien kaltaisten tekstien tarkastelua kysymällä,

miten Helmi ja Ari niissä esiintyvät. Voisi esimerkiksi kysyä, onko vaikeaa sairautta sairastavan kirjan henkilön asema muuttunut romaaneissa viidenkymmenen vuoden aikana. Olisi myös mahdollista pohdita, millaisia sairauden merkitykset, sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet ovat, suomalaisissa romaaneissa sekä sitä, miten kirjoittamisen lajityypit ovat muuttuneet viidenkymmenen aikana (Mäkelä 1990, 49)³.

Tässä tutkimuksessa keskityn terveydenhoitoalan lehtien tarkasteluun. Myös niitä tutkimalla löytyy vastauksia siihen, millaisia ovat sairauksista käydyssä suomalaisessa kirjoittelussa esiintyvät kulttuuriset merkityksenannot. Analyysin kohteena ovat kahdessa suomalaisessa terveydenhoitoalan lehdessä viiden vuosikymmenen aikana ilmestyneet tuberkuloosia ja aidsia käsittelevät tekstit. Terveydenhoitoalan lehdissä tuberkuloosista ja aidsista on kirjoitettu ahkerasti, joten aineisto on helposti löydettävissä. Lähtökohtana on sairauksia koskevan kielenkäytön analysointi sosiologian ja terveyden kulttuurintutkimuksen näkökulmasta. Tutkimuksen erityisenä intressinä on päästä selville siitä, miten sairauksia käsittelevissä teksteissä tuodaan esiin niissä esiintyvät keskeiset toimijat. Toimijoilla viitataan tekstien kirjoittajiin ja ”päähenkilöihin”, potilaisiin ja sairauksiin. Selvitän yksilön ja yhteisön rakentumista kysymällä, miten yksilöstä teksteissä puhutaan ja millaisiin yhteisöllisyyden muotoihin yksilöt teksteissä asetetaan. Etsin vastausta siihen, miten tartuntatauteihin koskeva kirjoittelu on vuosina 1946–1996 muuttunut? Miten tuberkuloosista ja aidsista on kirjoitettu ja millaisia positioita teksteissä esiintyville toimijoille annetaan? Millaisiin paikkoihin ja suhteisiin toimijat teksteissä asettuvat? Miksi toimijoiden positiot vaihtelevat eri teksteissä ja niiden sisällä? Muuttuvatko sairauksista kirjoittamisen tavat tutkimusjakson aikana?

3. Ongelmaksi muodostuu kuitenkin aidsia käsittelevien suomalaisten romaanien vähäinen määrä. Kirjaston haussa löytyi vain Orasen romaani. Hiv-tartunta on siinäkin vain yksi sivuteema.

Aikaisempia tutkimuksia

Susan Sontag (1991) pohtii ”Sairaus vertauskuvana” -esseessään (alkuteos on ilmestynyt 1978) tuberkuloosiin ja syöpään liitettyjä vertauskuvia. Hän on myös kirjoittanut aidsista ja sen vertauskuvista. Sontagin pyrkimyksenä on osoittaa, että sairaudessa ja sen kuvaamisessa on kyse retoriikasta: sairauden retorisestä omistuksesta kamppaillaan, se otetaan tietyllä tavalla haltuun ja muunnetaan argumenteiksi. Sairaus ei ole metafora, ja paras tapa suhtautua sairauteen on puhdistautua vertauskuvallisesta ajattelusta. Sairaus, jota ei vielä osata parantaa, nähdään mystisenä. Tämä on Sontagin mielestä turhaa. (Sontag 1991, 9, 179) Epäselväksi kuitenkin jää, miten metaforista pääsisi täysin eroon. Olisiko se lainkaan mahdollista? Kielenkäyttö on läpeensä metaforista.

Deborah Luptonin lähtökohtana on, että sairauksissa ei ole kyse vain biologiasta, vaan ne ovat myös monimutkaisella tavalla sosiaalisesti ja kulttuurisesti konstruoituneita ilmiöitä. Tämä ajatus on myös oman tutkimukseni yksi lähtökohta. Lupton (1995, 18–19) korostaa, että sosiokulttuurisessa diskurssianalysissa on tärkeää tutkia sosiaalisesti konstruoitunutta prosessia, jossa biologia ja kulttuuri ovat vuorovaikutuksessa, sekä niitä tapoja, joita kulttuuri käyttää sairauksien sosiaalisten raja-aitojen määrittämiseen. Esimerkiksi aids-potilaat saatetaan esittää mediassa joko ’syllisinä’ omaan sairauteensa tai heidät voidaan nähdä ’viattomina’ uhreina. Ensin mainitut ovat aiheuttaneet sairautensa itse homoseksuaalisilla aktiviteeteillaan tai suonensisäisten huumeiden käytöllään. Uhreiksi määritellään verensiirrosta viruksen saaneet, hiv-positiivisten äitien lapset ja naiset, jotka yksinkertaisesti ’lankeavat väärin miehiin’ tietämättä näiden olevan suonensisäisten huumeiden käyttäjiä tai biseksuaaleja. (Lupton 1995, 92)

Kari Huotari (1999, 1993) on kirjoittanut hiv-positiivisten elämän selviytymisstrategioista ja tutkinut kansallista aids-kirjoittelua. Huotari (1999) on haastatellut hiv-tartunnan saaneita ja tutkinut heidän selviytymiskeinojaan. Huotari puhuu mieluummin selviytymisestä kuin marginalisoitumisesta tai syrjäytymisestä. Hänen mukaansa hiv-tartunnan saaneet ovat elämäänsä aika tyytyväisiä ja

selviävät melko hyvin. Hiv-tartunta ei merkitse umpikujaa, vaan uusia valinnan mahdollisuuksia. Ongelmallista on ympäristön suhtautuminen; tartunnasta kertominen voi vaarantaa ihmissuhteet ja kansalaisoikeuksien täysimittaisen toteutumisen. Siksi hiv-tartunnan saaneet valitsevat mieluummin tartunnan salaamisen kuin siitä julkisesti puhumisen. (Huotari 1999, 242–243)

Aidsia koskevaa kirjoittelua eritellessään Huotari paneutuu erityisesti kirjoittelussa ilmeneviin valtautottuvuuksiin. Aluksi aids esitetään homotautina, joka herättää pelkoa. Myöhemmin aidsista kirjoitettaessa korostuu lääketieteen valta-asema hoitoa ja tutkimusta koskevina toimintaehdotuksineen. Hallitsevaksi keskustelunäkömuodoksi muodostuu lääketieteellinen tarkastelutapa. (Huotari 1993, 185–186)

Tuberkuloosiparantoloiden kulttuuria valottaa Aili Nenola (1986) teoksessaan *Parantolaelämää*. Sen aineistona ovat tuberkuloosipotilaiden kertomukset parantola-ajastaan. Tutkimus välittää potilaiden kertomusten kautta elävän kuvan tuberkuloosin hoitokulttuurista. Parantoloiden säännöt olivat tiukat ja hoidot saattoivat olla raskaita, mutta potilaat kehittivät omaa elämäntapaansa ja kulttuuriaan, joka omalta osaltaan auttoi sairauden kestämisessä. Parantolaelämään kuului hallimakuun ja hoitojen lisäksi seurustelua, ”lumpustusta” sekä kulttuuritoimintaa. Nenolan tutkimusta lukemalla voi muodostaa kuvan sairaudesta, joka on potilaille sosiaalisesti ja kulttuurisesti monin eri tavoin merkityksellinen. Esimerkiksi kuolemaan parantoloissa ei suhtauduttu vain hiljaisesti ja vakavasti. Kuolemaa käsiteltiin myös huumorilla, mikä helpotti monien potilaiden ahdistusta (Nenola 1986, 134).

Kalevi Kivistö (1969) on tutkinut parantolayhteisöä potilaiden hoidossa pysymisen kannalta. 1960-luvulla tuberkuloosiin kuolleisuus oli laskenut jyrkästi, mutta ongelmana oli, että osa potilaista ei pysynyt parantolassa riittävän pitkään parantuakseen. Parantolayhteisö oli laitos, jonka byrokraattisiin järjestyssääntöihin eivät kaikki potilaat sopeutuneet. Jotkut potilaat yksinkertaisesti poistuivat parantolasta kesken hoidon. Naispotilaat hyväksyivät parantolan normit miespotilaita paremmin. Lääkärin roolin potilaat kokivat keskeiseksi ja lääkäriltä odotettiin instrumentaalisten ohjeiden lisäksi hoitoa tukevaa

sosiaalista vuorovaikutusta, esimerkiksi apua henkisissä ongelmissa. Kivistö toteaaakin, ettei tuberkuloosin hoito ole tehokkainta, jos se toteutetaan pitkälle erikoistuneesti ja vain kliinisiä ongelmia ratkoen. (Kivistö 1969, 115–121) Kivistö teki tutkimuksensa ajankohtana, jolloin terveydenhuollossa ja koko yhteiskunnassa tapahtui suuria muutoksia. Potilaiden yksilöllisyyteen alettiin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Tämä näkyi muun muassa siinä, että tuberkuloosipotilaiden asemasta keskusteltaessa potilaat nähtiin aiempaa korostetummin itsestään vastuullisina yksilöinä (erittelen tätä kehitystä tarkemmin luvuissa 5 ja 6).

Teoreettis-metodologiseen lähestymistapaani ja sen kehittelyyn on eniten vaikuttanut sosiaaliseksi konstruktionismiksi kutsuttu diskursianalyttinen suuntaus (esim. Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 1999). Sosiaalisessa konstruktionismissa keskeistä on asioiden ja ilmiöiden nimeämisen eli merkityksellistämisen tapojen tutkiminen. Merkityksellistämässä on kyse kahdesta vastakkaisesta tendenssistä. Ensinnäkin merkityksiä pyritään vakiinnuttamaan niin, että arkipäivässä on mahdollista suunnistaa järkevällä tavalla. Kun esimerkiksi puhumme terveydestä ja sairaudesta, oletamme kaikkien ymmärtävän mistä on kyse. Toisaalta merkitysten rajat ovat hämäriä, moninaisia, uudistuvia ja muuttuvia. Käsite sairas voi tänään merkitä osittain eri asiaa kuin sata vuotta sitten. Sairaus ja terveys merkityksellistyvät myös toistensa kautta. Kun tehdään ero terveen ja sairaan välille, saavat ne merkityksen suhteessa toisiinsa. Merkitysten rakentuminen on myös kontekstisidonnaista niin, että sairaudesta puhuminen saa kontekstiinsa liittyvän merkityksen tarkasteltaessa sairaudesta puhumista osana lausetta, lausetta osana laajempaa tekstikokonaisuutta tai lausumaa osana kirjoittajan ja lukijan välistä vuorovaikutusta. (Jokinen, 1999, 39–40)

Olennaista tutkimuksessani onkin sen analysoiminen, miten tuberkuloosista ja aidsista kirjoitettaessa kontekstoidaan lausumia. Miten niitä merkityksellistetään suhteessa toisiin lausumiin? Analysoin esimerkiksi sitä, miten kirjoittajat siirtyvät näkökulmasta toiseen puhuessaan sairaudesta sekä lääketieteellisenä että psykologisena ongelmakenttänä. Tämän ilmiön ymmärtämisessä olen tukeutunut Anssi Peräkylän (1990) tutkimukseen sairaalakuolemasta ja sairaala-

henkilökunnan suhteesta siihen. Vaikka Peräkylän tutkimus perustuu sairaalassa tapahtuneeseen tutkijan keräämään havainnointi-aineistoon, ja on siten monessa suhteessa erilaista lehdistä kerätyn tekstiaineiston kanssa, on puheissa sairaalakuolemasta ja tartuntataudeista paljon yhteistä (käsittelem tätä tarkemmin luvussa 3).

Myös Riitta Kärjen (1998) tutkimus ”Lääketieteellinen viestintä” on vaikuttanut tapaan lukea tutkimusaineistoani. Miten lääketiedettä esitetään joukkoviestimissä? Kysymykseen Kärki etsii vastauksia analysoimalla televisio-sarjaa Teho-osasto sekä Prisma-tiedeohjelman ajankohtaisia lääketiedettä koskevia keskusteluja. Kärki löytää lääketieteen julkisuudesta erilaisia retorisia painotuksia. Lääketieteen uhkakuvia pyritään torjumaan ’hallinnan’ ja ’turvan’ retoriikalla. Uhkat hallitaan tieteen keinoin ja lääkärit esiintyvät turvallisina sankareina, jotka selviytyvät ylivoimaisistakin esteistä. Myös ’toivon’ retoriikka on tärkeä keino puolustettaessa tiedettä. Vaikka lääketiede ei pystyisikään ratkaisemaan ongelmaa juuri nyt, kerrotaan ratkaisujen olevan mahdollisia lähitulevaisuudessa. Aina toivoa ei ole, mutta silloinkin turvalliset lääketieteen edustajat tekevät ihmisten hyväksi kaiken mahdollisen. (Kärki 1998)

Sairauksista puhumisen ja kirjoittamisen tavat ovat historiallisesti muuttuvia. Tämän seikan analysoimisessa tulen lähelle Pertti Alasuutarin (1996) tulkintaa Suomessa tapahtuneista sodanjälkeisistä puhetapojen vaihdoksista, kulttuurisista kausista. Alasuutari nimittää sodanjälkeistä aikaa ”moraalitalouden” vaiheeksi, jota seurasi ”suunnittelutalouden” vaihe ja viimeiseksi ”kilpailutalouden” vaihe. Käsitteellä talous Alasuutari korostaa sitä, että kyseessä on esimerkiksi puhetapa, jossa tavan takaa nostetaan moraaliset periaatteet julkisen tarkastelun kohteeksi. Lisäksi hänen mukaansa vaiheet ”ovat myös osittaisia siirtymiä kokonaisvaltaisessa kulttuurisessa systeemissä, jonka sisällä myös suppeasti ymmärretty talous toimii, ja joka myös osallistuu toimijan asemien ja identiteettien konstruktion”. (Alasuutari 1996, 104–105)

Myös tässä tutkimuksessa ajatus ”sairauden ja terveyden taloudesta” on läsnä. Analysoin potilaiden asemia sodanjälkeisinä vuosikymmeninä selvittämällä sitä, miten potilaiden positioita teksteissä määritellään. Tulen erottamaan erilaisia kausia, joiden aikana teksteissä esiintyvistä toimijoista kirjoittamisen tavat osittain muuttuvat.

Tutkimusaineisto ja -ongelma

Tuberkuloosi on koskettanut lukemattomia ihmisiä ja se oli vakava kansantauti Suomessa vielä 1940- ja 50-luvuilla. 1970–80 -luvulla tuberkuloosia sairastavia oli pätevien lääkkeiden ja kohonneen elintason ansiosta lukumääräisesti vähän. Sairaudesta ei lehdissäkään näin ollen tuolloin paljon kirjoitettu. 1990-luvulla tuberkuloosi alkoi levitä uudelleen länsimaissa ja se nousi taas keskustelun kohteeksi. Sairaudesta on myös osa henkilöhistoriaani. Olin keuhkotautisten perheiden lapsille tarkoitettussa lastenkodissa 1960-luvun alussa. Tässä onkin syy, miksi valitsin tuberkuloosin ensimmäiseksi tutkimukseni kohteeksi. Tuberkuloosia koskevan keskustelun analysoiminen ei kuitenkaan yksin riitä, jotta voisin tarkastella koko sodanjälkeistä aikaa. Siksi olen valinnut ainsin toiseksi tutkimuskohteeksi saadakseni mukaan tuberkuloosikirjoittelua ajankohtaisempaa ja vilkkaampaa keskustelua tartuntataudeista. Näin voin tarkastella tarttuviin sairauksiin liittyvien merkitysten muuttumista 1940-luvulta 1990-luvulle.

Tutkin vuosina 1946–1996 ilmestyneitä tuberkuloosi- ja aids-tekstejä. Nimitän vuosia 1946–1996 tutkimusjaksoksi. Analyysini kohteeksi olen valinnut tekstejä, jotka on julkaistu kahdessa suomalaisessa terveydenhoitoalan lehdessä tutkimusjakson aikana. Ensimmäinen lehdistä on terveystieteiden ja terveydenhoitoalan lehti, jonka nimi muuttui 1970-luvulla Kotilääkäriksi. Toinen tutkimusaineiston lähde on lääkäreiden ammattilehti, Suomen Lääkärilehti⁴.

Suomen Lääkärilehti on ammattilehti, joka lähetetään kaikille Suomen Lääkäriliiton jäsenille. Lukijakunnan enemmistö muodostuu lääkäreistä, mutta lehteä lukee myös muu terveydenhoitoalan henkilöstö sekä lääketieteen opiskelijat (Suomen Lääkärilehti 1996).

4. Suomen Lääkärilehteä julkaisee lääkäreiden ammattiliitto, Suomen Lääkäriliitto. Lehti alkoi ilmestyä vuonna 1916, jolloin sen nimi oli Tiedonantoja liiton jäsenille. Varsinainen lehden perustamisvuosi on 1922, jolloin lehteä alettiin julkaista Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehden nimellä. Suomen Lääkärilehti on ilmestynyt vuodesta 1946 alkaen. (Suomen Lääkärilehti 9/1966, 750). Lehti ilmestyy 36 kertaa vuodessa.

Terveydenhoitolehti on ilmestynyt vuodesta 1889 vuoteen 1975, jolloin sen nimi muutettiin Kotilääkäriksi. Lehteä julkaisi aiemmin Suomen lääkäriyhdistys Duodecim, nykyisin se on Yhtyneiden Kuvalehtien kustantama. (Rajaniemi 1988) Lehti ilmestyy 12 kertaa vuodessa.

Lehdessä ilmestyy artikkeleiden lisäksi muita kirjoituksia, kuten raportteja ja lääketieteen tutkimustuloksista kertovia uutisia. Olen kerännyt kyseisistä lehdistä kaiken aiheeseen liittyvän materiaalin, joka on ilmestynyt vuosien 1946 ja 1996 välisenä aikana.

Tutkimusaineistostani Suomen Lääkärilehden tekstit on osoitettu lähinnä asiantuntijayleisölle, jonka oletetaan ilman muuta tietävän tietyt vallitsevat lääketieteen menetelmät ja väitteet, eikä tätä ole syytä erikseen eksplisiittisesti varmistaa. Kun kirjoittaja puhuu kollegoilleen, hän voi lähteä siitä, että nämä hyväksyvät tieteenalan perusolettamukset. (Perelman 1996, 23, 39) Erityisyseisölle suunnatuissa teksteissä käytetään teknistä sanastoa, joka on tunnettu tieteenalan sisällä. Tekniset termit eivät välttämättä tule suoraan tieteenalan sisältä, vaan niitä lainataan arkipäivän sanastoista. (Perelman & Olbrechts-Tyteca 1971, 99) Vaikka lääketieteellä on omat, maallikolle osin vieraat, tapansa kommunikoida, esittää ideoita ja oletuksia, käytetään sen piirissä yleisesti ilmaisuja, jotka voisivat esiintyä vaikkapa Suomen puolustusta koskevissa asiakirjoissa.

Terveystieteiden lehden tekstit ovat lähempänä *common sense* -ajattelua kuin alan asiantuntijoille osoitettua tietoa (Perelman & Olbrechts-Tyteca 1971, 99). Lehti pyrkii tarjoamaan valistusta, joka on riippumaton erityistiedosta tai -koulutuksesta. Lehdessä voi lukea maallikkotietoa, joka on vakuuttavaa ja yleisesti hyväksyttyä esittämishetken vallitsevassa yhteiskunnallisessa tilanteessa. Maallikoille osoitetussakin tekstissä voi olla spesifiä ammattisanastoa, mutta sen merkitys yleensä selitetään lukijalle.

Tuberkuloosia käsitteleviä Terveystieteiden lehdessä ilmestyneitä tekstejä on tutkimusaineistossa yhteensä 30. Suomen Lääkärilehden tuberkuloosia käsitteleviä tekstejä on ilmestynyt yhteensä 65, näistä olen valinnut mukaan tutkimusaineistoon 40 tekstiä. Aids-tekstejä tutkimusaineistossa on Suomen Lääkärilehdestä 64 kappaletta ja Kotilääkäri-lehdestä 4. Tutkimusaineiston tuberkuloosi- ja aids-tekstien yhteismäärä on 135 kappaletta, josta noin puolet käsittelevät tuberkuloosia ja puolet aidsia. Joissakin 1990-luvulla ilmestyneissä teksteissä puhutaan molemmista sairauksista. Nämä tekstit olen luokitellut joko tuberkuloosi- tai aids-tekstiksi sen mukaan, kumpi sairaus tekstissä on ensisijaisena tarkastelun kohteena. Lisäksi aineistossa on mu-

kana muita tekstejä, jotka sivuavat tutkimusaihetta. Muita tekstejä käytän lähinnä ensimmäisessä sisältöluvussa sekä luvun kaksi ensimmäisessä kappaleessa. Kaikkien tutkimuksessa käytettyjen Suomen Lääkärilehdestä ja Terveydenhoitolehti/Kotilääkäristä peräisin olevien lainausten ja esimerkkien lähdetiedot löytyvät liitteestä 2.

Kulttuuristen muutosten tutkiminen on kiinnostavaa erityisesti siksi, että nykyään ihmisen ajatellaan voivan omilla elämäntapavalinnoillaan vaikuttaa siihen sairastuuko hän vai ei (Lupton 1995, 92). Yksilö voi valita ottaako hän elämässään terveydentilaan vaikuttavia riskejä. Näkyykö tämä yksilöä korostava ajattelutapa tutkimissani teksteissä? Pysykö yksilön korostus samanlaisena koko tutkimusjakson ajan? Millaisia ovat ne teksteissä esiintyvät yhteisöllisyyden muodot, joihin yksilöt paikannetaan? Tutkin, millaisia teksteissä esiintyvien toimijoiden esittämisen ja erottelujen tapoja aineistosta on tulkittavissa. Esimerkiksi sairaus on toimija, josta kirjoitettaessa käytetään erilaisia metaforia. Selvitän, miksi esittämisen tavat mahdollisesti vaihtelevat ja mikä on niiden funktio. Sairauksien metaforinen kuvaus ei välttämättä ole samanlaista eri aikoina. Tällöin voi kysyä, kertooko metaforien käytön vaihtelu sairauksiin liitettyjen kulttuuristen merkitysten muutoksesta.

Tutkimieni tekstien kirjoittajat ovat pääosin lääkäreitä⁵. Terveydenhoitolehden/Kotilääkäriin ja Suomen Lääkärilehden kirjoittamisen tyyli kuitenkin poikkeavat toisistaan. Onko kyse vain lehtien erilaisista yleisöistä? Terveydenhoitolehteä/Kotilääkäriä voi luonnehtia värikkääksi ja ihmistä lähelle tulevaksi, Suomen Lääkärilehteä taas pidettyvämmäksi ja tiukemmin lääketieteelliseksi lehdeksi. Lehtien kulttuuriset paikat ovat erilaisia (Mäkelä 1990, 48–52). Molemmissa lehdissä kirjoitetaan tuberkuloosista ja aidsista, mutta Terveydenhoitolehti/Kotilääkäri on lähempänä tavallisen ihmisen arkea kuin Suomen Lääkärilehti, joka on suunnattu ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisille. Analysoin kirjoittajien tapaa rakentaa erilaisia näkökulmia teksteihin eli sitä, millaisista positioista käsin kirjoittajat

5. Mikäli tekstin kirjoittaja on muu kuin lääkäri, lääketieteen tutkija tai terveydenhuollon alan ammattilainen, mainitsen kirjoittajan aseman erikseen alaviitteessä. Tämän tarkoitus on osoittaa lukijalle, että kirjoittajan asemalla voi olla vaikutusta esitettyyn näkökulmaan. Analyysissa en kuitenkaan keskity yksittäisten kirjoittajien henkilökuviin tai erilaisten ammattiasemien ja tekstien välisiin yhteyksiin.

tarkastelevat aiheitaan. Voi kysyä, miten kirjoittajat määrittelevät terveydenhuollon ammattilaisten asemaa ja tehtäviä. Samalla on mahdollista tutkia muille teksteissä esiintyville toimijoille, kuten potilaille ja sairauksille, rakennettuja asemia ja merkityksiä.

Ensimmäisessä sisältöluvussa käytän tarkastelussa tuberkuloosia ja aisia käsittelevien tekstien lisäksi muita vuosina 1946–1996 Terveydenhoitolehdessä ja Suomen Lääkärilehdessä ilmestyneitä tekstejä. Metodi on kokoavampi ja vähemmän systemaattinen kuin tutkimukseni muissa sisältöluvuissa. Kahdessa seuraavassa luvussa analyysin kohteena on vain osa tutkimusaineiston teksteistä. Tuon tarkemmin esiin analysoimieni tekstien määrät ja valintakriteerit lukujen kolme ja neljä alussa. Kahdessa viimeisessä luvussa tarkastelen koko aineistoa.

Tutkimuksen teorettis-metodologiset lähtökohdat

Sosiaalinen konstruktionismi

Tutkimukseni sijoittuu sosiaalisesti konstruktionismiksi kutsutun tutkimussuuntauksen kenttään. Metodina tutkimuksessa on tekstianalyysi, millä tarkoitan teksteistä erottamieni kirjoittamisen tapojen tulkintaa. Työni ei ole siten historiallista tai sosiologista rakennetutkimusta. Se ei pyri historiallisten faktojen selvittämiseen, vaikka siinä analysoidaankin viidenkymmenen vuoden pituista ajanjaksoa. En myöskään pyri systemaattisesti kertomaan, mitä yhteiskunnassa tuona aikana tuberkuloosin ja aidsin hoidon ja tutkimuksen suhteen, tai laajemmin koko yhteiskunnassa, ”todella” tapahtui⁶. Analyysin keskiössä ovat erilaiset kirjoittamisen käytännöt ja niiden muutokset, eivät sairauksiin liittyvät faktat ja sosiaalishistoria, joiden merkitys

6. Tuberkuloosin historiaa selvittää Sakari Härö (1992) kirjassa *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa*; ks. myös aidsista *Kaikki AIDSista* (1993). Suomalaisen yhteiskunnan toisen maailmansodan jälkeistä suurta muutosta on tutkinut esimerkiksi Matti Alestalo (1985).

analyysissä on toimia tekstien konteksteina tai reunaehtoina, joita lukija voi seurata tutkimuksen sisältölukujen alaviitteistä. Tällä en tarkoita, että olisin välinpitämätön tartuntatautien käytännön hoidon tai muiden asiaan liittyvien konkreettisten tapahtumakulkujen suhteen. Historiallisten aikakausien tai suomalaisen yhteiskunnan muuttumisen selvittämisen sijasta tutkimuksessa keskitytään kulttuuristen merkitysten analyysiin sekä niiden kiinnittymiseen aikaan ja paikkaan. Selvitän tarkemmin tutkimukseni rajauksia sekä merkitysten ja yhteiskunnallis-historiallisten seikkojen välistä suhdetta tutkimusprosessini kulkua kuvaavassa osassa (ks. liite1).

Tieteeseen liitetään usein ajatus, että tieteellisiin konstruktioihin pyrkivä toiminta on riippumatonta ja itseriittoista, ja että tieteellinen ajattelu rajoittuu hyvin tietoisesti vain niihin tiedonhankintaan liittyviin tekniikoihin, jotka se itse keksii (Merleay-Ponty 1993, 15). Diskurssianalyysin termein voi sanoa, että edellisessä on kyse asioiden ja ilmiöiden faktuaalistamisesta, erilaisista faktuaalistamisstrategioista. Toisin sanoen faktuaalistamisstrategioissa on kyse kirjoittajien ja puhujien tavoista esittää tarkasteltavat objektit totuuksina, faktoina. Joskus tämän korostaminen luo vaikutelman, että oikeastaan mikään ei olekaan faktaa, kaikki on sosiaalisesti konstruointia⁷. Ilmiöt vain esitetään erilaisin kielenkäytön keinoin faktoina.

Voikin kysyä, onko sairauksissa kyse pelkästä sosiaalisesta ja kielenkäyttöön perustuvasta konstruktioista vai biologisesta faktasta. Sairauksissa ei kuitenkaan ole kyse selkeästi ja yksiselitteisesti kummastakaan, koska sairaudet ja niistä aiheutuvat ongelmat, kuten kärsimys ja tuska, ovat niiden kokijalle konkreettisesti olemassa. Tämän lisäksi sairauksiin kietoutuu monia sosiaalisia ja kulttuurisia ulottuvuuksia. Sairauksia aiheuttavat mikrobit ovat olleet olemassa ja täällä keskuudessamme jo ennen kuin ne on keksitty. Mutta vasta sitten kun mikrobit on annettu nimi, tulee siitä osa yhteisesti jaettua sosiaalista ja kulttuurista tietoa ja todellisuutta, josta voidaan laajasti keskustella. Esimerkiksi hi-virus on ollut olemassa ennen sen keksimistä.

7. Termi sosiaalinen konstruktionismi on lähellä kulttuurintutkimuksen käsitettä. Tässä tutkimuksessa käytän sosiaalisen konstruktionismin käsitettä, jolla viittaan diskurssien tutkimiseen ja sen korostamiseen, että todellisuus on sosiaalisesti ja kielellisesti rakentunut. Sen mukaisesti ajatellaan, että käyttämämme käsitteet ovat sopimuksia ja ehdotuksia tavalle jäsentää maailmaa. (Alasuutari 1994, 33)

Aidsiin menehtyneet eivät olleet 1970-luvun alussa nimeltään aids-potilaita, vaan potilaita, jotka olivat kärsineet ja kuolleet jostain tuntemattomasta syystä. Aids ei ollut vielä epidemia, vaan nimeämätön, tuntematon ja epämääräisen selittämätön ilmiö. Taudin alkuperälle ei ollut luontevaa selitystä, joten se liitettiin sattumanvaraisesti ja eri nimisenä eri ihmisryhmiin ja ilmiöihin (Huotari 1999, 22).

Lääketieteellinen tutkimus on sosiaalista toimintaa. Sen ympärille rakentuu erilaisia puhekäytäntöjä, jotka muokkaavat sosiaalisia käytäntöjä ja identiteettien muodostumista. Mutta puhuttaessa sairauksista, joiden aiheuttaja on mikrobi, on syytä korostaa biologisen faktan olemassaoloa. Biologinen fakta, mikrobi, on sairauden aiheuttaja. Mikrobista puhuminen ja sen nimeäminen tuberkuloosibakteeriksi tai hi-virukseksi on kuitenkin muutakin kuin biologinen fakta. Mikrobit ovat materiaalisia olioita, mutta viruksen tai bakteerin aiheuttaman sairauden sosiaalinen ja kulttuurinen merkityksellistäminen alkaa heti, kun ilmiö on tunnistettu ja nimetty.

Jokaisella tieteenalalla on omat tiedolliset traditionsa – ajatukselliset kategoriat ja yhteinen sanasto. Lääkärit sosiaalistuvat omalle alalleen ensin lääketieteen opiskelijoina ja myöhemmin työpaikoillaan. (Clark 1983, 76–79) Lääkäreiden kielenkäyttö voi olla osittain mallikolle vaikeasti ymmärrettävää. Lääketieteellinen kieli ei kuitenkaan kata vain yhtä merkityssysteemiä, vaan se ulottuu ja viittaa myös kulttuurin muille alueille; kieltä käytetään mutkikkaalla tavalla (Potter & Wetherell 1987, 35). Esimerkiksi psykiatriassa on mukana monia erilaisia ilmauksia: lainopilliset, filosofiset reflektiot ja muut näkemykset muodostavat olennaisen osan diskursiivisesta muodostumasta, jota kutsutaan psykiatriaksi (Deleuze 1988, 19). Sosiaalitieteissä on havaittavissa samantyyppistä intertekstuaalisuutta, kun tutkijat käyttävät luonnontieteellisiä termejä (Aro 1993).

Tiede ei ole pysyvää, vaan muuttuu kaiken aikaa. Luonnontieteissä tämä ilmenee muun muassa niin, että selville saadut faktat pysyvät samoina vain hetken (Latour 1988). Biologiset faktat eivät ole selviä ja yksiselitteisiä: kun tutkijat määrittelevät hi-viruksen ominaisuuksia 1990-luvulla ei se ole enää sama mikrobi kuin 1980-luvun alussa. Sosiaalitieteiden kontekstissa Peter Conrad (1997, 139) viittaa samaan ilmiöön huomauttaessaan, että ymmärrys sosiaalisten ongelmien

en luonteesta on historiallista, ongelmilla on historiansa ja muutoskohtansa ajassa ja paikassa. Sosiaaliset ongelmat muuttuvat, häviävät tai ilmaantuvat uudelleen ajan myötä. Paikallisesti ongelman, esimerkiksi sairauden, variaatioita voi olla useita. Biolääketieteen konstruktiot voivat vaihdella paikallisesti eri kulttuureissa (Honkasalo 2000, 64). On myös sairauksia, joita ei tunneta kaikissa kulttuureissa. Esimerkiksi anoreksiaa esiintyy lähinnä sellaisissa maissa, joissa ravintoa on riittävästi kaikkien saatavilla.

Sosiaaliseen konstruktionismiin kuuluu ajatus siitä, että sosiaalisesti rakennetut kategoriat määrittävät ja antavat merkityksiä erilaisille ilmiöille ja tapahtumille (Mishler 1987, 141). Lääketieteessä esitetyt kategoriat ovat sosiaalisia, ne ovat sosiaalisen toiminnan tulosta ja kantavat mukanaan tätä sosiaalista leimaa. Esimerkiksi, kun puhutaan tuberkuloosista, kyse ei ole erilleen selkeästi merkitystä luonnon osasta ”tuolla”. Sen sijaan puhutaan sosiaalisesta merkityksestä, joka on monien sosiaalisten ja erilaisten intressien omaavien ryhmien toiminnan tulosta. Ilmiönä tuberkuloosi ei ole yksiselitteinen ja absoluuttinen biologinen fakta, vaan jatkuvasti muuttuvassa määrittelytilassa. (Wright & Treacher 1982, 10, 12) Asiat kuvataan kielellisesti jollain tavalla, mikä ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki olisi kielessä. Fyysiset aspektit ovat myös olemassa. Asioiden ymmärtämiseen tarvitaan kieltä. (Wetherell & Potter 1992, 62, 66)

Suurin osa tutkimistani teksteistä on lääkäreiden kirjoittamia, joilla on käytännön kokemusta tuberkuloosista ja aidsista. Osa kirjoittajista on saattanut tutkia mikrobien käyttäytymistä vain laboratorioissa, osalla on todennäköisesti enemmän käytännön kokemusta potilaiden hoidosta. Molemmissa tapauksissa on kuitenkin kyse konkreettisesta ja merkityksellisestä kokemuksesta: mikrobien liikkeiden näkemisestä, potilaan kohtaamisesta ja yrityksestä auttaa häntä.

Esimerkiksi se, miten lääkärit ja muut toimijat kirjoittavat aidsista, ei ole merkityksetöntä aids-potilaille. Sairauden merkityksellistäminen erityisesti riskiryhmien ongelmaksi ei voi olla vaikuttamatta esimerkiksi homoseksuaalien elämään. Vaikka sairauden merkitysten yhteys erilaisiin elämän käytäntöihin on tärkeä teema, tämän tutkimuksen tulokset eivät mene kovin pitkälle siihen suuntaan. Potilaiden elämän käytännöt ja sairauden merkitykset olisi oma tutkimusaiheensa ja vaatisi toisenlaista kenttätutkimusta kuin pelkkien tekstien keräämistä

terveydenhoitoalan lehdistä. Pääatarkoitukseni on osoittaa, että tutkimiini tekstejä voi lukea muustakin kuin lääketieteellisestä positiosta ja löytää teksteistä biomedikaalin lähtökohdan lisäksi sosiaalisia ja kulttuurisia ”perustuksia”.

Analysin ja tulkinnan kohteeni on tekstien maailma. Merkitykset syntyvät dynaamisesta vuorovaikutuksesta lukijan ja sanoman välillä. Lukija on subjekti, joka rakentuu sosiaalisista ja kulttuurisista kokemuksistaan ja tämän takia hän toimii sanoman ja kulttuurin vuorovaikutuksen kanavana. (Fiske 1992, 191) Tässä tutkimuksessa sanomia ovat sairauksia käsittelevät tekstit, joita on lukenut tekstien merkityksiä tutkiva sosiologi. Nämä merkitykset eivät ole abstrakteja, eivätkä perustu vain abstrakteihin eroihin kielijärjestelmässä. Ne tuotetaan diskursseissa, jotka ovat sosiaalisia, institutionaalisia ja historiallisia (Lehtonen 1994, 34). Ajatus muuttuvista ja instituutioihin nivoutuvista merkityksistä koskee sekä tekstien kirjoittajia että lukijoita. Kirjoittaja kirjoittaa ja lukija lukee tiettyinä aikoina tietyssä paikassa tekstiä. Huomenna kirjoittamisen ja lukemisen tuottamisen ja vastaanottamisen ehdot voivat olla muuttuneet tämäänpäiväiseen verrattuna, mikä ei voi olla vaikuttamatta myöskään merkitysten tuottamiseen ja tulkintaan. Esimerkiksi uuden tiedon löytyminen hivuksesta voi muuttaa kirjoittamisen ja lukemisen tapoja. Tieto ja tiede on inhimillistä ajattelua; erehtyvää ja kiistanalaista. Uusia ajatuksia tuetaan argumentein, jotka vastaavat tieteenalan metodologiaa ja niitä arvioidaan siitä käsin. (Perelman 1996, 178) Tutkijat ottavat käyttöön uusia näkemyksiä ja tuovat esiin uusia tutkimustuloksia. Samalla yleisön vakuuttamisen tavoissa tapahtuu muutoksia. (Perelman & Olbrechts-Tyteca 1971, 102)

On syytä huomata, että puhuminen ja kirjoittaminen ovat osittain hyvin erilaisia tapahtumia. Esimerkiksi puhuja voi saada heti palautetta yleisöltään, mutta kirjoittaja saa odottaa palautetta pitempään. Chaim Perelman (1963) korostaakin huomion kiinnittämistä yleisöön: jokainen diskurssi on suunnattu yleisölle ja usein unohdetaan, että sama pätee kaikkeen kirjoitettuun tekstiin. Lukijoiden materiaallinen poissaolo voi saada kirjoittajan luulemaan, että hän on täysin yksin maailmassa. Itse asiassa hänen tekstinsä on aina riippuvainen, tietoisesti tai tiedostamatta, ihmisistä, joille hän kirjoituksensa osoittaa. (Perelman 1963, 139)

Yhteenkokoava teoreettinen ja metodologinen käsite tutkimuksessa on merkitys. Selvitän, millaisia kulttuurisia, sosiaalisia ja muuttuvia merkityksiä, tai ulottuvuuksia, tekstit kantavat mukanaan. Tekstien tulkitsijana, sosiologina, lähdän siitä että tuberkuloosi- ja aids-teksteistä on löydettävissä useita tulkintoja. Teksteissä on vähintäänkin kaksi puolta (Perelman 1996, 55), lääketieteellinen ja kulttuurinen. Tässä tutkimuksessa tekstien ensisijainen tulkinta kiinnittyy aiheen kulttuuriseen ulottuvuuteen⁸. Jos esimerkiksi lääkäri ilmaisee aidsin olevan riski kenelle tahansa, hän kertoo yleisölle oman mielipiteensä. Samalla ilmaisu merkitsee muuta kuin yksittäisen ihmisen mielipiteen ilmausta. Se on asiantuntijan viesti, joka on sanottu tietäjän asemasta. Ilmaisun vastaanottajan oletetaan ottavan viestin vakavasti, koska lääkäri on tietämyksensä perusteella selvillä siitä, mistä hän puhuu. (vrt. Sulkunen 1987, 101)

Sinänsä sen esille tuominen, että analyysin kohde on kulttuurinen ulottuvuus, merkitysten maailma, on monimerkityksellinen ilmaisu. Merkitykset ymmärretään monin tavoin. Esimerkiksi arkiymmärryksen mukaan merkitys on sitä, mitä jokin asia ”tarkoittaa”, tai sitten merkitykset voidaan ymmärtää niiden käyttötarkoituksen kautta, jolloin viitataan merkityksen funktioihin (Alasuutari 1993, 41–43). Merkitysten tulkinnan kautta pyrin tuomaan näkyväksi seikkoja, jotka ensilukemalta näyttävät puhtaalta ja arvovapaalta lääketieteeltä, mutta tarkasteluni kautta näyttävät merkityksiltään moniulotteisimmilta. Sairauksista kertova todellisuus on siis olemassa merkitysvälitteisesti, ihmiset tulkitsevat ja ymmärtävät sitä eri tavoin (Alasuutari 1993, 46).

Paula Vainiomäki ja Tuulikki Wahe-Rochbach toteavat Suomen Lääkärilehdessä (4/2000, 388), että muiden alojen tapa käsitellä medikalisoituja ilmiöitä voi olla vieras ja se saatetaan kokea lääkärei-

8. Oikeastaan teen jo tulkintaa, kun sanon tulkitsevani tekstien kulttuurista ulottuvuutta. Ensilukemalta ei monista tutkimusaineiston teksteistä saa irti muuta kuin ’puhdasta’ faktaa. Asettumalla tulkitsijan positioon tulen samalla sitoutuneeksi ajatukseen, että lääketiede ja terveysvalistus ovat sfäärejä, joita voi tulkita monin eri tavoin. Kirsi Juhila toteaa, että tulkitsijan positioon asettuvalla diskurssianalyttikolle tutkimusaineistot näyttävät monenlaisten mahdollisuuksien maailmana. Tulkintoja voi olla useita. Tutkija on läsnä analysoidessaan tekstejä ja vaikuttaa työn lopputulokseen. Tutkija on oman kulttuurinsa vanki ja tutkijan positio vaikuttaa siihen, millaisia asioita aineistosta löytyy. Analyysin vihjeet löytyvät kuitenkin aineistosta. (Juhila 1999, 212–213)

den reviirille tunkeutumisena. Mutta esimerkiksi sosiaalieteilijöiden tapa käsitellä asioita voi antaa lääkäreille uutta pohdittavaa. Tässä tutkimuksessa tehdyt tulkinnat voivat esimerkiksi toimia sairauksien kanssa tekemisiin joutuvien toimijoiden itsereflektion välineenä ja keskustelun herättäjänä. Sairauksia ei pitäisikään mieltää 'pelkästään' lääketieteellisiksi ongelmiksi. Sairauksia koskeva keskustelu on aina sidoksissa kulttuuriseen järjestelmään.

Diskurssi

Tutkimusmetodinen lähestymistapani on diskurssianalyttinen. Kysymykseen, mitä on diskurssianalyysi, ei ole olemassa helppoa tai yksiselitteisen eksaktia vastausta. Diskurssianalyysia voi soveltaa monin eri tavoin. Tärkeää onkin muistaa se, että ei ole olemassa diskurssianalyttista metodia siinä mielessä kuin me ymmärrämme traditio-naalisen kokeellisen ja sisältöanalyttisen metodin (Potter & Wetherell 1987, 175).

Diskurssianalyysilla tarkoitan tässä tutkimuksessa sekä laajojen, että pienempien diskursiivisten muodostelmien, kartoittamista aineis-tosta. Diskurssit ovat toistuvia puhetapoja, jotka eivät ole stabiileja, vaan muuntuvat ja muuttuvat ajan myötä. Se, miten toimijat esiinty-vät diskursseissa, on olennainen osa tekstiaineistossa esiintyvien dis-kurssien analysointia.

Ymmärrän diskurssianalyysin niin, että erilaisten puhetapojen perustana ovat lausumat, jotka yhdistävät kielen ja tarkasteltavat objektit toisiinsa. Lausuma ei ole sama asia kuin yksittäinen tai irrall-linen sana tai lause. Se on enemmän kuin 'mitä on sanottu'. Lausu-malla on oma erityinen tasonsa, joka on erotettavissa muista, mutta tietty lausuma on samalla suhteessa sitä "ympäröiviin" lausumiin. Lausumien analyysi on historiallista, mikä tarkoittaa lausumien ajal-lista ilmaantumista, mahdollista pysyvyyttä ja muuttumista. Lausumat ovat liikkeessä. Kiinnostavaa diskurssianalyysissa on tutkia erilaisten subjektipositioiden esiintymisen kentän säännönmukaisuuksia. Tut-kija voi analysoida sitä, milloin lausuma ilmaantuu ja mihin. Olen-nainen kysymys silloin on, miksi puhuja tai kirjoittaja käyttää juuri tiettyjä lausumia. (Foucault 1982, 55, 108–109)

Lausumien analysoinnilla en viittaa tässä tutkimuksessa siihen, että kysymys olisi sairauksia koskevan kirjoittelun valtaolttuvuuksien tutkimisesta. Lausumat ja tekstit voisi nähdä valtapelin kenttänä, jossa yritetään valloittaa tai kumota valta-asemia. Kyse on tekstejä yhdistävien ja erottavien merkitysolttuvuuksien analysoinnista. (Lash 1996, 206) Näin ollen lausumalla tarkoitan erilaisia tekstejä yhdistäviä ja erottavia piirteitä, erilaisia toimijoita koskevia näkökulmia. Lausuma voi olla esimerkiksi näkökulma, jossa korostuu terveydenhuollon asiantuntijan psykologinen ymmärrys aidsia tai tuberkuloosia sairastavaa potilasta kohtaan.

Soveltamassani tekstianalyysissa ei ole ensisijaista kysyä, kuka tekstit on kirjoittanut (Deleuze 1988, 17). Kun tutkija analysoi tekstiä, tärkein kysymys ei ole, kuka kirjoittaa ja millainen henkilöhistoria kirjoittajalla on (Räisänen 1995, 26). Tärkeämpää on löytää diskurssien keskeinen tapa ilmaista asioita, löytää esimerkiksi tietylle aikakaudelle tyypillinen tapa puhua sairauksista ja selitys, mitä funktioita tuo puhetapa toteuttaa (Foucault 1980, 180–181). Kirjoittajan henkilöllisyyden vähäinen korostaminen saattaa herättää kysymyksen siitä, että eivätkö subjektit sitten ole keskeisiä diskurssianalyysissa (Peltonen 1999, 124–125). Puhetavat ja ajattelu ovat kuitenkin yhteydessä käytäntöihin: eri subjektien ajatukset ja käytännöt ovat toisistaan erottamattomat (Rabinow 1984, 253).

Tutkijan on mahdollista tulkita arkipäivän keskustelujen käytäntöjä, niitä toimijoiden käyttämiä monia ajatusmuotoja, olosuhteita ja resursseja, joiden avulla todellisuutta ymmärretään, organisoidaan ja esitetään. (Gubrium & Holstein 1997, 114) Tutkimusaineiston tekstien kirjoittajat eivät esimerkiksi käytä vain lääketieteen resursseja kirjoittaessaan tuberkuloosista ja aidsista. He esittävät lääketieteen instituution tapaa toimia, mutta samalla laaja kulttuurinen konteksti on käytössä sekä kirjoittajilla että lukijoilla. Lääketieteellisen tiedon lisäksi teksteistä avautuu diskursiivisia muodostumia, jotka ovat ymmärrettävissä laajasti kulttuurissamme käytetyiksi kielellisiksi resursseiksi.

Yksi diskurssianalyysissa olennainen huomioon otettava seikka on diskurssien historiallinen muuttuminen. Ajassa ja paikassa löytyy aina piste, jossa puheen tapa alkaa muuntua ja järjestyä uudelleen; kyse

on diskurssin murroskohdasta (Deleuze 1988, 21). Diskurssin muutos ei ole mitenkään dramaattinen tai yhtäkkinen. Muutos tapahtuu niin, että diskurssit alkavat ”neuvotella” jo olemassa olevien diskurssien kanssa. Entisten diskursiivisten painotusten rinnalle tulee uusia, jotka saattavat muuttaa entisten merkityksiä. (Alasuutari⁹ 1994, 151–152) Vanhat ja uudet diskurssien painotukset voivat kulkea teksteissä rinnatusten pitkän aikaa. On myös mahdollista, että jokin diskursiivinen painotus on poissa pitkään ilmaantuakseen taas myöhemmin käyttöön uudelleen. Kirjoittajat yhdistävät ”vanhanaikaisia” diskursiivisia painotuksia ”nykyaikaisiin” uudella tavalla. Kun uusi muoto ilmaantuu teksteihin uusine sääntöineen, se ei ole tule kerralla, yhdessä ilmaisussa, vaan se tulee kuin uusi rakennuksen osa, tulokinnan tai merkin muutoksena tai vanhojen elementtien uudelleen aktivoitumisena, jotka jäävät elämään uusien sääntöjen alaisuuteen (Deleuze 1988, 21–22). Muodostuu uusi enonsiatiivinen, kirjoittajista ja lukijoista muodostuva puhujakuva tai kenttä (Sulkunen & Törrönen 1997, 97). Se sisältää muistojen kentän, mikä tarkoittaa ettei vanhoja lausumia enää hyväksytä yleisesti tosina ja valideina, eikä niistä laajasti keskustella (Foucault 1985, 58).

Diskurssianalyttisesti orientoituneen analyysin tehtävä on myös pohtia kielenkäytön seurauksia¹⁰. Mitä seuraa siitä, että puhumme sairauksista eri tavoin? Kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtana on ajatus tekstien ideologisesta ja poliittisesta luonteesta (Fairclough 1992). Kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtiin kuuluu itsestään selvästi tuottaa poleeminen puheenvuoro suhteessa vallitsevaan sosiaaliseen järjestykseen. Analyyttinen diskurssianalyysi eroaa kriittisestä sikäli, että sen tavoitteena on tiukka aineistolähtöisyys ja etukäteisolettamusten välttäminen. (Jokinen & Juhila 1999, 86) Omat lähtökohtani ovat lähempänä analyyttistä kuin kriittistä suuntausta,

9. Pertti Alasuutari (1994) käyttää diskurssin ja sen painotuksen sijasta puheavaruuden ja sen elementin käsitteitä. Johdonmukaisuuden vuoksi häntä lainatessani puhun diskurssista ja siihen liittyvistä painotuksista, koska em. käsitteet ovat käytössä tässä tutkimuksessa.

10. Paul Ricouer (2000, 100) toteaa kielenkäytön ja muun toiminnan välisestä yhteydestä, että ”symboliselta toiminnalta puuttuu monella eri tavalla autonomia. Se on sidottua toimintaa ja usean eri tieteenalan tehtävänä on paljastaa ne tavat, joilla symbolinen funktio kiinnittyy tähän tai tuohon ei-symboliseen tai esikielelliseen toimintaan.”

vaikka olenkin hyödyntänyt joitakin kriittisen diskurssianalyysin tulokinnan välineitä¹¹. Esimerkiksi sivuan diskurssien institutionaalista ulottuvuutta erittelemällä, miten diskurssit legitimoivat tiettyjä hoitokäytäntöjä ja toimijoiden asemia. Potilaan aseman määrittelyssä tämä näkyy siten, että kiltin tai vastuuttoman potilaan positio kertoo hierarkkisesta sairaalasta ja potilaan paikasta siinä. Voidaan myös argumentoida sanomalla, että vastuullinen potilas voi olla kotona, selviytyy siellä yksin ja osaa hoitaa itseään. Näin samalla tuotetaan ja legitimoidaan subjektipositioita ja hoidon paikkoja: vastuuntunnotomat potilaat on suljettava laitoksiin, vastuuntuntoiset selviävät kotihoivissa.

Oma paikkani tekstieni tulkitsijana ei ole merkityksetön. Tekstit ovat osa sosiaalisesti organisoitunutta todellisuutta (Smith 1990, 72). Lukijalla, tämän tekstin tuottajalla ja eletyllä elämällä on siinä omat paikkansa. Lukijan paikkani sijaitsee sosiaalitieteiden kentällä, sosiologien yhteisössä. Lääkäreiden kirjoittamat tekstit, jotka käsittelevät sairauksien hoitoa ja tutkimista, eivät ole vain tieteellisiä. Ne kertovat eletystä elämästä laboratorioissa, sairaaloissa ja lääketieteellisissä tiedekunnissa – siitä miten esitetyt faktat ovat syntyneet. Tiedon tuotantoprosessi ei kuitenkaan ole luettavissa kirjoituksista suoraan (Smith 1990, 79). Teksteistä erotettavissa olevat merkitykset ”eivät ole pysähtyneitä objekteja, vaan pikemminkin aktiivisia toimijoita, jotka asettuvat suhteisiin toisten aktiivisten toimijoiden kanssa” (Lehtonen 1996, 26). Sosiologina ja terveyden kulttuurintutkijana tehtäväni on niiden erottaminen ja tulkinta. Pyrkimyksenäni on katsoa tartuntatauteja käsitteleviä tekstejä uudesta näkökulmasta ja löytää niistä merkityksiä, joiden esittäminen voisi toimia yhtenä sairauksia koskevana puheenvuorona ja keskustelun herättäjänä.

Käsitykseni kielen merkitysten kulttuurisuudesta on semiootikasta peräisin, samoin kuin ajatus tekstin keskeisten toimijoiden analysoi-

11. Kriittistä diskurssianalyysia edustavista tutkijoista tunnetuimpien joukossa on Norman Fairclough, joka on tutkinut erilaisten medioiden kielenkäyttöä (Fairclough 1997). Foucault-vaikutteista diskurssianalyysia voi myös pitää kriittisenä (Jokinen & Juhila 1999, 95). Sinänsä pidän jakoa kriittiseen ja analyttiseen diskurssianalyysiin kyseenalaisena. Diskurssianalyysi on lähtökohdiltaan aina kriittistä sikäli, että se kyseenalaistaa ja paljastaa arkiymmärryksen itsestäänselvyksiä ja vakiintuneita esittämisen tapoja.

misen tärkeydestä¹². Erityisesti ajatus mikrobien toimijuudesta on tämän tutkimuksen ymmärtämisen kannalta tärkeä (vrt. Latour 1988, 35–38). Toimijuus ei liity vain ihmisiin, vaan myös elottomiin olioihin ja instituutioihin. Mikrobi, tuberkuloosibakteeri tai hi-virus, ei itsessään ole sosiaalinen, mutta se voidaan rakentaa osaksi ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita. Mikrobi voidaan sosiaalistaa kulttuurin osaksi, ”itsenäiseksi” toimijaksi antamalla sille inhimillisen toimijan piirteitä.

Diskurssianalyttinen lähestymistapa antaa vastauksia siihen, millaisin keinoin kirjoittajat luovat yhteisyyttä tai erillisyyttä teksteissä esiintyvien toimijoiden välille ja toisaalta myös kirjoittajan ja lukijan välille. Yhteisyyden esittämistä on esimerkiksi se, kun kirjoittaja kutsuu koko Suomen kansaa tuberkuloosin vastaiseen toimintaan. Potilaiden ja terveiden välistä erillisyyttä taas korostaa erilaisten potilas-kategorioiden, kuten riskiryhmien, esiintyminen teksteissä. Yhteisyyttä lukijan ja kirjoittajan välille tuotetaan, kun käytetään esimerkiksi ilmausta ”ajatelkaamme seuraavanlaista tilannetta..”.

12. Tutkimus ei ole semioottinen siinä mielessä, että olisin systemaattisesti etsinyt erilaisia binaarioppositioita tai kartoittanut tekstien paradigmaattista tai syntagmaattista tasoa. Tutkimuksestani ei ole löydettävissä semioottista tekstien rakennekarttaa tai yksityiskohtaisesti analysoituja lääketieteellisten tekstien juonirakenteita. Binaarioppositioiden analysointi tarkoittaa sitä, että olisin systemaattisesti etsinyt teksteistä vastakkaisia ulottuvuuksia, kuten elämä ja kuolema, ja purkanut näiden käsitteiden sisältöä. Paradigmaattisessa analyysissä voidaan etsiä binaarioppositioita ja siten löytää kertomuksen juonen alta myytin perusrakenne. Syntagmaattisessa suuntauksessa taas ollaan kiinnostuneita kertomuksen juonesta, jossa kertomuksen tapahtumat liittyvät loogiskronologisesti yhteen. Koska syntagmaattiseen metodiin ei sisälly tulkintaa siitä, mitä kertomuksen juoni kertoo yhteiskunnasta, on pyritty yhdistämään syntagmaattista metodia paradigmaattiseen analyysiin. (Alasuutari 1989, 112–115)

Semiotiikan keskeinen perustaja oli sveitsiläinen kielitieteilijä Ferdinand de Saussure. Hänen mukaansa kieli koostuu toisiinsa liitetystä merkeistä. Kullakin merkillä on kaksi analyttisesti erotettavissa olevaa elementtiä: merkitsijä ja merkitty. Merkitsijä tarkoittaa sitä äännekokonaisuutta, josta sana koostuu. Merkitty taas viittaa siihen, mitä esimerkiksi äännekokonaisuus ”puu” merkitsee. Saussure korostaa kielenkäytön sopimuksenvaraisuutta. Merkitsijän ja merkityn välinen suhde on arbitraarinen eli keinotekoinen. Sana ”puu” ei sinällään merkitse mitään, se tarvitsee rinnalleen muita sanoja, jotka osallistuvat sen määrittelyyn. (Alasuutari 1994, 38)

Repertuaari

Diskurssin lisäksi toinen keskeinen käsite työssä on repertuaari, joka tulee hyvin lähelle diskurssia. Analyysissani diskurssi eroaa repertuaarista siinä suhteessa, että diskursseista puhuessani viiataan kirjoitus-tapojen historialliseen muutokseen. Repertuaarin käsitteen avulla on mahdollista kuvata näkökulman vaihdoksia yksittäisissä teksteissä. Diskurssi on siten tässä työssä laajempi lausumien muodostelma kuin repertuaari.

Jonathan Potter ja Margaret Wetherellin (1987) mukaan repertuaari on sanasto tai rekisteri termejä ja metaforia, joiden avulla luonnehditaan ja arvioidaan toimintaa ja tapahtumia. Repertuaarilla selitetään ilmiöitä. Repertuaari organisoii ilmiön systemaattisesti tavalla, jota voi kuvata myös ilmiöön liitettyjen asenteiden, uskomusten ja ominaisuuksien termein. (Potter & Wetherell 1987, 138, 146) Repertuaari on verraten ristiriidaton kielenkäytön alue, joka muodostaa omia merkitys- ja termisysteemejä (Suoninen 1997, 91).

Repertuaari on käsitteenä lähellä kehystä eli toimintakokonaisuutta. Kehys on kuitenkin soveltuvampi käsite tutkimukseen, jossa on kyse ihmisten arkipäivän toiminnasta ja puheesta (ks. Peräkylä 1990¹³). Repertuaari on mielestäni kehystä käyttökelpoisempi käsite tutkimuksessa, johon ei kuulu etnografista kenttätyötä tai haastattelemista.

Ihmiset käyttävät aina jonkinlaista repertuaaria puhuessaan (Potter & Wetherell 1990, 156). Traditionaalinen sosiologian termein repertuaari selittää rooleja, normeja ja puhujien asemaa. Repertuaari kuvaa sosiaalista toimintaa jostain näkökulmasta eli sitä, kuinka sama ilmiö voidaan selittää eri tavoin. Esimerkiksi Eero Suoninen (1997) on tutkinut, miten perheenäiti käyttää haastattelun aikana useita eri tulkintarepertuaareja¹⁴ tehdessään ymmärrettäväksi perhe-elämään-

13. Anssi Peräkylä (1990, 17) kertoo kuvitellun esimerkin arkipäivän tilanteesta, jossa on kaksi kehystä: ”Paikkaan polkupyörän kumia pihalla ja vanha tuttu tulee yllätysvierailulle. Yhtäkkiä ulkokumin paikaltaan irrottaminen menettää merkityksensä ja sen sijaan tärkeäksi tulee tervehdysten vaihto. Omat käteni, joiden merkitys hetki sitten liittyi niiden toimintakykyyn renkaan pois nostamisessa, ovatkin nyt tervehtimistä varten; koska ne ovat likaiset työn jäljiltä, en halua kätellä.”

14. Suonisen erottamat repertuaarit ovat familistinen, individualistinen, realistinen, kohtalo-, humanistinen ja romanttinen repertuaari. (ks. Suoninen 1997, 91–122)

sä. Vaihdokset repertuaarista toiseen saattavat tapahtua haastattelijan esittämän kysymyksen jälkeen eikä niitä ole aina mahdollista erottaa selvärajaisesti toisistaan. (Suoninen 1997, 91–104) Kirjoitetussa tekstissä repertuaari voi vaihtua siirryttäessä asiakokonaisuudesta toiseen, toisin sanoen kun yksi kappale päättyy ja toinen alkaa, voidaan vaihtaa repertuaaria. Toisaalta repertuaarit voivat esiintyä tekstissä rinnakkain esimerkiksi siten, että tuodaan esiin sekä lääketieteellistä että psykologista potilasta koskevaa ymmärrystä.

Positio

Tekstejä tutkittaessa on myös yleistä analysoida toimijoiden identiteettejä. Tässä tutkimuksessa diskurssin ja repertuaarin ohella yksi metodinen työkalu on subjektiposition käsite, joka ”korostaa identiteetin käsitettä enemmän merkityssysteemien valtaa määrittää ihmisille tietyt paikat” (Jokinen & Juhila 1999, 68). Positiot ovat subjektin asemia, jotka rakentuvat erilaisissa diskursseissa tai repertuaareissa. Subjektipositioiden analysointi tarkoittaa sitä, että kirjoittajat asemoivat sekä itsensä että teksteissä esiintyvät toimijat erilaisiin asemiin käyttäessään diskursseja.

Esimerkiksi lääkärille on mahdollista paikantaa erilaisia positioita sen mukaan, esiintyykö hän tekstissä hoitajana, kasvattajana tai vastuullisena kansanterveyden edustajana. Kun lääkärin kirjoittamaa tekstiä lukee, on mahdollista tulkita erottelevia elementtejä sen suhteen, onko kyse lääkärin subjektipositioista tietäjänä, tarkkailijana tai lukijoiden valistajana. (Foucault 1985, 53)

Positointi ei ole yksinkertainen ja selkeästi erotettavissa oleva aspekti teksteissä. Kirjoittajat ovat repertuaarien käytössä ja subjektipositioiden luonnissa taitavia ja yhdistävät monia ulottuvuuksia kuvaamiinsa toimijoihin. Erilaiset repertuaarit eivät siis ole selkeästi erillisiä yksiköitä, joita kirjoittajat käyttävät mekaanisesti siirtyen yhdestä repertuaarista toiseen. (Gubrium & Holstein 1997, 123) Repertuaarit ja diskurssit ovat liikkeessä, kuten niihin niveltävät subjektipositiotkin. Subjektipositio on elävä ja joustava suhdekategoria, joka voi muuttua toiseksi esimerkiksi keskustelun edetessä. (Törrönen 2000, 253)

Esimerkiksi yhdessä tekstissä voi olla käytössä useita erilaisia repertuaareja ja niihin kietoutuvia positioita. Tekstissä voi olla kohta, jossa kirjoittaja korostaa psykologista tietämystään ja samalla asemoi itsensä tietäjän positioon, joka ymmärtää ja osaa ohjailta potilaiden tunteita. Samassa tekstissä kirjoittaja voi lääketieteellistä asiantunte-
musta esitellessään rakentaa itselleen tietäjän ja potilaalle passiivisen tutkimuksen ja hoidon kohteen position.

Metafora

Viimeinen tekstien analysointiin ja tulkintaan liittyvä keskeinen käsite tässä työssä on metafora. Metafora on kyseessä silloin, kun asialla on annettu nimi, joka varsinaisesti kuuluisi jollekin muulle.¹⁵

Tässä tutkimuksessa tutkin metaforisia ilmauksia, joita käytetään tuberkuloosin tai aidsin vertauskuvina. Esimerkiksi tuberkuloosia verrataan kansakunnan viholliseen ja aidsia henkilöön, joka on nerokas. Analyttisenä pääperiaatteena ei ole etsiä toisistaan eroavia metaforia ja luokitella niitä, vaan kartoittaa sitä, miten erilaiset metaforiset ilmaukset suhteutuvat teksteissä esiintyviin muihin toimijoihin. Toisin sanoen kun sairautta verrataan viholliseen on mahdollista kysyä, kuka on vihollisen kukistaja, vaikka sitä ei eksplisiittisesti tekstissä todettaisi. Metaforien tutkiminen tuokin esiin sellaisia ulottuvuuksia, joista teksti vaikenee (Honkasalo 2000, 63).

Susan Sontagin (1991) mukaan sairaudessa ja sen kuvaamisessa on kyse retoriikasta: sairauden retorista omistuksesta kamppaillaan,

15. Termi 'metafora' on peräisin klassisesta Kreikasta. Se merkitsee 'yli kantamista', jolloin metaforassa tavallaan ylitetään jonkin ilmiön rajat. (Lehtonen 1996, 40) Merkityksen siirtyminen voi tapahtua joko yleisestä erityiseen, erityisestä yleiseen, erityisestä erityiseen tai analogian kautta. Esimerkki merkityksen siirtymisestä yleisestä erityiseen on metaforinen ilmaus: "Laivani seisoo tuolla ankkurissa", jossa seisomisella on erityinen merkitys. Merkitys siirtyy erityisestä yleiseen lauseessa "Odysseus on totisesti tehnyt kymmeniätuhansia urotöitä", jossa kymmenentuhatta on suuren määrän metafora. Erityisestä erityiseen merkitys siirtyy, kun kaksi erityistä metaforista ilmausta tarkoittaa samaa asiaa. Ilmauksissa, "Ammensi hengen vaskella" ja "Haavoittaen kovalla vaskella", sekä ammentaminen että haavoittaminen tarkoittaa ottamista. Analogia on kyseessä silloin, jos toinen suhtautuu ensimmäiseen kuten neljäs kolmanteen. Lauseessa, "Vanhuus suhtautuu elämään kuten ilta päivään", ilta on päivän vanhuus ja vanhuus on elämän ilta. (Aristoteles 1982, 55–56)

se otetaan tietyllä tavalla haltuun ja muunnetaan argumenteiksi ja metaforisiksi kliseiksi. Sontagin pyrkimyksenä on osoittaa, että sairaus ei ole metafora. Paras tapa suhtautua sairauteen on puhdistautua vertauskuvallisesta ajattelusta. Sairaus, jota ei vielä osata parantaa, nähdään mystisenä, ja tämä on Sontagin mielestä turhaa. (Sontag 1991, 9, 179) Toinen asia on, voiko metaforisesta ajattelusta luopua ja onko se tarpeenkaan. Kielenkäyttö on läpeensä metaforista, äärimmilleen vietyinä voi sanoa, että kaikki käsitteet ovat metaforisia. On kuitenkin tärkeää tiedostaa metaforisen kielen poliittisuus ja pyrkiä luopumaan, kuten Sontag ehdottaa, esimerkiksi potilaille vahingollisista, stigmatisoivista metaforista.

Tärkeää myös sosiaalisen konstruktionismin yhteydessä on muistaa, että sana 'konstruktio' on metaforinen (Lakoff & Johnson 1980, 52). Todellisuus on konstruktio – rakennelma, jonka ihmiset ovat yhdessä rakentaneet. Rakennustyössä tärkeä työväline on kieli. Sosiaalinen konstruktionismi käyttää siis metaforista kieltä siinä missä lääketiedekin puhuessaan esimerkiksi taistelutoimista sairautta vastaan. Syvälle juurtuneet kulttuuriset konventiot ja esitysten kollektiiviset esitystavat ovat läsnä kaikessa kielenkäytössä (Meijer 1993, 373).

Tutkimukseni sijoittuu osin uuden retoriikan tutkimuksen kenttään¹⁶. En ole kuitenkaan analysoinut tekstejä systemaattisesti niissä käytettyjen erilaisten retoristen keinojen kannalta (Perelman & Olbrechts-Tyteca 1971). Retoriikan tutkimus voidaan ymmärtää päättelyiden tekemisen muotojen tulkinnan lisäksi tekstien vakuuttavuuden ja hyväksyttävyyden tuottavien keinojen analysointina¹⁷ (Aro 1999, 17). Tässä tutkimuksessa tekstien retorisuuden tulkinta rajautuu metaforisen kielenkäytön ja tekstien kirjoittajien ja yleisön välisen suhteen analysointiin. Nämä seikat ovat myös retoriikan tutkimuksen kiinnostuksen kohteita.

16. Uusi retoriikka näkee metaforisen kielenkäytön laajemmin kuin Antiikin Kreikassa harjoitettu klassinen retoriikka. Viimeksi mainitussa metaforan ajateltiin olevan trooppi, joka oli ainoastaan yhden sanan korvaamista toisella (Ricouer 2000, 92).

17. Jari Aro toteaa, että puhdaspiirteiset retoriikan ja argumentaation yleisesitykset eivät ole tieteellisten tekstien analysoinnissa kovin käyttökelpoisia välineitä. Retoriikan voikin ymmärtää yleisenä näkökulmana tekstien tulkintaan ja siihen voi liittää muita tekstien tulkinnan käsitteitä. (Aro 1999, 17)

Tuberkuloosi ja aids: eroja ja yhtäläisyyksiä

Tuberkuloosi ja aids ovat monessa suhteessa erilaisia sairauksia. Tuberkuloosin aiheuttaja on bakteeri ja se tarttuu pääsääntöisesti ilma-teen. Aids on viruksen aiheuttama sairaus, tai oireyhtymä, joka tarttuu lähinnä sukupuoliyhteydessä. Mutta se tarttuu myös, jos hiv-infektioitunutta verta joutuu ihmisen limakalvoille tai avoimeen haavaan. Tuberkuloosin ehkäisyssä on korostettu elinympäristön hygieniää, aidsin kohdalla taas painotetaan turvallisen sukupuoliyhteyden tärkeyttä. Mitä tekemistä niinkin erilaisilla sairauksilla kuin tuberkuloosilla ja aidsilla on samassa tutkimuksessa? Miten ne ylipäätään voidaan asettaa rinnakkain? Miksi on mielekästä tutkia näitä kahta sairautta käsitteleviä tekstejä?

Ensinnäkin voidaan väittää, että tuberkuloosi ja aids ovat epidemiologiselta kannalta ”yhdistyneet”¹⁸. Hiv-tartunta vaikuttaa ihmisen puolustusjärjestelmään heikentävästi. Monet sairaudet, kuten tuberkuloosi, tarttuvat hiv-positiiviseen henkilöön herkemmin kuin hiv-negatiiviseen. Tuberkuloosin tarttuminen on ongelma etenkin vankiloissa, joissa se leviää nopeasti hiv-positiivisiin vankeihin. Lehdissä on esitetty vieläkin voimakkaampia kantoja:

Aidsin ja tuberkuloosin eli kahden maailmanlaajuisen epidemian yhdistyminen on aikapommi, joka voi johtaa ”katastrofaaliseen kuolleisuuteen”, WHO:n tuberkuloosiohjelman apulaisjohtaja Richard Bumgarnes sanoi puhelinhaastattelussa Genevessä. (Helsingin Sanomat 12.8.1994, Ervamaa)

Suurella osalla ihmisistä on tuberkuloosibakteeri elimistössään, mutta yleensä tauti ei puhkea, jos fyysinen kunto on hyvä. Hi-virus heikentää kehon puolustusjärjestelmää ja siksi monet aids-potilaat sairastuvat myös tuberkuloosiin. Nykyisin ongelmana on tuberku-

18. Tuberkuloosia ja aidsia yhdistää se, että niitä voi pitää sekä tartunta- että kroonisina sairauksina. Tuberkuloosibakteeri tai hi-virus voivat aiheuttaa sairastumisen tässä ja nyt. Ennen tuberkuloosi ja nykyään aids merkitsevät pitkäaikaista, kroonista, tilaa potilaalle. Lisäksi hiv-positiivinen henkilö on todennäköisesti tulevaisuudessa kroonisesti sairas. (Radley 1995, 136, 138) Myös tuberkuloosi kohdalla tämä on mahdollista silloin, kun saatavilla on parantavat lääkkeet, mutta potilas ei syystä tai toisesta lääkitse itseään.

loosin uusi resistentti muoto, jota on vaikea parantaa jo olemassa olevin lääkkein:

Uudet kannat saattavat tappaa potilaan todella nopeasti. HIV-positiivisten ja muiden huonosti vastustuskykyisten potilaiden lyhyen aikavälin kuolleisuus lääkelle resistenttiin tuberkuloosiin on noussut 70%:iin. (Suomen Lääkärilehti 6/1992, 543)

Hankalin tilanne on kehitysmaissa ja suurissa kaupungeissa, kuten New Yorkissa ja Moskovassa. Yhdysvalloissa voidaan 1990-luvulla puhua jopa ”tuberkuloosi-epidemiasta”. Suomessakin tilanne on huonontunut. (Suomen Lääkärilehti 6/1992, 542; Suomen Lääkärilehti 14/1993, 1351)

Pääsyy siihen, että olen valinnut tuberkuloosin ja aidsin tutkimuskohteekseni on se, että halusin tutkia koko toisen maailmansodan jälkeistä medikaalia kirjoittelua. Tähän eivät tuberkuloosiaiheet kirjoitukset yksin riitä, vaan tarkastelussa on oltava mukana jokin lähelle nykyaikaa sijoittuva sairaus. Tuberkuloosi oli kansantauti vielä 1940–1950 -lukujen Suomessa, ja Terveystieteiden lehdessä ja Suomen Lääkärilehdessä ilmestyi useita sairautta käsitteleviä artikkeleita vuodessa. 1960-luvulla kirjoitusten määrä alkaa laskea ja 1980-luvulla ilmestyi kyseisissä lehdissä vain muutamia tuberkuloosiaiheisia artikkeleita. Vaikka tuberkuloosi tuli ongelmaksi taas 1990-luvulla ja vaikka sitä koskeva kirjoittelu lisääntyi, ei sitä nähty koko kansan tai väestön ongelmana. Aids ei ole samanlainen kansantauti kuin tuberkuloosi aikanaan. Sitä pidetään kuitenkin koko väestöä koskevana uhkatekijänä tai ongelmana. Voikin kysyä, muistuttavatko eri vuosikymmeninä kirjoitetut ja eri sairauksia käsittelevät tekstit tässä suhteessa toisiaan.

Kolmanneksi voi kysyä, mikä on se sosiaalinen ja kulttuurinen ulottuvuus, jonka suhteen tuberkuloosi ja aids poikkeavat toisistaan. Hygienian ja sen noudattamiseen liittyvät säännöt ovat erityisesti 1940–50 -lukujen tuberkuloosikirjoitusten keskeistä sisältöä. Aidsiin taas yhdistetään sukupuolisuus; terveyttä ylläpitävään sukupuoliseen kanssakäymiseen kuuluu turvallinen seksi. Vaikka hygienia on nopeasti ajatellen kaukana seksuaalisuudesta, syljessä puhuminen liittyy myös

läheisiin ihmissuhteisiin ja koteihin. Vastaavasti voi tutkia syljen ”paikkaa” aids-teksteissä; millaisiin ihmisten välisiin suhteisiin se sijoittuu. Mikä siis yhdistää hygieniää ja seksuaalisuutta käsitteleviä puheita? Lyhyesti sanottuna: sosiaalisten suhteiden kuvaus, tapa jolla terveiden ja sairaiden ihmisten välisistä intiimeistä tai etäisemmistä arkipäivän suhteista puhutaan. Tähän voisi todeta, että tuberkuloosin kohdalla yksilön ja kansakunnan suhteen korostaminen ei ole erityisen intiimiä tai arkipäiväistä, mutta ihmiset olivat ennen yhteisöllisiä kansakunnan jäseniä myös arjessa¹⁹.

Tuberkuloosin ja aidsin historiaa

Suomessa alettiin rakentaa valtion varoin ylläpidettyjä sairaaloita 1800-luvun puolivälissä. Tuberkuloosin hoito oli kuitenkin vielä pitkään yksityisten käsissä. Valtionapua tuberkuloosin hoitoon alettiin myöntää 1930-luvulla. Tuberkuloosin hoito on ollut eriytyneenä siten, että taudin hoitamista varten on perustettu erityislaitoksia ja terveydenhuollon henkilöstöä on koulutettu hoitamaan nimenomaan tuberkuloosipotilaita. Aids-potilaiden hoitaminen tapahtuu keskus-sairaaloiden lisäksi terveyskeskuksissa ja avohoidossa.

19. Esimerkiksi Hanna Kuusi (1995) kuvaa, kuinka 1930-luvulla ilmestyneissä Terveystieteiden lehden kirjoituksissa keuhkotaudin vastustaminen oli ”koko kansan” etu. Käytännössä uuden ja terveemmän kansakunnan luomista kehoitettiin tekemään ”yhdessä, käsi kädessä”. Elämää oli eletävä terveellisiä elämäntapoja, kuten puhtauden periaatteita, noudattavana yksilönä sekä kansalaisvelvollisuudet muistavana kansalaiseina. (emt. 95–96)

- Vuosi: Tuberkuloosin ja aidsin hoitoa määrittelevät muutokset ja lait:**
- 1850 Valtion varoin ylläpidettyjen sairaaloiden rakentaminen alkoi
 - 1903 Ensimmäinen tuberkuloosiparantola perustettiin
 - 1907 Tuberkuloosin vastustamisyhdistys perustettiin
 - 1930 Laki tuberkuloosihoitolaitosten valtionavusta
 - 1943 Keskussairaalalaki: maa jaettiin keskussairaalapiireihin
 - 1948 Tuberkuloosilaki: maa jaettiin tuberkuloosipiireihin
 - 1956 Sairaalalaki: kuntien osuus korostui
 - 1960 Tuberkuloosilaki: avohoitoa tukevat muutokset
 - 1967 Laki, joka mahdollisti tuberkuloosi- ja keskussairaalapiirien yhdistämisen
 - 1972 Kansanterveyslaki: maa jaettiin terveyskeskuspiireihin, avohoidon korostus
 - 1986 Tartuntatautilaki: jäljellä olevat tuberkuloosilaitokset siirtyivät keskussairaaloihin
 - 1993 Laki potilaan oikeuksista

(Lähteet: Pesonen 1980, Ohtonen ym. 1983, Siivola 1986, Jormanainen & Pärnänen 1993)

Tuberkuloosi

Tuberkuloosi on vanha sairaus. Se tunnettiin hivutustaudin nimellä antiikin Kreikassa. Hippokrates kuvasi tarkkaan taudin kuvaa ja potilaan oireita. Ehkä vanhin tuberkuloosia koskeva löytö on 7000 vuotta vanha luuranko, jossa on havaittavissa tuberkuloosin aiheuttamia muutoksia. (Pätiälä 1970, 13) Tuberkuloosin aiheuttaja selvisi vuonna 1882, kun Robert Koch löysi tuberkuloosi-bakteerin²⁰. 1900-luvun alussa epäiltiin, että tuberkuloosi saattaisi olla sukupuolitauti (Mattila 1998, 123). Tuberkuloosin muotoja on useita. Yleisin on keuhkotuberkuloosi, luu-, nivel- tai genitaalituberkuloosi ovat olleet harvinaisempia.

20. Tuberkuloosi on yhden tai kahden erilaisen tuberkuloosibakteerin aiheuttama infektio. Bakteerit elävät ihmisen kehossa loisina ja ne voivat aiheuttaa pitkäaikaisen infektion ja vakavan sairauden lähes missä tahansa kehon osassa. (The Oxford Medical Companion 1994, 977)

Tuberkuloosi oli pitkään pelätty sairaus, koska päteviä lääkkeitä sitä vastaan ei ollut. Suomessa tuberkuloosiin kuoli yli 8000 ihmistä 1900-luvun alkupuoliskolla. Verrattuna muihin Euroopan maihin Suomen tilanne oli huono. Tämä johtui elintason alhaisuudesta sekä siitä, että systemaattinen tuberkuloosin vastainen työ alkoi meillä vasta 1920-luvulla. 1930-luvulla tuberkuloosiin kuolleiden määrä alkoi laskea. (Ahtokari 1991, 13) Tilanne parani entisestään 1940-luvulla. Käännös selvästi parempaan suuntaan ajoittuu 1940-luvun lopulle tuberkuloosilääkkeiden ja -rokotteiden kehittyessä (Tala 1989). Tuberkuloosi hävisi länsimaista lähes kokonaan 1980-luvun alkuun mennessä, kunnes epidemia alkoi taas ”karata käsistä” 1990-luvun alussa (Aamulehti 29.6.1993).

Yleisimmin tuberkuloosi tarttuu siten, että tartuttavassa vaiheessa oleva tuberkuloosipotilas yskiessään levittää tuberkuloosibakteereita, jolloin samassa tilassa olevat voivat saada tartunnan. Tartunta ei tapahdu hetkessä, vaan vaatii pitemmän ajan oleskelun potilaan läheisyydessä. Lääkärit kehottivatkin potilaita nukkumaan erillään muista perheenjäsenistä. Tämä ei ollut sodanjälkeisessä Suomessa läheskään aina mahdollista. Asuintilaa oli vähän; jopa kymmenen ihmistä saattoi nukkua samassa huoneessa (Siivola 1986, 68). Alhainen elintaso olikin yksi taudin leviämistä edistävä tekijä.

Parantolahoitoa pidettiin kotihoitoa parempana vaihtoehtona. Tuberkuloosiparantoloista suurin osa sijaitsi syrjäisillä paikoilla maaseudulla. Ensimmäinen parantola perustettiin vuonna 1903 lääkäreiden yhdistyksen, Duodecimien toimesta. Varoja tuberkuloosin hoitoon kerättiin yksityisiltä kansalaisilta. Valtio alkoi systemaattisesti osallistua tuberkuloosin hoitoon 1930-luvulla, jolloin maa jaettiin tuberkuloosipiireihin²¹. Jokaisessa piirissä oli parantola ja ainakin yksi tuberkuloositoimisto. (Pätiälä 1970, 182–183)

Parantoloiden hoitomuodot olivat lepääminen raittiissa ilmassa parvekkeella (ns. hallimakuu), terveellinen ruoka ja kirurgiset toimenpiteet (Nenola 1986). Lepääminen oli yleisin hoitomuoto 1930-luvulle asti (Ahtokari 1991, 21). Potilaan kuntouduttua tarpeeksi hä-

21. Tuberkuloosipiirejä oli 17. Helsinki muodosti yhden piirin, jonka parantolana toimi Laakson sairaala. Muut piirit noudattivat suurin piirtein Suomen läänijakoa (Pätiälä 1970, 183, 223-226)

net lähetettiin kotiin hoitamaan itsensä terveeksi. Jos potilas ei sopeutunut laitoshoittoon, hänet lähetettiin kotiin (Kastari 1965, 201). Parantoloiden säännöt olivatkin 1950-luvulle saakka tiukat ja potilaan asema parantolassa muistutti lapsen tai holhouksenalaisen asemaa (Nenola 1986, 35). Parantolahoidon merkitys alkoi vähetä 1940-luvulla otettaessa käyttöön uusia lääkkeitä. 1960-luvulla oli jo yleistä, että potilasta hoidettiin yksinomaan kotona (Poutiainen 1965).

Tuberkuloosin hoito ei ole ollut potilaille vapaaehtoista, tuberkuloosipotilas tai sellaiseksi epäilty ei voinut kieltäytyä hoidosta. Mikäli potilas kieltäytyi hoidosta, hänet voitiin viedä hoitoon tai tutkimuksiin poliisin toimesta. Hoidosta kieltäytyviä nimitettiin ”niskoitteleviksi” potilaiksi. (Tuberkuloosilaki 649/1948, 13§, 15§, 33§) Suuri osa ”niskoittelijoista” oli miehiä. 1940-luvulla ehdotettiin suljettujen parantoloiden perustamista heitä varten. Ehdotus kirjattiin lakiin, mutta käytännössä se ei toteutunut. Ajateltiin, että tällaisten ”parantoloiden” perustamisesta olisi enemmän haittaa kuin hyötyä. (Härö 1992, 194–195)

Tuberkuloosin hoidon pakollisuus koski myös tuberkuloosia sairastavia lapsiperheitä. Jos oli olemassa vaara, että lapsi saattaisi saada tartunnan vanhemmiltaan, lähinnä äidiltään, siirrettiin lapsi heti syntymän jälkeen hoidettavaksi erityisparantolaan. Hoitoaika vaihteli muutamasta kuukaudesta noin yhteen vuoteen. (Tuberkuloosilaki 649/1948, 17§, Tuberkuloosilaki 355/1960, 19§). Yli 5000 lasta hoidettiin näissä laitoksissa, ns. joulumerkkikodeissa, Oulussa, Tampereella ja Kuopiossa (Tamminen 1982, 89).

Joulumerkkikoti-instituutio oli ainutlaatuinen suomalainen projekti, jollaista ei ole toteutettu missään muualla. Ranskassa tosin kehitettiin vastasyntyneiden eristämistä. Nämä kokemukset olivat suomalaisen suunnitelmien pohjana. Päämääränä oli, että lapset elivät joulumerkkikodeissa kaksi vuotta syntymänsä jälkeen. Aikaa lyhennettiin 1960-luvulla. Monissa maissa pienten lasten tuberkuloosin vastainen hoito aloitettiin lasten ollessa vasta muutaman vuoden ikäisiä. (Härö 1992, 135, 196–199). Joulumerkkikotien tehtävänä oli auttaa ”joulumerkkilapsia” ja tuottaa terveitä, onnellisia, hyödyllisiä ja työkykyisiä kansalaisia. Terveet lapset olivat vahvan Suomen kansan resurssi. (Tamminen 1982, 86)

Keskustelu siitä, miten lasten sairastumista voitaisiin ehkäistä, alkoi 1920-luvulla. Ensimmäinen joulumerkkikoti perustettiin vuonna 1936 Tampereelle. Tätä ennen toiminnassa oli joitakin yksittäisiä lastenkoteja ja parantoloiden osastoja, joissa hoidettiin pieniä lapsia. Useita joulumerkkikoteja oli toiminnassa 1940–1960 -lukujen Suomessa²².

Joulumerkkikodit edustivat hygienian pääperiaatteita: puhtautta, valoa ja terveyttä. Erityisesti Kuopion joulumerkkikoti oli lääkäriiden ylpeys, koska se rakennettiin ”täysin” hygieeniseksi ja valoisaksi paikaksi. Ulkomaiset vierailijat ihailivat paikan kauneutta, todetaan Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen raportissa. Hoito joulumerkkikodeissa perustui modernin lääketieteen periaatteisiin ja lasten hoitajina toimivat vastasyntyneiden hoitoon erikoistuneet lääkärit ja hoitajat. (Tamminen 1982, 72–76)

Nykyisin tuberkuloosi luokitellaan yleisvaaralliseksi tartunta- taudiksi, mikä tarkoittaa sitä, että taudin hoitoon sisältyy edelleen pakkohoidollinen elementti. Mikäli potilas kieltäytyy hoitamasta tuberkuloosiaan, hänet voidaan pakkotoimin eristää hoitoon enintään kahdeksi kuukaudeksi. Tuberkuloosia sairastavien vanhempien lasten erossa olon aika vanhemmistaan on lyhentynyt 1960-luvulta alkaen. Nykyään lasten eristämisen tarpeesta ei keskustella lainkaan.

Aids

Aids diagnosoitiin noin sata vuotta tuberkuloosibakteerin löytymisen jälkeen. Selvää ei ole, milloin ja missä aids-epidemia on saanut alkunsa²³. Voi olla, että aids on ollut ihmiskunnan sairaus pitkään, mutta

22. Vuosien 1948 ja 1960 tuberkuloosilaeissa oli pykälä, jonka mukaan ”lapsi, jota kodissa uhkaa ilmeinen tuberkuloositartunnan vaara, voidaan heti syntymänsä jälkeen sijoittaa tällaisten lasten erikoishoitolaitokseen sekä pitää siellä enintään ensimmäisen elinvuotensa loppuun, jollei lasta muutoin voida sopivasti eristää.” Vuoden 1960 laissa todetaan lisäksi, että sijoitus voidaan tehdä ”ilman holhoajan suostumusta.” (Tuberkuloosilaki 1948, 17§, Tuberkuloosilaki 1960, 19§)

23. Aids on lyhenne sanoista ’acquired immune deficiency syndrome’ (hankittu immuunipuutosoireyhtymä). Aids on immuunikatoviruksen, hiv:n, aiheuttama erilaisten tautien spektri, infektiio, joka etenee hitaasti heikentäen ihmisen immuunipuolustusta. Hiv:llä on ollut monta nimeä, aluksi sitä kutsuttiin lyhenteellä LAV (lymphadenopathy-associated

se kehittyi epidemiaksi vasta 1980-luvulla (BBC News 1.2.1999). Yhdysvalloissa ja Haitilla ensimmäiset merkit aidsista havaittiin 1970-luvun lopulla (Tuormaa 1987, 13).

Tietävästi ensimmäinen Afrikan ulkopuolinen HIV-tartunta raportoitiin Norjasta. Kysymyksessä oli merimies, joka oli saanut tartunnan arvioiden mukaan 1950-luvun puolivälissä ja jonka vaimo ja yksi lapsistakin menehtyivät aidsia muistuttavaan tautiin. Varhaisin osoitus HIV-vasta-aineista ihmisen seerumissa on peräisin 1959 otetusta näytteestä Zairesta. (Suomen Lääkärilehti 8/1992, 717)

Aidsin aiheuttajan, hi-viruksen, arvellaan levinneen Keski-Afrikasta muihin maailman osiin. Tutkimuksissa on todettu, että hiv-positiiviset apinat eivät sairastu aidsiin. Arvellaan, että tutkimalla syytä, miksi apinat eivät sairastu, päästään eteenpäin ihmisiä parantavan aids-lääkityksen ja -rokotteen kehittämisessä. (BBC News 1.2.1999) On pidetty mahdollisena, että ”virus on siirtynyt ihmiseen rituaalissa, jossa apinoiden verta sivellään ihmisen ihoon seksuaalisen halun lisäämiseksi” (Suomen Lääkärilehti 8/1992, 717). Kaikki tutkijat eivät ole olleet tämän ajatuksen kannalla – yhtä hyvin apinat ovat voineet saada viruksen ihmiseltä (Tuormaa 1987, 14).

Suomessa keskustelu aidsista alkoi 1980-luvun alussa, jolloin diagnosoitiin muutama suomalainen sairaustapaus. Keskustelu on ollut vilkasta, vaikka maan aids-luvut eivät ole olleet kovin korkeat. Viruksen leviämistä on estetty jakamalla terveystietoa sekä tarkistamalla luovutetun veren mahdollinen hiv-positiivisuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986).

Hiv-positiivisia potilaita oli vuonna 1999 Suomessa 973. Aidsiin on kuollut 220 ihmistä. Naisia hiv-positiivisista potilaista oli viidesnes. Yleisin viruksen tartuntatie on ollut seksikontakti, joko homo-

virus). (The Oxford Medical Companion 1994, 14) Suomen Lääkärilehdessä virusta sanotaan vuonna 1985 HTLV-III virukseksi (human T-cell lymphotropic virus type III). (Suomen Lääkärilehti 4/1985, 252) Aids ja hiv kirjoitetaan tutkimusaineiston eri teksteissä sekä pienillä että suurilla kirjaimilla. Oikeakielinen tapa on kirjoittaa AIDS ja HIV, mutta kirjoitan lyhenteet tässä tutkimuksessa pienillä kirjaimilla. Tätä käytäntöä noudatetaan useimmissa 1990-luvulla ilmestyneissä tutkimusaineiston aids-teksteissä.

seksuaalinen (42% tartunnoista) tai heteroseksuaalinen (38% tartunnoista) seksi. Uusien heteroseksuaalisten tartuntojen määrä lisääntyi koko 1990-luvun ajan niin, että ne ajoittain ylittivät homoseksuaalisten tartuntojen määrän. Suonensisäisiä huumeidenkäyttäjiä, jotka ovat saaneet hiv:n likaantuneista neuloista, oli vuonna 1999 hiv-positiivisista potilaista 62. Luovutetusta verestä ei kukaan ole saanut tartuntaa enää vuoden 1985 jälkeen. (HIV ja Aids Suomessa, 6.5.1999) Prostituution yhteydessä saatujen tartuntojen määrä on myös ollut hyvin pieni (Huotari 1999, 26).

Aidsin hoito on varsin erilaista kuin tuberkuloosin siinä mielessä, että erillisiä aids-sairaaloita ei Suomessa ole, vaikka asiantuntemusta ja hoitoa on keskitetty Helsingissä sijaitsevaan Aurooran sairaalaan. Peruseriaate on, että hiv-potilaat voisivat olla kotona ja työelämässä niin pitkään kuin mahdollista (Lähdevirta 1993, 71). Tehokkaita aids-lääkkeitä on nykyään saatavissa länsimaissa. Ne eivät paranna sairautta, mutta parantavat potilaiden elämänlaatua ja pidentävät elinaikaa huomattavasti. Tehokasta rokotetta aidsia vastaan ei vielä ole olemassa. Suomessa aidsin loppuvaiheen hoito tapahtuu yleensä sairaalassa, vaikka suurin osa potilaista haluaisi kuolla kotona. Tavoitteena on ollut aids-potilaiden terminaalivaiheen kotihoidon lisääminen. (Lähdevirta 1993, 71–72)

Sairaala- ja kotihoidon lisäksi aidsin vastaisessa työssä keskeisiä toimijoita ovat kuusi eri puolilla Suomea sijaitsevaa Aids-tukikeskusta.

Niiden kautta on tiedotusta voitu tehokkaasti kohdistaa HIV-tartunnan leviämisen kannalta keskeisiin ryhmiin, kuten homoseksuaalisiin riskikäyttäytyjiin ja prostituoituihin. Mm. Aids-tukikeskusten työ on ollut varsin tuloksellista, ja sen merkitystä lisää vielä se, että poliittisten päättäjien voi olla vaikeaa tehdä näitä ryhmiä koskevia päätöksiä. (Suomen Lääkärilehti 12/1992, 1166)

Aids-tukikeskukset ovat viranomaisista riippumattomia yhteisöjä. Keskukset saavat varoja toimintaansa lahjoituksista, Raha-auto-maattiyhdistykseltä, kunnilta ja Euroopan Unionilta. Keskuksissa työskentelee vapaaehtoistyöntekijöiden lisäksi terveydenhuollon asi-

antuntijoita, kuten lääkäreitä ja psykologeja. Potilaat voivat asioida keskuksissa nimettömästi ja maksuttomasti. (Tietoa tukikeskuksista 1999)

Toisin kuin tuberkuloosin, aidsin hoitoon ei liity pakkohoidon mahdollisuutta. Hiv-infektio luokitellaan ilmoitettavaksi tartuntataudiksi, mikä tarkoittaa sitä, että hiv-positiivisen potilaan on selvitettävä häntä hoitavalle lääkärille käsityksensä tartunnan kulusta. (Tartuntatautilaki 583/1986, 4§, 18§, 22§)

Yleiskirje määrää myös, että sekä HIV-infektioon sairastunut että sairastuneeksi epäilty on velvollinen kysyttäessä ilmoittamaan hoitavalle lääkärille käsityksensä tartunnan kulusta. (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 812)

Jos hiv-potilas levittää virusta tahallaan, hänen katsotaan syyllistyneen rikokseen (Matikkala 1995). Potilas voidaan tuomita vankilaan ja pakkotoimet tulevat kyseeseen. Juristit ovat väitelleet siitä, miten pitkäksi aikaa rikollisiksi tuomitut hiv-potilaat tulisi eristää vankilaan (Helsingin Sanomat 12.7.1997, Reinboth). Pakkotoimin ”tavallista” hiv-potilasta ei voi testata tai hoitaa, joten tässä on ero tuberkuloosin ja aidsin hoidon suhteen. Lääkärit ovat keskustelleet olisiko ”kovempi” linja nykyistä ”pehmeää” hoitoon ohjauslinjaa parempi ratkaisu (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 853).

Tartuntatautilain mukainen yleisvaarallinen tartuntatauti on juridinen käsite, jonka avulla eräiden tautien tutkimisessa ja potilaan hoitoon saattamisessa taudin leviämisen ehkäisemiseksi ovat pakkotoimet mahdollisia. (..) Pakotteet voivat johtaa salailuun tai väärin tietojen antamiseen. Siksi en pidä oikeana hanketta tartuntatautiasetuksen muuttamiseksi niin, että HIV-tartunta luokiteltaisiin yleisvaaralliseksi taudiksi. (Suomen Lääkärilehti 12/1992, 1167–1168)

Kirjoittaja ei kannata ”kovaa” linjaa, koska pakkoon perustuva hoito saattaisi vain vaikeuttaa aidsin vastaista työtä. Epidemia voisi salailun takia levitä. Samaa argumenttia käytetään myös ”pehmeää” linjaa vastaan:

Suojellaanko nyt tartunnan saanutta jo omalta diagnoosiltaankin? Lääkärikunnan ponnistelut epidemian hillitsemiseksi näyttävät kaatuvan yksilönvapauden puolustamiseen. Tämä tuskin on yksilön tai yhteiskunnan etu.

HIV-infektio on epideemisesti leviävä vakava tartuntatauti, joka on suomalaisenkin terveydenhuollon arkitodellisuutta. Ei ole kenenkään edun mukaista ylläpitää HIV-infektion erikois-asemaa muihin tartuntatauteihin verrattuna. Mitä nopeammin se puretaan, sitä tehokkaammin voidaan estää epidemian leviäminen. (Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1425–1426)

Kirjoittajan mielestä aidsiin pitäisi soveltaa samoja sääntöjä kuin muihinkin tartuntatauteihin, kuten tuberkuloosiin tai kuppiaan. Yksilön vapaus on esimerkissä negatiivista, koska se johtaa terveydenhuollon toiminnan vaikeutumiseen ja epidemian leviämiseen. ”Pehmeämmän” linjan mukaan tämä voidaan välttää terveysvalistuksella, kertomalla vakuuttavasti ”nuorille ikäryhmille, että tartunnan estäminen on mahdollista” (Suomen Lääkärilehti 12/1992, 1167).

Vuonna 1993 voimaan tullut laki paransi potilaan asemaa. Lisäksi vuonna 1995 astui voimaan laki, joka kieltää syrjinnän terveydentilan perusteella. Esimerkiksi hiv-positiivisuus ei saa olla peruste syrjinnälle työelämässä. Tästä huolimatta syrjintää tapahtuu, vaikkakaan siitä ei ole paljon tietoa, koska hiv-positiiviset potilaat eivät tuo leimautumisen pelossa epäoikeudenmukaista kohtelua mielellään julkisuuteen. (Huotari 1999, 27)

Tuberkuloosin ja aidsin välillä on siis sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Vaikka molemmat sairaudet ovat tartuntatauteja, on selvää, että sairaudet ovat erilaisia; tuberkuloosi on bakteerin aiheuttama suhteellisen helposti leviävä ja useimmiten keuhkoihin sijoittuva tartuntatauti. Aids on vakava viruksen aiheuttama tartuntatauti, mutta sitä voi pitää yleisimmän tartuntatapansa vuoksi sukupuolitautina, vaikka se leviää muutenkin, esimerkiksi verensiirtojen välityksellä. Näennäisesti sairaudet ovat toisistaan kaukana, mutta niitä yhdistävät monet sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet. Tartuntatauteja koskevat tekstit käsittelevät eksplisiittisesti toimijoiden välisiä suhteita eri tavoin, mutta perimmiltään molempia sairauksia kuvaavissa teksteissä on kyse

siitä, miten ihmisten välisiä suhteita määritellään ja säännellään. Silloin kun tarkastelun kohteena on tartuntatapojensa suhteen kaksi erilaista sairautta, mahdollistuu – paradoksaalisesti – yhtäläisyyksien löytyminen erojen kautta.

Kirjan rakenne

Tämän kirjan luvut ovat tarkasteluja tuberkuloosi- ja aids-tekstien eri ulottuvuuksista. Jokaisessa sisältöluvussa on oma metodinen työkalu tai työkaluja, joiden avulla olen tekstejä analysoinut. Metodisia ”linssejä” vaihtamalla analysoin kirjoittajien käyttämiä repertuaareja, sairauden metaforia, kollektivistisen ja individualistisen diskurssin esiintymistä sekä potilaiden erilaisia positioita. Poikkeuksen tästä tekee ensimmäinen sisältöluku. Luvun metodi on väljempi ja se on luonteeltaan esseemäisempi kuin muut luvut, joiden rakenne perustuu valikoitujen aineiston osien tai koko aineiston systemaattiseen analyysiin.

Kirjan sisältöluksia voi periaatteessa lukea omina itsenäisinä kokonaisuuksinaan, joskaan en välttämättä toista kaikkia sisällön ymmärtämiseen tarvittavia tutkimuksen teoreettis-metodisia taustoja tai sairauksiin liittyviä reunaehtoja useampaan kertaan. Viimeisessä yhteenvetoluvussa pohdin sairauksista kirjoittamisen tapojen muutoksia ja kulttuurisia merkityksiä sekä kokoan tutkimuksen tuloksia yhteen. Tutkimusprosessin vaiheiden kuvaus ja tutkimusaineiston esittely on sijoitettu tutkimuksen loppuun liitteiksi ennen lähdetietoja (liitteet 1 ja 2). Tuberkuloosia ja aidsia käsittelevien artikkeleiden lisäksi tutkimusaineistoon sisältyy muun muassa uutiskirjeitä ja pääkirjoituksia.

Luvussa *Sairauden tilat, rajat ja aika* pääosassa ovat hygieniaan, potilaiden eristämiseen ja työkykyyn nivoutuvat teemat. Pohdin luvussa myös sitä, miten sairaus järjestää aikaa. Luonteeltaan luku on esseemäinen, eikä siinä ole tekstien eri ulottuvuuksia määrällisesti tarkastelevia osuuksia, kuten sitä seuraavissa sisältöluvuissa. Luvun

tarkoituksena on alustaa ja luoda kontekstia sille, mitä sitä seuraavissa sisältöluvuissa tullaan käsittelemään.

Kolmannessa luvussa *Kirjoittajien repertuaarit ja positiot* toimijoina ovat lehtien kirjoittajat ja heidän edustamansa lehdet. Selvitän lehtien välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä repertuaarien näkökulmasta eli sitä, miten kirjoittajat siirtyvät tuberkuloosi- ja aids-artikkeleissa näkökulmasta toiseen. Analysoin lääketieteellisen repertuaarin lisäksi muita aineistosta esiin nostamani repertuaareja sekä niihin kietoutuvia toimijan positioita. Tavoitteena luvussa on osoittaa, ettei sairauksia koskeva kirjoittelu tapahdu vain yhden näkökulman varassa, vaan käytössä on myös muita näkökulmia. Repertuaareja analysoidessani tuon esiin, että teksteissä on näkyvissä ajassa tapahtuvia muutoksia, jotka nivoutuvat psykologisen ja maallikkorepertuaarien käyttöön.

Tämän jälkeen siirryn tarkastelemaan tekstien keskeistä toimijaa, itse sairautta, jota analysoin metaforisten ilmausten valossa. Luvussa *Sairaus taisteluna* analysoin erityisesti sotametaforia, joita käytetään teksteissä sekä mikro- että makrotason toimijoiden kuvauksissa. Keskeinen mikrotason toimija on tuberkuloosi tai aids, jotka tuotetaan teksteissä yksilön ja yhteisön vihollisiksi. Makrotason toimija on esimerkiksi tuberkuloosin hoidossa parantolajärjestelmä, jonka avulla pyritään kukistamaan sairaus. Luku on tärkeä erityisesti siinä mielessä, että se valottaa sairauksia koskevan kirjoittelun melko pysyvää puolta eli metaforien käyttöä.

Viidennessä luvussa, *Sairaus, yhteisö ja yksilö* kysyn, miten sairauksia koskeva kirjoittelu on muuttunut tutkimusjakson aikana. Erotan aineistosta kolme kulttuurista kautta, jotka eroavat yhteisöllisyyden ja yksilön korostamisen suhteen toisistaan. Onko yksilön asema ja suhde yhteisöön tutkimusjakson kuluessa muuttunut? Tätä tekstien ulottuvuutta pohdin erityisesti kansa- ja väestöpuheen kautta.

Kuudennen sisältöluvun pääosassa on potilas yksilönä. *Potilas toimijana, kohteena ja kokijana* -luku on jatkoa edelliselle luvulle siten, että pyrin tarkentamaan kysymystä siitä, onko potilaan positio muuttunut yksilöllisyyttä korostavaan suuntaan. Analysoin siinä teksteissä käytettyjä nais- ja miespotilaan positioita. Kysyn, miten ja missä määrin heidät sijoitetaan kolmeen eri positioon tutkimusjakson aika-

na. Lisäksi selvitän, mitkä seikat selittävät potilaiden positioinnissa tapahtuneita muutoksia tai pysyvyyttä.

Lopuksi vedän tutkimuksen tuloksia yhteen erityisesti siitä näkökulmasta, miten yksilöstä on kirjoitettu. Lisäksi teen huomioita tekstien muuttuvista ja muuttumattomista ulottuvuuksista sekä pohdin, mikä selittää tekstien pysyviä piirteitä tai muuttuvia elementtejä.

2. Sairauden tilat, rajat ja aika

Sairauksia hoidetaan erilaisissa paikoissa; kotona, sairaaloissa ja parantoloissa. Tartuntatautien kohdalla joudutaan miettimään, tarvitaanko potilaan hoitamisessa tiloja, joihin potilaat voidaan eristää muusta yhteiskunnasta. Sairauksia suhteutetaan myös maantieteellisiin tiloihin. Tuberkuloosi on ollut pitkään nimenomaan suomalaisten kansantauti ja siitä on keskusteltu kansallisessa kontekstissa. Aids sitä vastoin ylitti heti ilmaantuessaan maiden väliset rajat.

Tässä ensimmäisessä sisältöluvussa tarkastelen keskustelua tuberkuloosista ja aidsista kolmen, tilaan, paikkaan ja aikaan, liittyvän kysymyksen avulla. Ensiksi kysyn, miten sairaus sijoittuu tilaan. Missä tuberkuloosi- ja aids-potilaita on hoidettu? Toiseksi kiinnitän huomioni siihen, millaisiin kategorioihin ja rajoihin sairauksiin liittyviä toimijoita asetetaan. Mietin myös sairautta ja aikaa. Mikä teksteissä muuttuu ja miksi? Entä onko jotain, mikä ei muuttunut? Miten sairaus suhteutetaan aikaan teksteissä? Tarkastelen luvussa, miten sairaus järjestää hoidon ja potilaan ”elettyä” aikaa. Nämä kysymykset eivät ole käsiteltävissä selkeästi erillään, ja siksi sivuan esimerkiksi sairauden tilasta puhuessani myös sairauden hoitoon liittyvää aikaa ja rajoja. Periaatteena on kuitenkin nostaa nämä kolme käsitettä yksi kerrallaan tarkastelun alle niin, että kunkin kohdalla näkökulman muodostaa ensisijaisesti käsite tila, rajat tai aika.

Luku etenee siten, että aluksi tuon esiin tuberkuloosin ja aidsin hoidon tiloja, jotka ovat potilaiden eristämisen suhteen erilaiset. Tämän jälkeen siirryn tarkastelemaan tuberkuloosin ja aidsin rajoja siinä mielessä, kuinka näiden sairauksien on esitetty rajaavan potilaiden työkykyä sekä ympäristön ja potilaiden puhtautta. Pohdin myös teksteissä esiintyvää tapaa merkityksellistää ihmisen kuolemaa. Lopuksi

selvitän vuosien 1946–1996 välisenä aikana tapahtunutta muutosta, joka tulee esiin silloin, kun tuberkuloosin tai aidsin mainitaan olevan vaara, uhka tai riski. Yksi ja sama sairaus, kuten tuberkuloosi, esitetään eri aikoina joko kansakunnan vaaraksi tai yksilön riskiksi.

Sairauden hoidon tilat

Sairauden tilan voi ymmärtää ruumiillisuuden kautta. Esimerkiksi voi kysyä, miten sairaus tarttuu ihmisestä toiseen ja miten tämä tarttumisen tila vaikuttaa ihmisten välisissä suhteissa²⁴. Tässä tarkastelussa sairauden tiloilla tarkoitan niitä puitteita ja paikkoja, joissa tuberkuloosi- ja aids-potilaita on hoidettu.

Sairaiden hoito tapahtuu Suomessa sairaaloiden lisäksi potilaiden kotona, avosairaanhoidossa. Tuberkuloosipotilaita pyrittiin hoitamaan pääasiassa parantoloissa 1960-luvulle asti. Paikoista oli pulaa ja ajoittain oli tyydyttävä kotihoitoon, vaikka potilaan kunto ja tartuttavuus olisi vaatinut parantolahoitoa. Vuonna 1930 tuli voimaan laki tuberkuloosihoitolaitosten valtionavusta. Parantoloita rakennettiin eri puolille Suomea niin, että vuoteen 1945 mennessä niitä oli yhteensä 33 ja potilaspaikkoja oli lähes 6000. Parantolat muodostivat merkittävän osan suomalaisesta sairaalalaitoksen rakenteesta. Parantoloiden ylläpito oli ensisijaisesti kuntien tehtävä. Perheissä tapahtuva kotisairaanhoido edisti sairauksia koskevan tiedon lisääntymistä ja samalla yksilöiden terveydenhoitoon liittyvän itsesäätelyn kasvua. Painopiste avohoidon lisäämisen suuntaan on alkanut 1970-luvulla kansanterveyslain säätämisen aikaan. (Ohtonen ym. 1983, 34, 58) Samalla yksilöstä on pyritty tekemään oman terveytensä asiantuntija ja hoitaja. Riittävä tiedon antaminen terveyteen vaikuttavista tekijöistä ohjaa yksilöä hoitamaan itseään ja tekemään itsensä kannalta edullisia ratkaisuja. (Alanen 1989, 164)

24. Sairauden tilana voi myös pitää ihmisen kehoa, jota hoidetaan, tutkitaan ja jonka kautta sairautta aiheuttavat mikrobit siirtyvät kehoista toisiin. Tuberkuloosin tarttumisen tila voi olla huoneilma, johon pääsee bakteerituberkuloosin sairastavan henkilön yskiessä. Aidsin kohdalla viruksen tarttuminen edellyttää ruumiin nesteiden joutumista kehosta toiseen. Hi-viruksen tarttumisen tila on siten usein intiimimpi kahden ihmisen kohtaupaikka kuin lähinnä ilman kautta leviävän tuberkuloosibakteerin.

Aids- ja hiv-positiivisten potilaiden hoito on pyritty järjestämään niin, että potilaat voisivat olla kotona niin pitkään kuin mahdollista. Erillistä lainsäädäntöä aidsista ei ole, vaan sitä koskevat säädökset löytyvät tartuntatautilaista, jossa on aidsin lisäksi muita tartuntatauteja koskevia ohjeita. Lisäksi vuonna 1993 voimaan tullut laki potilaiden oikeuksista on vaikuttanut hiv-positiivisten potilaiden itsemääräämisoikeuteen hoidon suhteen.

Eristyksen tilat

Tuberkuloosin hoidon yksi tärkeä tekijä oli potilaiden eristäminen muusta yhteiskunnasta. Parantolat sijaitsivat rauhallisilla paikoilla maaseudulla mäntymetsien kätköissä. Parantolaa voi pitää toiminnallisesti eriytyneenä asemapaikkana, joka oli erillään muusta yhteiskunnasta etäisyyden ja siten samalla ajan suhteen (Julkunen 1985, 295). Parantolaan matkustettiin pois kotoa pitkiksi ajoiksi, kunnes parhaassa tapauksessa oli mahdollista palata tervehtyneenä kotiin. Niihin eristettiin niin tavalliset kuin niin sanotut niskoittelevat potilaat, kuten myös pienet lapset, joiden kodeissa oli keuhkotautia. Eristys oli yksi lääke tuberkuloosia vastaan, mutta sillä voi ajatella olleen myös kasvattava vaikutus. Parantolassa oli mahdollista opetella sairauden hoitoon ja terveyden ylläpitämiseen tarvittavia taitoja.

Eristäminen nähtiin pääasiassa positiivisena asiana. Parantolassa voi oppia hygienian peruseriaatteita ja muita elämässä tarvittavia tärkeitä taitoja. Parantola fyysisenä ja sosiaalisena tilana muodosti oman pienen yhteiskunnan sääntöineen ja toimintoineen sitä ympäröivän yhteiskunnan sisälle²⁵ (Nenola 1986). Parantola-ajan jälkeen palattiin takaisin yhteiskuntaan, työhön ja toimintaan.

25. Goffmanin mukaan mielisairaalan ja vankilan lisäksi myös tuberkuloosiparantola on totaalinen instituutio. Tuberkuloosiparantola on laitos, jossa pidetään itsestään huolehtimaan kyvyttömiä sekä tahdosta riippumattomista syistä ympäristölle vaarallisia potilaita. Totaaliselle instituutiolle on ominaista, että elämän rutiinit tapahtuvat samassa paikassa yhden auktoriteetin alaisuudessa. Päiväritiinit suoritetaan suuren ryhmän seurassa ja päivät noudattavat tiukkaa aikataulua. Pakolliset toimet noudattavat rationaalista suunnitelmaa, johon on sisällytetty laitoksen viralliset päämäärät. (Goffman 1969, 6–7)

Tuberkuloosin hoidossa eristäminen kohdistui 1960-luvulle asti ensisijaisesti potilaiden elinympäristöön. Hoitotila, parantola tai koti, oli järjestettävä sellaiseksi, että bakteerit eivät päässeet leviämään tilassa ihmisistä toisiin. Parantolan katsottiin olevan kotia parempi paikka hoitaa sairautta, koska siellä oli mahdollisuus noudattaa ja valvoa tuberkuloosin hoidon periaatteita, kuten hygienian ja riittävän levon tasoa.

Eristys koski myös perheitä, joissa pienten lasten vanhemmat sairastivat tuberkuloosia. Yleensä sairas oli perheenäiti, joka luovutti vastasyntyneen lapsensa tarpeelliseksi katsotuksi ajaksi joulumerkkikotiin. Eristys merkitsi lasten kannalta eroa vanhemmista sekä määräraikaista eristystä lastenkodin muista lapsista.

Savon Sanomissa vauvojen hoitoa kuvataan 1950-luvulla näin:

Kuopion joulumerkkikotia rakennettaessa on koetettu välttää turhaa yllisyyttä, mutta siinä minkä hoito vaatii, on pyritty parhaaseen mahdolliseen, mainitsi prof. Salonen. Kun vastasyntynyt pienokainen tuodaan laitokseen joutuu tämä 2–3 kuukauden ajaksi omaan pieneen huoneeseensa, jossa se on mahdollisimman eristettynä muusta ympäristöstä. Näitä pikkuhuoneita on yhteensä 10 ja jokaisessa on hoitopöytä, vaaka, amme ja ikkunasta voidaan lapsi nostaa pienelle parvekkeelle ulkoilemaan. Osastonhoitajalla on oma valvomishuoneensa käytävän keskellä. Suurien lasi-ikkunoiden läpi hän näkee potilashuoneisiin käytävän päästä päähän ja voi näin valvoa hoitajien työtä. Lisäksi on osastolla kolmen, neljän lapsen huoneita, joista jokaisesta on pääsy parvekkeelle. Kaikkialla voi tuntea, että lapsen hyvinvointi ja terve kehittyminen ovat olleet perusteellisen harkinnan kohteina. (Savon Sanomat 5.2.1954, ref. Tamminen 1982, 72)

Eristyksen tarkoituksena oli vähentää tuberkuloosin tartunnan vaaraa. Nykynäkökulmasta katsottuna lapset pelastuivat tuberkuloosilta, mutta eivät todennäköisesti voineet henkisesti hyvin. Pienen vauvan eristämistä ei nykyään mielellään tehdä, koska katsotaan lapsen tarvitsevan vähintään yhden aikuisen läheistä ja jatkuvaa kontak-

tia. Mutta asiaa ei tuolloin pohdittu tästä näkökulmasta, kuten kirjailija Peter Høeg toteaa 1970-luvun alun tanskalaista koulujärjestelmää kuvaavassa romaanissaan: ”Siihen aikaan ei niin kursailtu eristyksen suhteen. Katsottiin, että sillä on voimakas kasvattava vaikutus” (Høeg 1993, 266)²⁶.

Tilana Kuopion joulumerkkikoti muistuttaa Michel Foucault’n analysoimaa vankilan ideaa, Panopticonin rakennelmaa, joissa toteutuu vankien valvonta täydellisesti. Panopticon on tilayksikkö, jossa yksilöt ovat jatkuvasti katseen tavoitettavissa. Yksilö nähdään, mutta hän itse ei näe, vaan on informaation kohteena. (Foucault 1980, 147) Joulumerkkikodissa Panopticonin kaltainen järjestely tehtiin tietenkin lasten parhaaksi, ei rangaistusmielessä. Osastonhoitaja valvoi alaisiaan, jotta he hoitivat työnsä. Tässä mielessä parantola tilana oli järjestetty niin, että osastonhoitajan ja lastenhoitajien välinen valvontasuhte saatiin toimivaksi.

Paitsi, että joulumerkkikodeissa tapahtunut eristys oli fyysistä, materiaalista tilaa, se myös vastasi ajan käsitystä hyvästä ja tarpeellisesta tuberkuloosin hoidosta ilman, että asiaa tarvitsi kyseenalaistaa. Pienten lasten sijoittaminen joulumerkkikoteihin on todennäköisesti herättänyt monissa äideissä ristiriitaisia tunteita, mutta aikaan kuului työntää yksilön tunteet pakollisten velvollisuuksien edessä sivumalle. Yksityselämään liittyviä tunteita tärkeämpiä olivat kansakuntaa kohtaan tunnettu velvollisuus ja tahto rakentaa yhteistä isänmaata. Tavoitteena oli onnellinen suomalainen perhe, mutta se oli yhteydessä koko kansan onneen ja vahvuuteen. Tuberkuloosi hajotti perheitä ja vaaransi siten yhteiskunnan tuottavan perussolun, onnellisen perheen, toteutumisen. Kirjoittajat viittaavat tähän puoleen, eivät niinkään siihen, mitä sairaus yksityisten perheiden tunne-elämän kannalta merkitsee.

Tuberkuloosin kotihoito, sekä aikuisten että lasten, lisääntyi 1960-luvulla, kun tehokkaat tuberkuloosilääkkeet lyhensivät tarvittavaa sairaalassaoloa. Samalla tehokas lääkitys merkitsi sitä, että hoito tapahtui entiseen verrattuna korostetummin ruumiin tilassa. Olennaista oli kehon sisäisten lääkkeiden käyttö, ei niinkään ympäröivän tilan

26. Esimerkkinä eristämistä voi myös pitää lasten siirtämistä sodan aikaan Suomesta Ruotsiin. Sotalasten kokemuksista on keskusteltu aika vilkkaasti 1970-luvulta alkaen (esim. Kaven 1985, 9).

tekeminen ”lääkkeeksi”. Lyhyen sairaalassaolon jälkeen siirryttiin jatkamaan tuberkuloosin hoitoa kotona. 1990-luvulla sairaiden koti-hoidosta keskusteltiin ja se nähtiin sairaalahoidon yhtenä vaihtoehtona: kotihoito on edullisempaa ja potilaan kannalta vapaampaa sekä inhimillisempää sairaalahoitoon verrattuna (Helsingin Sanomat 30.11.1999, Aamulehti 10.3.1999). Kotona potilas on lähempänä omaa elämäänsä, tuttuja esineitä ja läheisiä ihmisiä, kuin sairaalassa.

Aidsin eristämisen kohteen tila on tutkimissani teksteissä toisenlainen kuin tuberkuloosin. Hi-virus on ensisijaisesti potilaan ruumiissa. Silloin virusta torjutaan estämällä ruumiin nesteiden, veren ja sperman, kulkeutuminen ihmisestä toiseen. Välineet, joilla terveen ihmisen ruumiin tila pidetään puhtaana, ovat kondomi ja luovutettavan veren testausmenetelmät. Etenkin kondomin käytön tarpeellisuutta korostetaan aids-teksteissä. Huumeiden käyttöä ja likaisten neulojen ongelmallisuutta ei niinkään korosteta. Suonen sisäisten huumeiden käytön vaarallisuudesta aletaan keskustella laajemmin 1990-luvun lopulla. Aidsista on keskusteltu aiempaa enemmän narkomaanien ongelmana. Tämä tulee esiin myös Suomen Lääkärilehdessä, jossa kerrotaan ”Helsinkiin suunnitteilla olevasta hiv-positiivisten narkomaanien hoitokeskuksesta, josta saisi muun muassa puhtaita ruiskuja” (Suomen Lääkärilehti 11/2000, 1213).

Eristämisestä aids-potilaiden kohdalla ei tutkimusaineiston teksteissä puhuta niin, että esitettäisiin erityisten aids-sairaaloiden perustamisen olevan tarpeen. Aidsin hoidon pääperiaatteena onkin ollut, että potilas voisi olla kotona ja työelämässä niin pitkään kuin mahdollista (Lähdevirta 1993, 71). Kotona on huomioitava, että potilaan kanssa asuvat perheenjäsenet eivät joudu tekemisiin hiv-positiivisen veren tai sperman kanssa.

Eristys on myös terveydenhoitohenkilökunnan kohdalla ruumiin tasolla: keskustellaan, pitääkö hoitohenkilökunnan suojautua aids-potilaita hoitaessaan ja missä määrin suojaus on välttämätöntä. Tervettä kehoa, terveydentilaa, tulee suojella sairautta aiheuttavaa virus-ta vastaan. Kehon suojaus hiv-positiiviselta vereltä nähdään tarpeelliseksi, mutta ylilyöntejä suojauksen suhteen myös kritisoidaan. ”Sairaalahygieenisistä ohjeita pidettiin ylimitoitettuina ja potilasta loukkaavana pidettiin aiheetonta ja liiallista suojausten käyttöä” (Suomen Lääkärilehti 29/1986, 2757).

Kari Huotari (1999) tuo esiin, että potilaiden kannalta on ollut ongelmallista, jos lääkäri antaa pelkojen vaikuttaa liikaa työhönsä. Lääkärit saattavat ylireagoida tartunnan saaneisiin, ylipukeutua ”ufopukuun” ja olla neuvottomia potilaan hoidon suhteen. Jos sekä lääkäri että potilas on tietämätön ja pelkää hi-virusta, on tilanne toimimaton. (Huotari 1999, 141–144, 188) Lääkärin tehtävänä olisikin välttää ylireagointia. Yhtä hyvin lääkäri voi olla hiv-positiivinen (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 858). Suomen Lääkärilehteä voikin pitää hoitohenkilökunnan valistajana siinä mielessä, että teksteissä ohjataan henkilökuntaa ”suojautumaan oikeita työtapoja noudattamalla ja oikein suojattuna, jolloin taudin tarttuminen on täysin ehkäistävässä” (Suomen Lääkärilehti 29/1986, 2757).

Edellä on käynyt ilmi, että tuberkuloosipotilaiden eristäminen omiin tiloihinsa, parantoloihin, esitetään itsestäänselvyytenä sodanjälkeisissä teksteissä. Aids-teksteissä eristämisen tiloista ei puhuta samalla tavoin. Potilaiden eristämistä koskevassa ajattelussa ja käytännöissä onkin tapahtunut selvä muutos.

Työkyvyn, puhtauden ja kuoleman rajat

Sairaus ja työkyky

Tuberkuloosi oli toisen maailmansodan jälkeen tauti, joka nähtiin koko kansan ongelmana. Kansalaisilla oli yhteinen velvollisuus taistella sairautta vastaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoittanut sitä, että sairautteen olisi suhtauduttu ilman kategorisointia. Tuberkuloosipotilaat olivat oma ryhmänsä, jota kohtaan tunnettiin pelkoa ja ennakkoluulojakin. Yhteinen taistelu tuberkuloosia vastaan oli ensisijaisesti terveen ja vahvan yhteiskunnan luomista. Kansallinen toiminta sairauksia vastaan rajautui kansakunnan sisäiseksi kamppailuksi (vrt. Tuomaala 1999, 175). Maa tarvitsi työ- ja taistelukykyisiä jäseniä jälle rakentamaan Suomea sodan jälkeen. Väestöpolitiikassa tämä näkyi pyrkimyksenä lisätä väestön määrää, tuotanto- ja sotavoimaa, johon yhdistettiin rotuhygieenisii hankkeita ihmisaineksen laadun parantamiseksi ja perimän rappeutumisen estämiseksi (Helén 1997, 362).

Terveydenhoitolehdessä ohjataan ”avioliittoon aikovia käymään lääkärin tarkastuksessa sukupuolitautien tutkimiseksi sekä neuvottelemaan lääkärin kanssa yleisestä kunnostaan, synnynnäisten sairauksien mahdollisuuksista, kuten kuuroudesta, kaatumataudista ja värisokeudesta sekä muista lähemmin avioliittoon ja avioelämään liittyvistä seikoista” (Terveydenhoitolehti 4/1950, 83).

Tuberkuloositeksteissä korostetaan potilaiden työkyvyn palauttamisen tärkeyttä, mutta sen ei nähdä olevan sillä tavalla ongelmatonta, että potilas tervehtyttyään palaa suoraan esimerkiksi parantolasta työelämään. ”Tuberkuloosista parannutaan – mutta miten selviydytään sen jälkeen?” kysyy potilas Terveydenhoitolehdessä (4/1955, 97). Potilaiden on tehtävä paluu yhteiskuntaan, mikä ei ole ympäristön ennakkoluulojen vuoksi aina helppoa. Potilas on menettänyt paikkansa yhteisöllisessä järjestelmässä ja joutunut normaalin sosiaalisen järjestelmän ’ulkopuolelle’ (Douglas 2000, 160). Ilman työtä oleva tuberkuloosipotilas on marginaalissa, tilassa, josta hän pääsee siirtymään työelämään kuntoutuksen avulla. Yksi tapa on salata oma sairaushistoria: töissä on helpompaa, jos ”jättää kertomatta työtovereille” sairastaneensa tuberkuloosia (Terveydenhoitolehti 4/1955, 97).

Aids-epidemian alkuaikoina mietittiin sitä, missä virus sijaitsee. Aluksi hiv määriteltiin lähinnä riskiryhmiin kuuluvien ongelmaksi. Ratkaisua ei kuitenkaan löytynyt siitä, että virus sijoitettiin joihinkin ihmisryhmiin. Riskiryhmäajattelu ei pitemmän päälle toiminut käytännön toimien pohjana. (Eskola ym. 1987, 155) Homoseksuaalisuus ei voi olla lääketieteellisesti määriteltävissä oleva tartunnan lähde, taudin fyysinen aiheuttaja. Homoseksuaalisuus on kuitenkin korostetusti esillä 1980-luvun alkupuolen teksteissä, koska sairautta ”esiintyi erityisen paljon suurten amerikkalaisten kaupunkien homoseksuaalien keskuudessa” (Suomen Lääkärilehti 15/1983, 1419). Tutkimusaineistossa tapahtuu tässä suhteessa muutos niin, että 1980-luvun puolivälin jälkeen aletaan korostaa sitä, että ”vaikka on olemassa riskiryhmiä, aids on jokaisen ihmisen ongelma” (Suomen Lääkärilehti 29/1988, 2852).

Aids on ollut paljolti nuorten ja työkykyisten ihmisten sairaus. Aids-teksteissä ei kuitenkaan pohdita potilaiden työkyvyn palauttamista tai ylläpitämistä samalla tavalla kuin tuberkuloositeksteissä tehdään. Aids-teksteissä ei painoteta sitä, että työiässä olevat potilaat jou-

tuvat pois työmarkkinoilta, vaikka monet aids-potilaat ovat pitkään työkykyisiä. Aids voi koskettaa ketä tahansa, mutta sitä ei pidetä suomalaisen kansakunnan voimaa heikentävänä tekijänä. Aidsin ei mainita rapauttavan yhteiskunnallisia rakenteita eikä sen korosteta vaikuttaneen Suomen taloudelliseen kehitykseen epäsuotuisasti. Sen sijaan huoli Afrikan tilanteesta tuodaan esiin, jolloin viitataan myös siihen, että ”aidsin taloudellisia vaikutuksia pelätään, sillä tautiin sairastuneet kuolevat iässä, jolloin he ovat tuottavimmillaan ja jolloin heillä on eniten vastuuta yhteiskunnan toiminnasta” (Suomen Lääkäri-lehti 34/1996, 3672).

Tuberkuloosi- ja aids-tekstien ero potilaiden työkyvyn arvioimisen ja palauttamisen suhteen on yhteydessä siihen, että tuberkuloosista parannuttiin, mutta aidsista ei ainakaan toistaiseksi niin tehdä. Siten aids-potilaat ovat työkykynsä ylläpidon suhteen toivottomammassa asemassa kuin tuberkuloosipotilaat ovat olleet. Tämä ei kuitenkaan selitä aids-potilaiden työkyvyn arvioinnin poissaoloa teksteissä, sillä hiv-positiiviset henkilöt ovat tartunnasta huolimatta pitkään työkykyisiä. Työkyvystä puhumisen korostumista tuberkuloositeksteissä voi kontekstoida Suomen tilanteeseen: toisen maailmansodan jälkeen maa tarvitsi työvoimaa jälleenrakennukseen. Lisäksi tuberkuloosi on koskettanut huomattavasti suurempaa osaa työkykyisistä suomalaisista kuin mitä aidsin kohdalla epidemiologinen tilanne on ollut. Edelleen voi ajatella, että aids-potilaiden työkyvystä ei keskustella siinä määrin kuin tuberkuloosipotilaiden yhteydessä on tehty, koska nykyään ei tarvita niin paljon työvoimaa kuin sodanjälkeisen jälleenrakennuksen aikana. Ihmisvoiman on suurelta osin korvannut teknologia.

Kyse on kuitenkin myös tuberkuloosin ja aidsin erilaisista sijoittamisen tavoista kulttuurin marginaaliin. Tuberkuloosi on teksteissä koko kansan ongelma, joka velvoittaa kansalaisia toimimaan sairautta vastaan. Vaikka tuberkuloosiin, kuten aidsiin, liittyy pelkoja ja salaamista – sairauden sijoittamista marginaaliin – on taudin vastustustyö yhteinen projekti toisella tavalla kuin aidsin kohdalla on ollut. Aids on jäänyt marginaaliin aluksi siksi, että sitä pidettiin lähinnä homoseksuaalien tautina: ”Huvittavaa, että enemmän hälyä alaisten keskuudessa aiheutti se, että homo voi olla pomo” (Kotilääkäri 11/1990, 44). Aidsia on pidetty marginaaliryhmien tautina eikä sen margi-

naalisuutta ole poistanut se, että hiv:n korostetaan koskettavan ketä tahansa. 1940- ja 50 -lukuihin verrattuna aika on lisäksi enemmän yksilön rationaalisia valintoja korostavaa. Marginaalisuus yhdessä yksilön rationaalisuuden korostamisen kanssa pitää taudin poikkeustilassa, poissa tavallisesta arkielämästä.

Taudin kansaa koskettava totaalisuus tai marginaalisuus teksteissä ei kerro pelkästään tuberkuloosin ja aidsin epidemiologisesta levinneisyydestä. Tuberkuloosi oli suuri ongelma aikana, jolloin monet muutkin ilmiöt määriteltiin kansakuntaa uhkaaviksi vaaroiksi. Esimerkiksi alkoholinkäyttöä pyrittiin tiukasti kontrolloimaan Suomessa 1970-luvulle asti, vaikka suomalaisten alkoholin kulutus on ollut poikkeuksellisen vähäistä moniin muihin maihin verrattuna (Apo 1998, 107). Olennaista ei silloin ole se, montako tuberkuloosiin tai aidiin sairastunutta suomalaista maassa on ollut, vaan se, miten yhteisöllisyyttä teksteissä rakennetaan.

1980- ja 90-luvun teksteissä ei löydy kansakuntapuhetta, vaan väestöpuhetta, joka on eräänlainen virtojen tila. ”Onkin sanottu, että globalisoituvassa maailmassa perinteinen paikkojen muodostama tila on muuttumassa virtojen tiloiksi” (Paasi 1998, 241). Väestöä käyte- tään epidemiologisessa kuvauksessa, jolloin väestöstä voidaan erottaa paikkoja ja ryhmiä, joissa sairautta esiintyy. Väestö ei ole stabiili vaan muuttuva kenttä. Se sisältää erilaisia toimijatahoja, mutta väestön ”taakse” ei kutsuta kansalaisia, jotka toimisivat väestön puolesta. Tässä suhteessa se eroaa kansapuheesta, jossa korostetaan yhdessä toimimista.

Puhtaus ja suomalaisuus

Hygieenisyyden korostaminen on yksi tuberkuloositekstien piirre: tartunnan aiheuttajat on siivouksen ja yskimisen hallinnan avulla minimoitava ihmisen elinympäristöstä. Hallitsemattomien halujen ja siivottomuuteen taipuvien yksilöiden tulee kehittyä sopusuhtaisiksi ja terveiksi kansalaisiksi hygieenisten rituaalien avulla (Tuomaala 1999, 168–169). Aids-teksteissäkin puhutaan puhtaudesta, mutta se kohdistuu toisin kuin tuberkuloosin kohdalla, lähinnä ihmisen nesteisiin, kuten vereen ja spermaan. Niiden ei tulisi päästä kulkeu-

tumaan läheisissä kontakteissa hiv-positiivisista potilaista terveisiin seksipartnereihin. Selitys puhtauden painopisteen eroille löytyy tartuntatavasta: tuberkuloosi tarttuu ensisijaisesti ilmatartuntana, hiv-virus taas leviää lähinnä seksuaaliteitse tai likaisten neulojen välityksellä.

Mutta mitä muuta tuberkuloosiin ja aidiin liittyvästä puhtausajattelusta voi sanoa? Puhtaus merkitsee tartuntaa aiheuttavien mikrobien pitämistä tietyissä rajoissa, mutta se on myös sidoksissa moraaliin, aikaan ja paikkaan (Anttonen & Viljanen 2000, 14). Puhtauskäsitykset kertovat aikansa kulttuurista ja sen järjestyksestä. ”Riippumatta siitä jahtaavatko ihmiset henkiä vai viruksia, erot puhtauden symbolisessa järjestelmässä eivät ole lopultakaan niin merkittäviä muiden kuin yksityiskohtiensa osalta” (Anttonen & Viljanen 2000, 23). Tuberkuloosi ja aids ovat monien yksityiskohtiensa osalta erilaisia sairauksia, mutta niissä on yhteistä puhtauden korostaminen, joka tuberkuloosin kohdalla kiinnittyi ensisijaisesti ihmisen elinympäristön pitämiseen siistinä ja aidsissa taas lähinnä ihmisen ”sisäiseen siisteyteen”.

Puhtautta voi miettiä myös suomalaisuuden tuottamisen näkökulmasta. Tuberkuloositeksteissä on näkyvissä 1800-luvun alkupuolella käyntiin lähtenyt suomalaisten valistus, jota muun muassa piirilääkärit levittivät ”ymmärtämättömän ja takapajuisen” kansan keskuuteen. Satu Apo (1998, 89) tuo esiin, että tämän diskurssin sisältönä olivat käsitykset rotujen, kansojen ja kielten hierarkiasta. Väestöaines jaettiin hyvään ja huonoon osaan, kansan laatua yritettiin parantaa karsimalla huonoa ainesta. Muun muassa hygienian tason nostaminen kehitti nukkuva kansaa ja isänmaata. Elämän yksityisellä alueella tämä merkitsi sitä, että yksilöiden ja perheiden haluttiin kantavan vastuuta omasta terveydentilastaan ja elintasostaan (Apo 1998, 100). Esimerkiksi 1920–30-luvun terveysvalistusoppaissa kansakoululaiset nähtiin kansallisena voimavarana, jonka terveys oli kansakunnan tulevaisuuden kannalta olennaisen tärkeää (Tuomaala 1999, 164). Tämä painotus näkyy myös 1940–50 -lukujen tuberkuloosi-teksteissä.

Valistuksen kohteen oletettiin usein olevan tietämätön ja epärationaalinen yksilö. Raittiusvalistuksessa esitettiin vielä 1940-luvun lopulla, ennen olympialaisia, kuinka suomalaiset ovat itsekontrollin

omaamattomia villi-ihmisiä. Valistuslehtisessä olympiavieraat toteavat kotiin päästyään suomalaisten olevan ”hyvin mielenkiintoinen kansa” ja olevansa meille ”äärettömän kiitollisia, kun pääsivät ehjinä pois”. (Apo 1998, 109-111)

Terveydenhoitolehdestä kirjoitetaan, että ”ulkolaiset olympia-vieraat ovat, ainakin osa heistä, kotonaan, kuten Skandinavian maissa, Saksassa ja anglo-saksisissa maissa, tottuneet eräissä suhteissa huomattavasti paremmin järjestettyihin siisteyshuoltotoimenpiteisiin kuin mitä oli odotettavissa, että he joutuvat täällä meillä tapaamaan” (Terveydenhoitolehti 9/1952, 181). Olympialaiset nähdään sikäli suomalaisia kasvattavana ja siisteyttä edistävänä tapahtumana, että ne tarjoavat tilaisuuden kiinnittää huomiota puhtauteen ja parantaa esimerkiksi ”yleisten käymälöiden ja virvoitusjuomia myyvien kioskien hygieniää” (Terveydenhoitolehti 9/1952, 181)²⁷.

Tuberkuloositeksteissä ei mietitä sitä, miltä suomalaiset näyttävät ulkomaalaisten silmissä, mutta niissäkin korostuu tavoite suomalaisten puhtaudesta. Kodin tulee olla siisti ja tavoitteena on ”elävävoimainen” suomalainen kansa. Ohjeet puhtauden noudattamisen suhteen ovat Terveydenhoito-lehdestä autoratiivisen kasvattavia, suoria ohjeita sen suhteen, mitä siisteiden noudattaminen käytännössä merkitsee. Kirjoittajat pyrkivät siten vahvistamaan asiantuntija-asemiaan (Tuomaala 1999, 162), ja autoratiivinen kasvattaminen on yksi kirjoittajien tapa esiintyä tietäjän positiossa.

Kuten edellä olen tuonut esiin, Suomen kansan sijasta aids-teksteissä puhutaan väestöstä. Erityisesti epidemiologisen tilanteen kuvauksissa korostetaan väestöä, jonka rinnalla usein esitellään muiden maiden hiv-tilannetta. Tuberkuloositeksteissäkin väestö on mukana tuberkuloositilastojen yhteydessä, mutta sillä tarkoitetaan nimenomaan Suomea ja ”maatamme” (Suomen Lääkärilehti 30/1963, 1892) eikä tilastoja, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta, suhteuteta muun maailman tilanteeseen. Aids on alusti asti nähty ”kansainvälisenä asiana ja yhteisenä ongelmana” (Suomen Lääkärilehti 29/1988, 2851).

27. Myös ravintolakäyttäytymistä pyrittiin 1950-luvun alussa kohentamaan. Kansalaisjärjestö Ryhtiliikkeen yhtenä tavoitteena oli valmistautua Helsingin olympialaisiin. Ravintoloiden tarjoilijoille jaettiin kohteliaisuutta käsittelevää materiaalia. Myös ravintoloiden pöydille, seinille ja pullojen suihin asetettiin iskulauseita. Esimerkiksi WC:t koristettiin julisteella ”Siisti mies on täälläkin siisti”. (Peltonen 1996, 288)

Aids ei ole teksteissä vain Suomen kansan ongelma. Siten aids ei sijoitu vain kansalliseen tilaan. Sen tarttuvuutta ja leviämisteitä ei esimerkiksi seurata ainoastaan kansallisten rajojen sisällä.

Aidsin yhteydessä ei tutkimusaineistossa puhuta niinkään ihmisen elinympäristöstä, vaan siitä, millainen on itsekontrollia harjoittava yksilö. Myös tuberkuloositeksteissä puhutaan yksilön itsekontrollista, mutta se on toissijaisempi painotus kansakunnan yhteistä hyvää korostavaan painotukseen verrattuna. Kun aids-teksteissä esitetään itsekontrollin pettäneen, on se yksilön eikä kansalaisen epäonnistumista (Tuomaala 1999, 175). Hygieniaan ei viitata aids-teksteissä kuin satunnaisesti (esim. Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1466). Puhtauden sijasta kirjoitetaan suojautumisesta, joka liittyy turvalliseen seksiin ja hiv-positiivisen veren kulkeutumisen estämiseen kehosta toiseen. Kehon sisäistä puhtautta edustavat myös tavoitteet pidättäytymisestä ja itsekontrollista seksuaalisuuden suhteen: tartunta ei leviä, kun ihmiset pysyttelevät uskollisissa parisuhteissa. Tätä eivät suomalaiset ole harjoittaneet riittävästi, mikä näkyy ”1990-luvun alussa suomalaisten matkailijoiden riskikäyttäytymisenä, josta kertoi ulkomailla hankittujen tartuntojen suuri määrä” (Suomen Lääkärilehti 34/1991, 3279). Teksteissä ei kuitenkaan opeteta suomalaisia käyttäytymään oikein, olemaan siististi, ulkomaanmatkoilla. Riskikäyttäytyminen todetaan tai kirjoittajat ovat siitä huolissaan. Kirjoittajat luottavat asiallisen informaation voimaan, terveysvalistukseen, vaikkakin ”tieto menee etenkin nuorille hitaasti perille” (Kotilääkäri 12/1986, 18). Valistus esitetään suorien käskyjen sijasta myös toiveen tasolla: ”Toivon, että tilanteet esimerkiksi interrail-matkoilla eivät houkuttelisi harkitsemattomiin suhteisiin” (Kotilääkäri 12/1986, 18).

Suomalainen luonne nähdään teksteissä aidsiin suhtautumisen kannalta sekä myönteisenä että kielteisenä. Suomalaisten luonteen todetaan olevan myönteinen siinä mielessä, että ”suomalainen ei ole taipuvainen paniikkireaktioon” (Suomen Lääkärilehti 29/1986, 2757). Kotilääkäri-lehdessä hiv-positiivinen potilas näkee tilanteen päinvastoin: ”HIV-positiiviset nähdään uhkana muulle yhteiskunnalle, joukkona, joka pitäisi laittaa järjestykseen ja jota pitäisi valvoa. Kauhujutut muista maista ja niitten karmeista käytännöistä ruokkivat paniikkia”. (Kotilääkäri 11/1990, 43) Aids on uhka suomalaiselle yhteiskunnalle, se on osaltaan määrittämässä normaalin ja epätoivottavan

käyttäytymisen rajoja. Tuberkuloositeksteihin verrattuna aids nähdään kuitenkin painotetummin kansainvälisessä kontekstissa, muiden maiden aids-tilanteista kertominen on osana useimmissa aids-teksteissä, kun vastaavasti tuberkuloositeksteissä saatetaan keskittyä pelkästään Suomen tilanteen selvittämiseen.

Mary Douglas (2000) esittää, että kuolemantapaukset ja sairaudet luovat tilaisuuden määrittellä, miten vakavasti moitittavaa niiden taustalla oleva käyttäytyminen on ollut. ”Uhka ja vaara määrittellään, koska yhteistä hyvää on suojeltava, ja jonkun syyttäminen syntyy sivutuotteena, kun muita suostutellaan tuon yhteisen hyvän edistämiseen.” (Douglas 2000, 34) Keskinäisesti vahvasti solidaarisessa yhteisössä katastrofit ovat merkkejä tuomittavasta käyttäytymisestä (emt., 33). Tätä ajatusta vasten suomalaisten moittiminen epäsiisteiksi tuberkuloosin yhteydessä ja aidsin varovaisempi terveysvalistus kertoo suomalaisen yhteisyyden muutoksesta. Suomessa ei pyritä enää niin vahvaan moraaliseen ja toiminnalliseen yhteisyyteen kuin sodan jälkeisinä vuosikymmeninä tehtiin. Valistus voi nyky-yhteiskunnassa olla moraalista suostuttelua (Douglas 2000, 37), mutta ei suoraa kansalaisten käyttäytymisen moittimista ja käskymuotoista valistamista. Suomi on heterogeenisempi maa kuin ennen ja suomalainen aids-tilannekin on osa kansainvälistä ongelmaa. Tämä ei poista sitä, etteikö ”vanhanaikaisempia” epäluuloja ja reaktioita normaalin rajan ylittyessä olisi. Esittämisen tavat ovat kuitenkin muuttuneet, eikä esimerkiksi 1980- ja 90-luvun teksteissä esiinny lääkäriä, joka suoraan moittii kansalaisia ja käskee heitä käyttäytymään toisin.

Kuoleman merkitykset

Elämän päättymisen rajana on kuolema. Sekä tuberkuloosi että aids ovat kuolemaan johtavia tauteja. Tuberkuloosia vastaan on lääkkeitä, mutta resistenttejä tuberkuloosin muotoja vastaan ne eivät tehoa. Aidsia varten on olemassa lääkkeitä, jotka parantavat potilaiden elämänlaatua ja pidentävät heidän elämäänsä huomattavasti. Kehitysmaissa tilanne sairauksien hoitamisen suhteen on paljon huonompi kuin länsimaissa. Resursseja potilaiden hoitamiseen ei ole riittävästi.

Kuolema liittyy olennaisesti tuberkuloosiin ja aidsiin, mutta kirjoittajat eivät tuota sille monivivahteisia eksplisiittisiä sosiaalisia tai kulttuurisia merkityksiä. Kuolemasta ei joko kirjoiteta lainkaan tai se liitetään epidemiologiseen raportointiin kuolleiden määrästä (vrt. Huotari 1999, 190–191). Tauteihin kuolleiden määriä mainitaan, jolloin kuolema on osa sairauksien tilastollista esittämistapaa. Kuolema on mukana myös silloin, kun kuvataan aids-prosessin eri vaiheita, joista viimeinen päättyy kuolemaan.

Potilaiden puheenvuoroissa on pohdintaa sairauden luonteesta ja sen yhteydestä kuolemaan. Terveystieteiden teksteissä potilaat korostavat mieluummin sairauden hoitamiseen liittyvää ”toivoa” kuin kuoleman mahdollisuutta (Terveystieteiden lehti 3/1950, 61 ja 11/1958, 318). Myös Kotilääkäriässä hiv-positiiviset potilaat ovat ”toiveikkaita” (Kotilääkäri 11/1990, 44). Kari Huotari (1999, 194) tuokin esiin, että useimmat hänen haastattelemistaan hiv-tartunnan saaneista eivät pelänneet kuolemaa, vaan oireita ja sairastumista.

Läketiedettä voi pitää instituutiona, joka toimii terveyden ja sairauden rajalla. Läketieteellinen kieli on merkitysalue, joka tekee sairauksia ymmärrettäväksi ja samalla vähemmän pelottaviksi. Ilman lääketieteellistä tietoa sairaus voisi jäädä käsittämättömäksi alueeksi jokapäiväisen elämän sisälle. (Berger & Luckman 1994, 113) Suomen Lääkärilehden teksteissä tehdään ymmärrettäväksi, mistä tuberkuloosissa ja aidsissa on kyse, miten niitä voidaan hoitaa ja miten ehkäistä tautien leviämistä. Lukijoiden, lähinnä terveydenhoitohenkilökunnan, valmentautumista kuoleman kohtaamiseen teksteissä ei kuitenkaan käsitellä. Suomen Lääkärilehdessä kyllä kerrotaan, että aidsia pelätään niin, että sen ”pelko voi joillakin ihmisillä olla

itsemurhaprosessissa myötävaikuttava tekijä” (Suomen Lääkärilehti 18/1992, 1755). Terveystenhoitohenkilökunnan tehtävänä on rauhoittaa potilaita ja myös ”tunnistaa itsessään HIV- ja aids-ilmion mahdollisesti aiheuttamaa pelkoa ja hämmennystä, joka saattaa vaikeuttaa ongelman käsittelyä hoitosuhteessa” (Suomen Lääkärilehti 18/1992, 1758). Kysymykset siitä, millainen on kuolema tai miltä lääkäristä, hoitajasta tai omaisesta tuntuu kohdata kuolema, eivät kuitenkaan ole kirjoittajien pääteemoja.

Kuolemasta puhuminen, tai siitä vaikeneminen, on mahdollista myös ymmärtää kuoleman legitimoimisena aineistossa. Sairauden aiheuttama kuolema on osalle potilaista väistämätön, mutta ei kaikille. Joidenkin potilaiden elämä voi vielä jatkua hyvin pitkään. Siksi on tärkeää tuoda esiin elämän jatkuminen merkityksellisten toisten kuolemasta huolimatta (Berger & Luckman 1994, 117). Lääketiede ja terveysvalistuksen jakajat jatkavat sitkeästi työtään, eikä kuolemalla ole valtaa pysäyttää sitä. Kuolemaa ei ole myöskään syytä pysähtyä miettimään turhan tarkkaan, koska potilaiden elämän pelastamisessa on tarpeeksi työtä. Elämän – terveyden puolesta toimimisen – on jatkuttava olivat sairauksien aiheuttamat kuolemat miten kauheita tahansa. Kuolemasta niukasti kirjoittaminen legitimoidaan siis elämän ensisijaisuuden korostamisen kautta (emt.).

Tuberkuloosista ja aidsista kirjoittamisessa onkin osin kysymys lukijan vakuuttamisesta sen suhteen, että potilaat eivät ole pian tai pitkään aikaan kuolemassa. Potilaiden terveyden eteen on tehtävissä paljon ja he voivat sairaudesta huolimatta osallistua arkielämäänsä monin eri tavoin. Etenkään tuberkuloosipotilaita ei ole syytä kuvata ”kuolevina”, vaan terveyden ja työkyvyn takaisin saavina yksilöinä. Aidsin suhteen tilanne on mutkikkaampi, koska lääkkeet eivät poista virusta kehosta. Hiv-potilas elää pitkään arkielämää eläen samalla prosessissa, joka johtaa ennen pitkää kuolemaan. Vaikka aika hiv-tartunnan saamisen ja kuoleman välillä on pitkä, aids mielletään kohtalokkaaksi sairaudeksi, joka yhtäkkisesti iskee etenkin aktiivisen sosiaalisen elämän keskellä eläviin nuoriin (Seale 1998, 107).

Sairaus järjestää aikaa

Aika esitetään aineistossa toisaalta terveydenhoidon edistäjänä, mutta myös vihollisena. Ajan kuluminen edistää paranemista, sairaus vaatii oman aikansa ennen kuin ihminen voi palata takaisin normaalielämän aikatauluihin. Tuberkuloosipotilaille aika parantolassa ei ole pelkästään negatiivista ”kuoleman odotushuoneessa elämistä, vaan myös iloista sekä levon ja selkeän ajattelun aikaa” (Terveydenhoitolehti 3/1950, 60). Sairautena tuberkuloosi ei ole ”hassumpi, se kysyy aikaa ja kärsivällisyyttä, on pitkäväteinen ja hidas sairaus” (Terveydenhoitolehti 7/1973, 42).

Ajan voi ymmärtää niin, että se on toiminnan eräs aspekti. Ihminen toimii hyvin monin eri tavoin, jolloin aikakin moninaistuu. (Peltonen 1988, 101) Sairautta käsittelevissä teksteissä tämä näkyy siten, että toimijoiden aika on erilaista. Sairaus on ajan suhteen vaativa toimija; sairauden tutkiminen, hoitaminen, sairastaminen ja tervehtyminen vaativat oman aikansa. Potilaiden on sopeuduttava sairauden aikaan, joka on erilaista kuin terveydenhoitohenkilökunnan aika.

Sairaus tuo esimerkiksi muutoksia potilaan päiväjärjestykseen verrattuna terveen ja työkykyisen ihmisen elämään. Tuberkuloosi muuttaa työhön ja lepoon käytettävän ajan välistä rajaa niin, että sairastaminen saattaa täyttää työmiehen ja perheenäidin ajan kokonaan. Parantolassa on omat tiukat aikataulunsa ja kotihoidossa on muistettava ottaa lääkkeet säännöllisin väliajoin. 1960-luvulle asti potilaat joutuivat olemaan tuberkuloosiparantolassa pitkiä aikoja, joskus jopa vuosia. Pitkä aikajakso parantolassa voi tiivistyä kotiin lähdön hetkellä siten, että muutaman tunnin viivytys parantolasta pois pääsyn päivänä tuntuu potilaasta ikuisuudelta (Roth 1963, 31).

Aids-potilaille aika jäsentyy taudin erilaisten vaiheiden kautta, ”taudilla on aaltomainen luonne” (Kotilääkäri 11/1990, 44). Aids esitetään epävarman tulevaisuuden tuottajana. Potilas ei voi suunnitella elämäänsä enää samalla tavalla kuin ennen hiv-positiivisuuden toteamista. Positiivista hiv-positiivisessa elämässä on sen oppiminen, että ”elämä on yksi ja ainutkertainen” (Kotilääkäri 11/1990, 44).

Jos potilaat ovat teksteissä osittain taudin luoman syklisen ajan piirissä, terveydenhoitohenkilökunta edustaa toimimista lineaaris-

sa ajassa. Lääkärin aika on toisenlaista kuin potilaan aika. Lääkärille potilaiden ajan kulumiseen liittyvät huolet ovat vain osa terveydenhoitohenkilökunnan työpäivää (Roth 1963, 31). Lääketieteellinen tutkimus suuntautuu selkeästi tulevaisuuteen asettamalla erilaisia tavoitteita sairauden tutkimuksen ja hoidon suhteen. Menneisyyttä arvioidaan tautilukujen ja saavutusten valossa; paljonko sairastuneita on ollut ja mitä lääketiede on tiettyyn hetkeen mennessä saanut sairauksien tutkimuksessa aikaan. Aidsin kohdalla aika on lääketieteelle vihollinen sikäli, että pitkä aika hiv-positiivisuuden ja aids-vaiheen välillä mahdollistaa viruksen leviämisen. Toisaalta pitkä aika eri sairauksien vaiheiden välillä antaa aikaa lääkekokeiluille, jolloin useammille, lähinnä länsimaisille potilaille, on voitu tarjota tasokkaampaa ja pitempää elämää aidsista huolimatta. Lääketiede käy siis sekä kilpajuoksua että viivytystaistelua ajan kanssa. Yhä tehokkaampia lääkkeitä aidsia ja nykyään myös resistenttiä tuberkuloosia vastaan olisi keksittävä nopeasti. Toisaalta uudet aids-lääkkeet pidentävät potilaiden hyväkuntoista elämää, joten ne samalla antavat aikaa uusille lääkekokeiluille.

Lääketieteen yhtenä pyrkimyksenä on ottaa aikaa haltuun. Se tapahtuu tekemällä lääketieteellisiä tutkimuksia, joihin vaaditaan aikaa erinäisin käytännön ja terveystaloudellisin järjestelyin. Sairausepidemiat, kuten aids-epidemia, voivat ilmaantua yhtäkkiä ja odottamatta ilman, että niihin osattaisiin etukäteen varautua. Sairausepidemian ajallinen mielivaltaisuus pyritään heti muuntamaan ymmärrettäväksi ja osin ennustettavaksi tutkimalla, missä sairautta esiintyy ja millaisiin tautilukuihin on syytä varautua tulevaisuudessa.

HIV-kantajien näennäisesti pienet luvut eivät kerro koko totuutta. Vähättelyn sijasta ponnisteluja on lisättävä. Niiden tulokset näkyvät vasta vuosien kuluttua, lastemme aikuistuuksessa. Kuinka puolustaudumme, jos emme tehneet tarpeeksi, vaikka aavistimme mitä on tulossa? (Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1411)

Ajan kulumiseen viittaaminen on yksi retorinen väline, jolla kirjoittajat suuntaavat lukijan kuvittelemaan millaista on tulevaisuudessa, jos nykyhetkellä ei sairautta vastaan toimita riittävän tehokkaasti.

Yhteenveto

Tämän ensimmäisen sisältöluvun tarkoituksena on ollut tehdä ymmärrettäväksi tuberkuloosista ja aidsista käytyä keskustelua. Suhteutin sitä tilan, rajan ja ajan käsitteisiin. Näille kaikille on sairauden yhteydessä ominaista se, että sairaus on toimijana sekä ”tavallisen” arkipäivän tiloja, rajoja että aikaa muuttava tekijä.

Hoitamisen tilojen suhteen tuberkuloosi ja aids ovat erilaisia sairauksia. Tuberkuloosiin sairastuminen merkitsi usein sitä, että potilas eristettiin muusta yhteiskunnasta sairauden hoitoon tarkoitettuihin tiloihin, tuberkuloosiparantoloihin. Aidsin kohdalla eristäminen on tuberkuloosia korostuneemmin ruumiin tasolla. Hi-viruksen eteneminen pyritään estämään siten, ettei virus pääsisi kulkeutumaan kehosta toiseen. Tähän ei välttämättä tarvita yhteiskunnan aidsin hoitoon tarkoitettuja tiloja, vaan kehon suojaus riittää.

Toin myös esiin, että sairaus rajaa eri tavoin toimintaa ja elämää. Työn tekemisen suhteen tuberkuloosi on potilaalle rajoittava tekijä. Sodanjälkeisten vuosikymmenten tuberkuloositeksteissä esitetään, että potilaat on pyrittävä palauttamaan työelämään, jotta kaikki mahdolliset resurssit saadaan mukaan rakentamaan yhteistä kansakuntaa. Työkyvystä kirjoitettaessa tuberkuloosipotilaiden tilanne suhteutetaan ensisijaisesti yhteisön, ei yksilön, parhaaseen. Aids-teksteissä potilaiden työkyky ei ole keskeisessä asemassa, siitä ei keskustella juuri lainkaan.

Puhtauden ja hygienian suhteen 1960-luvun lopulta ja 1970-luvulta alkaen teksteissä esiintyy yksilö, jonka ohjailun lähde on ”sisäisempi” kuin 1940- ja 1950-lukujen yksilön, joka esitetään ulkoapäin tulevien auktoritatiivisten ohjeiden ja käskyjen tarpeessa olevana tyyppinä (vrt. Riesman 1950, 15–22). Yksilön ei enää esitetä tarvitsevan siinä määrin ulkoapäin tulevaa opastusta oman terveytensä hoidon tavoitteiden asettelussa. ”Sisältäpäin ohjautuva” ihminen on kykenevä ylläpitämään herkkää tasapainoa omien elämän tavoitteiden ja yhteisön vaatimusten välillä (emt., 16). Tutkimissani teksteissä tämä tarkoittaa sitä, että 1970-luvulta lähtien yksilö esitetään hoidon ja ennaltaehkäisyyn suhteen lähinnä autonomisena ja rationaalsiin valintoihin omaehtoisesti kykenevänä toimijana.

Länsimaissa elämän rajautuminen kuolemaan on usein vaiettu aihe. Se ei ole kovin näkyvä osa arkipäivää. Pikemminkin kuin luonnollisena ja "tavalliseen" arkeen nivoutuvana välttämättömyytenä, kuolema tulee esimerkiksi mediassa esiin, kun uutisoidaan henkirikoksista, sodista ja onnettomuuksista. Voi kysyä, miksi myös tuberkuloosia ja aisia käsittelevissä teksteissä kuolema on niin vähän eksplisiittisesti läsnä. Sairauksiin kuolleiden määrien lisäksi kuoleman sosiaalista ja kulttuurista kontekstia ei juuri esitellä. Kehon fyysinen kuolemanprosessi on esillä aids-teksteissä, kun kirjoitetaan sairauden erilaisista vaiheista, mutta kuolema sosiaalisena prosessina jää vähälle huomiolle (Turner 1984, 205). Kuolema on kuitenkin sosiaalinen kategoria, ei vain lääketieteellisesti todettu elämän loppu (emt., 182). Elämää, sen hiipumista ja kuolemaa voi pitää orgaanisina prosesseina, mutta ne ovat sosiaalisessa mielessä myös paljon muuta (Radley 1995, 33).

Lopuksi toin esiin, että sairaus muuttaa etenkin potilaiden aikaa. Nykyisyys ja tulevaisuus jäsentyy toisin kuin ennen. Potilaalle nykyisyyttä jäsentää sairauden kulun, hoidon ja levon vaatima aika, ei niinkään työhön tarvittava aika. Varsinkin tuberkuloosin perusteellinen hoito mahdollistaa yleensä potilaalle terveen tulevaisuuden. Myös terveydenhoitohenkilökunnan ja lääketieteen tutkijoiden aika suuntautuu nykyisyyden lisäksi tulevaisuuteen. Tämä näkyy kielenkäytössä silloin, kun kirjoittajat asettavat tavoitteita esittäen, että nyt on toimittava. Nykyhetken epidemiologinen tilanne suhteutetaan jo saatujen kokemusten ja tiedon avulla tulevaisuuden mahdollisuuksiin (Radley 1995, 138). Tämän hetkinen tehokas lääketieteen ja terveydenhuollon toiminta vaikuttaa tulevaisuuteen myönteisesti vähentäen tulevaisuudessa sairastumista ja potilaiden kärsimyksiä.

3. Kirjoittajien repertuaarit ja positiot

Kirjoittaessaan ihmiset ottavat yleensä huomioon, millaiselle yleisölle he tekstinsä osoittavat. Asiantuntijat esittävät asioita toisilleen omalla kielellään, eivätkä he välttämättä huomioi esityksessään muuta yleisöä. Asiantuntijoiden toisilleen osoittamat tekstit vaikuttavat yhdenmukaisilta ja suoraan asiaan meneviltä, koska lukijan motivoimiseksi tarvitaan vain välttämätön määrä taustatietoja ja johdattelua.

Terveystieteiden lehti ja Suomen Lääkärilehti kirjoittavat molemmat sairauksista asiantuntijan asemassa; tyypillinen kirjoittaja on lääkäri. Siten voisi olettaa, että tekstissä diskurssien tasolla esiintyvä ”sisäistoimija” on aina samanlaisessa positiossa. Tässä luvussa esitettävä analyysi osoittaa, että kirjoittajilla on eri positioita ja repertuaareja. Yhtäältä esiintyy lääketieteeseen liittyvää asiantuntijuutta, toisaalta käytännöllisempää otetta. Miten tämän useiden kirjoittajan asemien esiintymisen voisi ymmärtää? Miksi yksi kirjoittajan positio ei riitä? Onko kyse siitä, ettei lääketiede ole pelkkää biolääketiedettä, joka keskittyy ihmisen kehon biologisiin mekanismeihin? Vai onko kyse siitä, että tutkimani lehdet puhuttelevat eri yleisöjä, jolloin löytyy myös eroja lehtien tavasta motivoida lukijoitaan.

Miten kirjoittajat, jotka ovat suurelta osin lääkäreitä, tuovat esiin toisaalta lääketieteeseen liittyvää, toisaalta käytännöllisempää asiantuntemustaan?²⁸ Millaisia erilaisia repertuaareja eli näkökulmia tekstien kirjoittajilla on? Entä millaisissa positioissa he esiintyvät kirjoittaessaan sairauksista? Yksittäisten tekstien tarkastelussa kysymykseen vastaaminen edellyttää sen tutkimista, onko kirjoittajilla teksteissä

28. Luvussa ei ole keskeistä tuberkuloosin ja aidsin yhtäläisyydet tai erot, vaan pääasia on kahdessa lehdessä esiintyvät puhetaapojen vaihtelut.

useampia kuin yksi positio? Entä onko 'puhdas' luonnontieteeseen pohjautuva lääketieteellinen tapa kirjoittaa sairauksista vallitseva? Tätä voidaan tutkia vertaamalla aineiston erilaisille yleisöille suunnattuja lehtiä keskenään. Näkyykö lehtien yleisöjen välinen ero myös siinä, missä suhteessa erilaisia puhetapoja esiintyy?

Luvun keskeinen käsite on repertuaari²⁹. Repertuaari on näkökulma, joka voi vaihtua tekstin sisällä. Repertuaari kuvaa puhujien asemia yksittäisissä teksteissä niin, että näkökulmaa eli repertuaaria vaihtaessaan kirjoittaja myös positioi itsensä tietyllä tavalla tekstiin. Positiolla en siis tarkoita kirjoittajan pysyvää yhtä roolia tai identiteettiä, vaan eri repertuaareihin liittyvää kirjoittajan asemaa, joita voi olla artikkelissa useampia kuin yksi. Esittelemällä erilaisia positioita repertuaarien kautta on mahdollista ottaa mukaan kirjoittajien tekemät näkökulman ja positioiden vaihdokset yksittäisten tekstien sisällä. Kirjoittaja voi esiintyä esimerkiksi tietäjän positiossa esitellessään sairauden erilaisia hoitomuotoja. Kirjoittajan käyttämä repertuaari ja positio eivät mene yksi yhteen niin, että jokaista repertuaaria vastaisi yksi positio. Kirjoittaja voi olla tietäjän positiossa sekä esiintyessään lääketieteen asiantuntijana että arvioidessaan potilaan psyykkisiä resursseja kohdata sairaus.

Luku on jäsennetty siten, että kuvailen aluksi artikkeleiden luonnetta, lehtien tehtäviä ja yleisöjä sekä esittelen millaisia repertuaareja olen aineistosta erottanut. Sen jälkeen siirryn tarkastelemaan tarkemmin eri repertuaarien esiintymistä aineistossani. Pohdin eri repertuaarien vaihtelua yksittäisten tekstien sisällä ja eroja niiden käytön suhteen eri lehtien välillä. Lisäksi analysoin repertuaarien kietoutumista toisiinsa ja toimijoiden erilaisten positioiden esiintymistä teksteissä. Kiinnostuksen kohteena on tällöin erityisesti se, mikä tehtävä repertuaarien käytöllä kirjoittajien ja lehtien yleisön kannalta on. Luvun lopussa kysyn, käytetäänkö lehdissä repertuaareja eri tavoin. Analyysin kohteena on 60 Suomen Lääkärilehdessä ja 34 Terveystieteiden ja terveydenhoito-lehti/Kotilääkärissä ilmestynyttä artikkelia³⁰.

29. Analyysissäni diskurssi eroaa repertuaarista siinä suhteessa, että diskursseista puhuessani viittaan ensisijaisesti puhetapojen historialliseen muutokseen ja laajoihin diskurssiivisiin muodostelmiin (ks. luku 5).

30. Kotilääkärin artikkeleita analyysissä on neljä kappaletta. Terveystieteiden ja terveydenhoito-lehti ja Kotilääkäri ovat samassa kategoriassa siksi, että ne ovat 'yksi' lehti, nimi ja kustantaja vaihtuivat 1970-luvulla. Muut tekstit, kuten pääkirjoitukset ja lyhyet esittelyt, eivät ole mukana tarkastelussa.

Artikkeleiden rakenne, tuottajat ja merkitys

Aineiston lehtien luonne

Lääketieteelliset artikkelit kirjoitetaan yleensä saman kaavan mukaan. Johdannossa kerrotaan miksi tutkimus on tehty ja mikä on ollut tutkimuksen tavoite. Johdannon jälkeen kuvaillaan tutkimuksen metodia ja tutkimusmateriaalia sekä tutkimuksen tuloksia yksityiskohtaisemmin. Tulokset esitetään usein taulukkomuodossa. Lopuksi vedetään tulokset yhteen ja pohditaan laajemmin niiden terveystieteellistä ja lääketieteellistä merkitystä. (Thorne 1970, 34–39)

Tällainen rakenne on useimmissa tutkimusaineiston artikkeleista, joskaan ei selkeästi kaikissa. Joistakin artikkeleista puuttuvat johtopäätökset, osassa tutkimusmetodia, -materiaalia ja tuloksia käsitellään rinnakkain tai vaihdellen niin, että esimerkiksi tutkimusmateriaali esitellään yhdessä tulosten kanssa. Näin on erityisesti silloin, kun kirjoittajat referoivat toisten tutkijoiden tekemiä tutkimuksia. Tyypillinen lopetus on, että kirjoittaja antaa suosituksia tulevaisuuden terveystieteellisen tai lääketieteellisen tutkimuksen suhteen. Suomen Lääkäri-lehdessä noudatetaan Terveystieteiden lehteä yleisemmin tieteellisen artikkelin rakennetta. Molempien lehtien pääkirjoituksista ja muista teksteistä, kuten tiedotteista ja uutisista, ei löydy edellä kuvattua rakennetta. Kotilääkäri -lehden artikkeleista sitä ei myöskään ole löydettävissä.

Terveystieteiden lehdessä ja Kotilääkäriin tyyli on vähemmän lääketieteellinen kuin Suomen Lääkäri-lehdessä. Tekstit eivät kuitenkaan ole naistenlehtien tapaan viihdyttäviä, vaan niissä on pyritty asiallisuuteen ja informatiivisuuteen (Pelkonen 1989, 1767). Terveystieteiden lehdessä tekstit ovat suurimmaksi osaksi lääkärien kirjoittamia valistushenkisiä kirjoituksia, joissa kerrotaan sairauksien hoidosta ja niiden leviämistä estävistä toimenpiteistä. Joukossa on muutamia potilaiden kirjoittamia puheenvuoroja sekä terveysasiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita (ks. liite 2). Kotilääkäri-lehdessä kirjoittajina eivät enää ole lääkärit itse, vaan heitä haastattelevat lehden toimittajat.

Terveystieteiden lehdessä ilmestyneet tuberkuloosia käsittelevät artikkelit ovat keskimäärin kolmen sivun pituisia, yleistajuisia ja terveys-

valistushenkisiä esityksiä³¹. Taulukoita niissä ei esitetä, numerotieto kerrotaan tekstin sisällä. Useimmissa teksteissä on mukana kuvitusta, joko piirroksia tai valokuvia.

Suomen Lääkärilehden ja Terveystieteiden ja Terveystieteiden ja Kotilääkärin välillä on selkeä ero siinä, miten intertekstuaalisuus niissä ilmenee. Intertekstuaalisuudella tarkoitetaan sitä, että tekstejä määrittävät muiden tekstien elementit (Fairclough 1992, 102). Intertekstuaalisuus tehdään esimerkiksi näkyväksi siten, että kirjoittaja viittaa käyttämiinsä lähteisiin. Tutkimissani teksteissä kirjoittajat viittaavat suomalaisten tutkimusten lisäksi ulkomaisiin tutkimustuloksiin³². Suomen Lääkärilehden artikkeleiden lopussa on yleensä lähdeluettelo, kun taas Terveystieteiden ja Kotilääkärissä lähteitä ei muutamaa poikkeusta lukuunottamatta mainita. Implisiittinen intertekstuaalisuus onkin eksplisiittisen lisäksi yksi tekstien piirre (Fairclough 1992, 104). Kirjoittajat voivat käyttää tekstien pohjana aikaisempia keskusteluita tai lääketieteellisiä tutkimuksia tekemättä sitä tekstissä viittauksen muodossa näkyväksi. Viittaus voi myös olla tieteellisessä mielessä epätäydellinen siten, että kirjoittaja mainitsee tutkimuksen eksplikoimatta tarkkaan, mistä ja kenen tekemästä tutkimuksesta on kyse.

Tuula Laaksovirran (1979) mukaan lääketieteelle on ollut erityisen tyypillistä tieteellisen julkaisutoiminnan keskittyminen aikakausjulkaisuihin. 1960-luvun alussa yli kaksi kolmasosaa kotimaisesta tieteellisestä julkaisumäärästä julkaistiin aikakausjulkaisuissa. Suomen Lääkärilehdessä tämä näkyy siten, että osa 1940–1960 -lukujen artikkeleista on lääketieteellisiä esitelmiä, joissa kirjoittajat esittelevät tutkimustensa tuloksia. Artikkelit ovat keskimäärin kymmenen sivun pituisia. 1970-luvulla aikakausjulkaisujen merkitys lääketieteessä väheni, sen sijaan painetut sarjat ja julkaisut sekä monisteeset lisääntyivät

31. Terveystieteiden ja Terveystieteiden 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alkuvuosikymmenten kirjoittelua ovat tutkineet Mikko Jauho (1997) ja Anssi Halmesvirta (1998).

32. Viittausten tapa ei pysy samanlaisena koko tutkimusjakson ajan. Tämä havainnollistuu kun verrataan Suomen Lääkärilehden kirjoittajien viittauksia ulkomaisiin tutkimuksiin eri vuosikymmeninä. Suomalaisten tutkimusten lisäksi kirjoittajat viittaavat muihin skandinaavisiin tutkimuksiin, sekä amerikkalaisiin, saksalaisiin ja englantilaisiin tutkimustuloksiin. Saksalaiset tutkimukset ovat suosittuja 1960-luvulle asti, mutta niitä ei löydy enää 1980-luvun teksteistä lainkaan. Amerikkalaisiin tutkimuksiin viittaaminen tulee suosituimmaksi ja etenkin aids-teksteissä niihin viitataan usein.

(Laaksovirta 1979, 51). Suomen Lääkärilehdessä muutos ilmenee esitelmien vähenemisenä. Näyttää siltä, että kirjoittajat ovat muokanneet tutkimuksistaan ja esitelmistään lehteä varten artikkeleita. Artikkeleiden pituus lyhenee 1970-luvulla: yli kymmensivuisia tuberkuloosia käsitteleviä kirjoituksia ei enää lehdistä löydy, tekstit ovat noin kuuden, seitsemän sivun pituisia. Suomen Lääkärilehden artikkeleita havainnollistavat usein taulukot, harvemmin kuvat. Suomen Lääkärilehden tekstit puhuttelevat siis lähinnä terveydenhoitoalan ammattilaisia. Osa teksteistä on kohdennettu myös maallikkolukijlle, jolle kirjoituksen sanoma välittyy myös siten, että esimerkiksi sanomalehtien toimittajat lukevat Suomen Lääkärilehteä ja käyttävät sitä kirjoitustensa lähdemateriaalina (Suomen Lääkärilehti 9/1966, 751). Näin Suomen Lääkärilehdessä esitetyt tutkimustulokset pääsevät leviämään terveydenhuollon piiriin ulkopuolelle ja lehti toimii maallikkoyleisön terveysvalistajana.

Molempien tutkimusaineistoon kuuluvien lehtien tekstien tuottajat ovat suurelta osin terveydenhuollon ammattilaisia, lähinnä lääkäreitä ja tutkijoita. Kirjoittajien ammattiasema on usein mainittu teksteissä, mutta osa lähinnä lyhyistä tiedotusluonteisista teksteistä on nimettömiä tai nimimerkillä varustettuja³³.

Yleisönä tavalliset kansalaiset ja terveydenhuollon ammattilaiset

Tarkasteleman lehdet on suunnattu erilaisille yleisöille. Suomen Lääkärilehti on ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisten, lähinnä lääkäreiden, ammattilehti. Terveydenhoitolehti on selvästi tarkoitettu suurelle yleisölle:

33. Suurin osa tuberkuloosi-artikkeleiden kirjoittajista on miehiä, aids-artikkeleiden kirjoittajissa on suunnilleen yhtä paljon miehiä ja naisia. Mukana aineistossa on kaksi Terveydenhoitolehdessä ilmestynyttä potilaan kirjoittamaa puheenvuoroa. Lisäksi potilaita on haastateltu tai lainattu muutamissa teksteissä. Kotilääkärin aids-artikkelit ovat lehden omien toimittajien kirjoittamia, eikä kirjoittajien mahdollinen terveydenhoitoalan koulutus tule teksteissä ilmi. Näiden seikkojen huomioimisella ei ole suurta merkitystä analyysin teon suhteen. On kuitenkin huomionarvoista, onko esimerkiksi omien kokemusten ja tunteiden esittäjänä potilas vai lääkäri.

Terveydenhoitolehti toivoo, että se saisi olla kaikkien kotien terveydenhoidollisena valistajana ja että se joutuisi yhä useamman suomalaisen käsiin. Koettaessaan kehittää itseään entistä monipuolisemmaksi se uskoo, että se voi tyydyttää yhä laajemman lukijapiirin vaatimukset. Ennen kaikkea Terveydenhoitolehti toivoo, että sitä lukeneet todella ottaisivat vaarin saamistaan ohjeista, sillä vasta silloin sen tarkoituksena on saavutettu ja sen kirjoitukset ja ohjeet koituvat siunaukseksi koko maalle ja kansalle. (Terveydenhoitolehti 1/1948, 3)

Lehden tehtävä on toimia kansan terveysvalistajana. Toimiessaan lehden ohjeiden mukaisesti lukijat palvelevat ”siunaten” koko Suomen kansaa. Lehden tärkein kohderyhmä oli 1800-luvun lopulla kansakoulunopettajat (Rajaniemi 1988, 93), joiden katsottiin voivan ”suuressa määrin hyödyttää ja vaikuttaa laeihin piireihin” (Terveydenhoitolehti 1/1889, 2). Nykyisin lehti tarjoaa tietoa suoraan sitä tarvitseville, tavallisille lukijoille.

Terveydenhoitolehti seuraa koululääketieteen linjaa, mutta se on samalla myös kriittinen lehti (Rajaniemi 1988). Lehden lukijoiden tulee toimia terveysvalistusohjeiden mukaisesti, mutta jos terveys pettää, on turha kuvitella ruumiin olevan kuin kone, joka saadaan hetkessä lääketieteen keinoin kuntoon. Lehden viimeisen numeron pääkirjoituksessa lainataan presidentti Kekkonen sanoja:

Kiireestä on tosiaan tullut 20. vuosisadan ihmiselle painajainen, joka ajaa häntä yhä vaativampiin suorituksiin monesti terveyden kustannuksella. Ei ihminen ole mikään kone, joka sammuttuaan saadaan nopeasti jälleen kuntoon, toisin sanoen: ei ole vielä keksitty ihmelääkettä – ja tuskin keksitäänkään –, joka tuossa tuokiossa palauttaisi ihmiselle normaalin työkuoron, jos voimat pettävät. Monet ovat menettäneet terveytensä lopuiäkseen unohdettuaan vaalia terveyttään. (Terveydenhoitolehti 10/1975, 5)

Kritiikki kohdistuu tässä kiireeseen ja myös suorittaviin yksilöihin, jotka eivät ole muistaneet vaalia terveyttään ja harrastaa terveellisiä elämäntapoja. Terveydenhoitolehti ei enää 1970-luvulla ilmaise

suuntaavansa viestiään koko Suomen kansalle. Myöskään uskonnollissävyyisiä viittauksia ei enää käytetä.

Kun lehden nimi muuttuu vuonna 1975 Kotilääkäriksi, on sen pyrkimyksenä edelleen tavoittaa lukijoita, jotka ovat lääketieteen kanalta maallikkoja.

Me tuomme nyt lääkärin potilaan luo. Lehtemme, tämä Kotilääkäri, tulee luoksenne kerran kuukaudessa tuomaan tärkeää tietoa omasta terveydestänne. (..) Me täällä Kotilääkäriin toimituksessa pyrimme nyt kertomaan kaikista hyvistä, oikeista, tepsivistä keinoista, joilla terveys säilytetään tai sairaus voitetaan. (Kotilääkäri 11/1975, 5)

Lehden tehtävänä on edelleen välittää ohjeita, miten pysytään terveinä tai hoidetaan sairauksia. Kun terveysvalistuksen kohde on yksilö, suuntaa kirjoittaja sanansa suoraan lukijoille; lehti tulee suoraan lukijan luokse, kuten lääkärikin kotikäynnillään tekee.

Suomen Lääkärilehti lähetetään lääkäriliiton jäsenille jäsenetuna. Lehden lukijakunnan rakenne onkin sen mukainen: 69% lehden lukijoista on lääkäreitä, lääketieteen opiskelijoita on 16% ja 3% lukijoista on muita terveydenhuollon ammattilaisia, kuten sairaanhoitajia. 12% on lehden muita tilaajia ja vapaakappaleiden saajia. (Suomen Lääkärilehti 1996) 1960-luvulla Suomen Lääkärilehdessä todetaan, että ”lehden kirjoittajat kuuluvat pääasiassa lehden omaan lukijakuntaan, siis Suomen Lääkäriliiton jäsenistöön” (Suomen Lääkärilehti 9/1966, 750). Lääkärikirjoittajat siis valistavat kollegoitaan. Lääketiede on niin eriytynyttä ja nopeasti muuttuvaa, että käytännön työssä tarvittavaa uutta lääketieteellistä tietoa on syytä levittää tehokkaasti terveydenhuollon henkilöstölle.

Lukijoita löytyy kuitenkin muualtakin:

Viime aikojen ilmiöihin kuuluu, että muutkin kuin Suomen Lääkäriliiton jäsenet ovat yhä enemmän ryhtyneet seuraamaan lehteämme. Osoituksena siitä ovat mm. päivä- ja aikakauslehdissä silloin tällöin julkaistut lainaukset. (Suomen Lääkärilehti 9/1966, 751)

Toimittajat lukevat Suomen Lääkärilehteä ja käyttävät lehden tietoja kirjoitustensa lähdemateriaalina. Suomen Lääkärilehdellä on näin tavallaan epäsuorasti laajemman yleisön valistustehtävä.

Tutkimusaineiston lehdet eroavat siis yleisön suhteen toisistaan. Terveystieteiden lehdet ja Kotilääkärin yleisönä ovat Suomen kansalaiset, 1940- ja 1950-luvulla etenkin perheenäidit ja kansakoulujen opettajat. Lehti on eräänlainen arkijärjen edustaja; maallikot voivat sitä lukiessaan saada asiantuntijoilta tietoa siitä, miten sairauksien kanssa tulee menetellä. Suomen Lääkärilehden pääasiallinen yleisö koostuu lääkäreistä, opiskelijoista ja terveydenhuollon ammattilaisista. Se edustaa asiantuntijoille suunnattua lähestymistapaa sairauksien hoitoon ja tutkimukseen.

Näkykö lehtien yleisöjen välinen ero siinä, miten sairauksista kirjoitetaan ja millaisia positiotoita toimijoille teksteissä rakennetaan? Pyrin vastaamaan tähän kysymykseen seuraavaksi.

Repertuaarien esiintyminen aineistossa

Tutkiakseni, miten lehtien erilainen luonne vaikuttaa teksteissä konstruointiin toimijan asemiin, erotan aineistossa erilaisia tapoja puhua sairaudesta ja sen tutkimuksesta ja hoidosta. Voidaan nimittäin olettaa, että erilaiset puhutavat tuottavat erilaisia asemia.

Aineistosta erottamani repertuaarit ovat lähellä Anssi Peräkylän (1990) tarkastelemissa kehyksissä. Hän on tutkinut erilaisten kehysten käyttöä sairaalassa tapahtuvassa työssä ja vuorovaikutuksessa. Kehys on Erwing Goffmanin kehittämä käsite. Goffmanin mukaan kehysten käyttö ja esimerkiksi niiden vaihtaminen on jokaisen kulttuurin jäsenen hallitsema arkinen taito. Peräkylä erottaa kuolevan potilaan hoidossa neljä kehystä: käytännöllisen, lääketieteellisen, psykologisen ja maallikkokehysten. Peräkylä nimittää hoidossa esiintyvää toivoa ylläpitävää interaktiota moraalityöksi, joka on erityinen käytännön työn muoto. Moraalityössä on kysymys ensinnäkin lääketieteellisen kehysten sisäisen moraalien ylläpidosta. Toiseksi moraalityössä lääketieteellisen kehysten sisäinen moraalitieteen liitetään yhteiskunnassa laajemmin vallitseviin moraalisiin periaatteisiin. Moraalityö liittyy muihinkin

kehyksiin, jolloin kehykset ovat kerrostuneina toistensa päälle. Moraalityö voi olla 'istutettuna' psykologisessa kehyksessä, jota taas vuorostaan voidaan käyttää lääketieteellisen kehyksen sisällä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. (Peräkylä 1990, 22, 76–77, 90)

Erotan aineistosta osittain samat kehykset kuin Peräkylä tutkimuksessaan, mutta käytän tekstien analyysiin paremmin soveltuvaa repertuaarin käsitettä. Lisäksi erotan viidennen repertuaarin, joka on tavoitteisiin liittyvä tapa tarkastella sairauksia, niiden hoitoa ja tutkimusta. Nimitän edellä mainittua tavoitteelliseksi repertuaariksi. Moraalityöstä en puhu, koska se mielestäni sopii paremmin kasvokkaisen vuorovaikutuksen tutkimukseen. Sen sijaan tavoitteellisessa repertuaarissa on osittain kyse samasta asiasta. Kun esitetään tulevaisuuden toiminnan suhteen tavoitteita, ylläpidetään myös toivoa paremmasta tulevaisuudesta sairauksien voittamisen suhteen.

Repertuaarien erottamisen kriteerinä on näkökulman vaihdos artikkelin sisällä, eri kappaleiden tai lauseiden välillä. Esimerkiksi kirjoittaja voi ensin viitattuaan potilaan sairautta kohtaan tuntemiin pelkoihin siirtyä selvittämään, mitä käytännön hoitotoimenpiteitä lääkäri voi tilanteessa soveltaa. Repertuaarit voivat myös olla sisäkkäisiä, toistensa sisään 'istutettuja'. Kirjoittaja voi kuvailla samassa lauseessa tai kappaleessa sekä potilaan pelkoja että maallikon suhtautumista sairauteen selittäen jokaisen tuntevan vastaavassa tilanteessa samoin.

Tavoitteellisen repertuaarin lisäksi erotan neljä muuta repertuaaria. Lääketieteellinen repertuaari on käytössä yksittäisen sairauden tai sairausepidemian esiintymisen kuvauksessa. Kirjoittaja on lääketieteellisessä repertuaarissa tietävän ja toimivan subjektin positiossa. Potilas näyttäytyy lääketieteellisen tiedon ja hoitotoimenpiteiden ruumiillisena kohteena. Kolmas tapa puhua sairaudesta ja sen hoidosta on käytännöllinen. Käytännöllistä repertuaaria käyttäessään kirjoittaja esittää, miten sairautta hoidetaan tai tutkitaan käytännössä. Terveystieteiden ammattilainen on tässä repertuaarissa toimivan subjektin positiossa. Potilas vastaavasti on hoitotoimenpiteiden kohde. Neljänneksi kirjoittaja käyttää psykologista repertuaaria silloin kun hän ymmärtää muita ja esittää tunteiden olevan osa sairausprosessia tai sen hoitoa. Psykologinen lähestymistapa on osa terveystieteiden ammattilaisen ammattitaitoa; se on kykyä tuntea ja osata ohjata ter-

veydenhuollon ammattilaisen ja potilaan tunnereaktioita. Psykologista repertuaaria kauemmas lääketieteellisestä tarkastelutavasta asettuu maallikkorepertuaari. Silloin kun kirjoittaja asettuu maallikon asemaan, hän tuo esiin oman suhtautumisensa sairauteen eli sen, kuinka sairaus maallikkona ilman lääketieteellistä tietämystä ymmärretään ja koetaan. (Peräkylä 1990, 23)

Esittelen ja erittelen seuraavassa, miten nämä repertuaarit esiintyvät aineistossa, ja millaisia toimijan asemia³⁴ ne tuottavat.

Tavoitteellinen repertuaari

Kun kirjoittajat esittävät artikkeleissa tavoitteita sairauden tutkimuksen ja hoidon suhteen, he ehdottavat, mitä tällä hetkellä ja tulevaisuudessa tulisi tehdä, jotta epidemiologinen tilanne pysyisi hallinnassa. Tavoitteita esitetään sekä konditionaali-muodossa että suorina käskyinä: olisi hyvä toimia tietyllä tavalla tai on toimittava kirjoittajan ehdotuksen mukaisesti. Potilaan tulisi esimerkiksi pidättäytyä yskimästä vasten toisen ihmisen kasvoja tai olla sylkemättä lattialle. Tavoite voidaan esittää myös toivomuksen muodossa, jolloin kirjoittaja saattaa toivoa sairaustilanteen olevan tulevaisuudessa valoisampi. Tavoitteellista repertuaaria käyttäessään toimija on tietäjän asemassa. Kirjoittaja tietää, miten toimitaan sairauden suhteen. Hän myös osaa ennustaa sairausepidemiaa koskevat tulevaisuuden näkymät. Ne ovat yleensä myönteisiä, mikäli muut toimijat ottavat toiminnassaan huomioon kirjoittajan ehdottaman toimintatavan.

Tavoitteet esitetään tuberkuloosia tai aidsia käsittelevissä teksteissä yleensä heti tekstin alussa, johdannossa tai ingressissä. Niitä tuodaan esiin myös aivan tekstin lopussa, kirjoittajan kiteyttäessä tuloksensa ja ajatuksensa suuntautumalla tulevaisuuteen. Tavoitteet ovat

34. Peräkylä (1990, 23–35) käyttää toimijan aseman sijasta identiteetin käsitettä. Toimijoiden identiteetit vaihtelevat eri kehysten mukaan; kukin kehys nostaa toimijoista esiin erilaisia asioita. Esimerkiksi hoitohenkilökunta esittää itsestään kaksi vaihtoehtoista minää: tunteellisen ja potilasta lähelle tulevan minän sekä viileämmän ja etäisen minän. Maallikkokehyksen piirissä tunteellinen ja lähelle tuleva minä on vallitseva. Käytännöllisessä ja lääketieteellisessä kehyksessä vastaavasti korostuu viileä ja asioihin etäisesti suhtautuva minä.

luonteeltaan normatiivisia. Ne sisältävät toimintaan kehottavan elementin. Meidän on toimittava esitetyllä tavalla, jotta lääketiede ja terveysvalistus onnistuisivat tehtävässään.

Tavoitteet teksteissä kertovat myös lehtien tehtävistä. Terveydenhoitolehti/Kotilääkäri on suomalaisten terveysvalistaja. Lehden tehtävänä on näyttää suuntaviivoja terveelliselle elämälle: ”terveydellä on henkilökohtainen merkitys ja arvo jokaiselle ihmiselle” (Terveydenhoitolehti 4/1961, 158). Näin ollen ”tuberkuloosin ehkäisemiseksi on välttämätöntä noudattaa terveellisten elintapojen vaatimuksia. Näitä ovat henkilökohtainen puhtaus, puhdas asunto ja terveellinen ravinto” (Terveydenhoitolehti 4/1961, 158). Tekstissä tarjotaan terveellisen elämän peruseriaatteet, jotka yksin eivät kuitenkaan riitä. Tavoitteet ovat toteutettavissa muiden repertuaarien tarjoamien yksityiskohtaisempien tietojen ja ohjeiden avulla.

1940- ja 1950-luvun Terveydenhoitolehdestä tavoitteellisen repertuaarin käytöllä tuotetaan jokaiselle kansalaiselle tuberkuloosin tarkkailemisen suhteen aktiivisen ja velvollisuudentuntoisen toimijan positio. ”Jokaisen velvollisuus on tarkata terveystään ja omaistensa terveyttä, ja jos lieviäkin keuhkotuberkuloosiin viittaavia oireita ilmenee, on heti mentävä lääkärintarkastukseen” (Terveydenhoitolehti 2/1947, 47). Tuberkuloosin hoitoa ja leviämisen ehkäisyä koskevat tavoitteet koskevat kaikkia, ei pelkästään joidenkin rajattujen ryhmien jäseniä. Tuberkuloosin vastainen taistelu on kansan yhteinen projekti ja lehden kirjoittajat pyrkivät motivoimaan tavallisia kansalaisia mukaan yhteiseen, taudin vastaiseen toimintaan.

1960-luvulla velvollisuudet siirtyvät yksilölle, jolloin ”on omassa vallassa, haluaako parantua” (Terveydenhoitolehti 7/1973, 42). Tavoitteellisuus hoidon suhteen on ensisijaisesti yksilön asia. Hän voi itse päättää noudattaako annettuja ohjeita tuberkuloosin hoidossa vai ei: ”hoidon onnistuminen riippuu mitä suurimmassa määrin ihmisestä itsestään” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48). Potilas ei kuitenkaan aina kykene auttamaan itseään. Esimerkiksi jos alkoholin käyttö on tervehtymisen esteenä, pyritään ongelma ratkaisemaan niin, että ”alkoholisti-tuberkuloosikroonikoille tehdään heti hänen parantolaan joutuessaan selväksi, että alkoholin käyttö on ehdottomasti kiellettyä ja sellaisen ilmetessä potilas poistetaan parantolasta” (Terveydenhoito-

lehti 2/1969, 48). Liikaa alkoholia käyttävä tuberkuloosi-potilas on toisenlaisessa positiossa kuin raitis potilas. Liiallinen alkoholin käyttö on merkki siitä, että potilas ei kykene parantumaan omin voimin, vaan hän tarvitsee hoidon tueksi parantolahenkilökunnan asettaman ehdottoman tavoitteen – täydellisen alkoholin käytön kiellon.

Suomen Lääkärilehti kertoo uusimmat lääketieteen saavutukset ja tulevaisuuden pyrkimykset, jotka käytännön lääkärin oletetaan ottavan työssään huomioon. Lääkärin on oltava ammattitaitoinen ja ”tiedettävä mitä tehdä, kun potilaalla todetaan HIV sekä (..) osattava perusasiat tästä kroonisesta virusinfektiosta, sillä ennemmin tai myöhemmin hänellä on edessään ensimmäinen HIV-potilaansa” (Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1465). Suomen Lääkärilehti opastaa ja neuvoo lääkäreitä toimimaan niin, että terveydenhuollon ammattilaiset kykenevät saavuttamaan työssä tarvittavan tietäjän aseman. Tavoitteellisen repertuaarin tehtävänä on luoda työssä tarvittava johtoajatus ja arvo-perusta, jotka ohjaavat käytännön työtä.

Lääketieteellinen repertuaari

Lääketieteellistä repertuaaria käyttäessään kirjoittajat kuvailevat sairauksiin liittyviä oireita ja vaiheita sekä esittävät, miten lääketieteen ja sairauden hoitamisen näkökulmista sairauteen tulee suhtautua. Kirjoittaja on lääketieteellistä repertuaaria käyttäessään tietäjän positiossa, hän esittää, mistä sairaudessa on lääketieteellisessä mielessä kyse. Kirjoittaja selvittää esimerkiksi sairauden eri vaiheita ja niihin kuuluvia oireita. Myös erilaiset kategorisoinnit, kuten riskiryhmistä puhuminen, on osa lääketieteellistä repertuaaria. Potilas näyttäytyy lääketieteellisessä repertuaarissa tutkimuksen ja hoidon kohteena.

Lääketieteellistä repertuaaria käytetään kaikissa artikkeleiden osissa, mutta erityisen korostunutta sen käyttö on artikkelin keski-paikkeilla, mikäli kyseessä on jonkin tutkimuksen esittely. Silloin esitellään tutkimuksen menetelmiä ja aineistoa. Viimeksi mainittuun voidaan mennä suoraankin puhumatta menetelmistä mitään. Tällöin menetelmien oletetaan olevan itsestäänselviä useimmille Suomen Lääkärilehden lukijoille. Terveydenhoitolehdessä ja Kotilääkärissä, jotka

on suunnattu lähinnä maallikoille, ei tutkimusmenetelmiä yleensä esitellä. Tutkimuksen tulokset seuraavat usein menetelmien ja aineiston esittelyä, ja niistä kerrottaessa käytetään myös lääketieteellistä repertuaaria. Artikkelin johdannossa ja pohdinnassa lääketieteellinen repertuaari on myös käytössä, mutta näissä osissa näkökulmien vaihdoksia tapahtuu enemmän eikä lääketieteellistä repertuaaria välttämättä käytetä.

Seuraavassa esimerkissä kirjoittaja on tietävän toimijan positiossa. Hänellä on tietoa ja taitoa tutkia sekä kertoa, mistä sairauksissa on kyse.

Pneumocystis carinii -pneumonia (PCP) esiintyy 73 prosentilla AIDS-potilaista ja sen hallitseva oire on kuiva ärsytysyskä, joka vähitellen johtaa vaikeaan dyspneaan. Röntgenologisesti nähdään bilateraalit, atyyppisen pneumoniaan sopivat muutokset, jotka kuitenkin laahaavat yksi – kaksi viikkoa jäljessä. Parhaiten diagnoosiin päästään keuhkobiopsialla, joka on tehtävä mahdollisimman varhain, sillä kuolleisuus tautiin on hoitamattomana 100 prosenttia ja hoidettujenkin potilaiden keskimääräinen elinikä taudin toteamisen jälkeen on vain 6,4 kk³⁵. (Suomen Lääkärilehti 15/1983, 1419)

Potilasta tutkitaan ja hänet asetetaan erilaisiin kategorioihin. Tunteista tai kokemuksista, joita sairauteen tai tutkimuksiin voi liittyä, ei puhuta. Kategoria voi olla jokin riskiryhmä tai potilasryhmä, kuten edellisessä esimerkissä. Potilas on lääketieteellistä repertuaaria käytetäessä kohteen asemassa. Tavallaan lääkäritkin ovat samassa positiossa tässä repertuaarista, sillä kirjoittajat esittävät lääketieteellisen toiminnan yleensä passiivimuodossa: ”diagnoosiin päästään” ja ”röntgenologisesti nähdään”. Ero on kuitenkin siinä, että potilaat ovat toiminnan kohteita, lääkärit sitä vastoin ovat osa lääketieteen kenttää, joka

35. Lääketieteellisen ammattisanaston esipuheessa todetaan, että lääketieteelle on ominaista laaja ammatillinen sanavarasto. Lääkäriin ja lääketieteen opiskelijan tulee hallita noin 2000 ammattisanaston latinan ja kreikan kieliin perustuvaa ilmaisuja. Esimerkin termit voi ammattisanaston mukaan suomentaa seuraavasti: pneumonia = keuhkokuume, dyspnea = hengenahdistus, bilateraalit = molemminpuoliset, atyyppinen = poikkeava, biopsia = koepalan otto. (Hervonen & Nienstedt 1992)

toimii ja tutkii. Lääkäreistä ja tutkijoista ei yleensä puhuta aktiivimuodossa, jos kirjoituksessa ei ole erityistä syytä korostaa toimijaa erikseen. Kyseessä on yleisesti kuvattu lääketieteellinen toimintatapa.

Lääketieteellinen repertuaari tiivistyy myös sairausepidemian kuvauksissa. Tuberkuloosin ja aidsin levinneisyyttä eri väestöryhmiin kuvataan erilaisin keinoin. Sairastuneiden ja sairauksiin menehtyneiden määriä esitellään taulukoissa ja tekstiosuuksissa numeroiden avulla. Suomen Lääkärilehdessä numerot on teksteissä esiintymisen lisäksi yleensä esitetty myös taulukkomuodossa. Suomen Lääkärilehdessä numerot ovat eksaktimmassa muodossa kuin Terveydenhoitolehdessä ja Kotilääkärissä. Viimeksi mainitun lehden artikkeleissa ei ole yhdessäkään käytetty numeroita sisältäviä taulukoita. Ehkä hieman yksinkertaistetusti voi sanoa, että Suomen Lääkärilehdessä numeroiden ja taulukoiden käyttö on osa lääketiedettä ja sen esitystapaa, tieteen validisuuteen liittyvää asiantuntijalukijan vakuuttelua. Terveydenhoitolehdessä ja Kotilääkärissä numerot ovat selvemmin osa maallikkolukijan vakuuttelua.

Numeroiden avulla kerrotaan epidemiologinen tilanne ja mahdolliset arviot epidemian kehittymisestä. Numeroita käytetään myös silloin kun potilaiden määrä on pieni. Tilanne nähdään yhtä vakavana ja toimenpiteitä vaativana kuin potilasmäärän ollessa suuri.

HIV-kantajien näennäisesti pienet luvut eivät kerro koko totuutta. Vähättelyn sijasta ponnisteluja on lisättävä. Niiden tulokset näkyvät vasta vuosien kuluttua, lastemme aikuistuessa. Kuinka puolustaudumme, jos emme tehneet tarpeeksi, vaikka aavistimme mitä on tulossa? (Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1411)

Hiv-positiivisten pieni määrä ei tarkoita, että ongelma olisi pieni. Totuus on numeroita syvemmällä ja kirjoittajan vaatimus suuremmista ponnisteluista taudin hillitsemiseksi perustellaan tulevaisuuden uhkakuvalla; lapsemme joutuvat kärsimään vähättelyn seurauksista, jos sairauden kukistamiseksi ei tehdä tarpeeksi (Potter ym. 1991, Juhila 1996, 144). Näin sairausepidemian määrälliset kuvaukset kietoutuvat tavoitteelliseen repertuaariin kirjoittajan motivoituneissa luki-

jaa toimimaan mahdollisimman tehokkaasti sairauden vastaisen toiminnan lisäämiseksi.

Voi kysyä, miksi tuberkuloosin yhteydessä vedotaan taudin määrälliseen levinneisyyteen ja siten sen vakavuuteen yhteiskunnan kannalta. Aidsin kohdalla sairastuneita on määrällisesti vähän, mutta laadullisessa mielessä sairaus on vakava. Perelman (1996, 118) toteaa, että siirtymät määrällisistä eroista laadullisiin vaativat aina jonkinlaisen päätöksen. Tuberkuloosi on määrällisen levinneisyytensä vuoksi ollut itsestäänselvästi vakavasti otettu kansakunnan uhka. Aidsiin sairastuneita on Suomessa vähän, mutta siitä huolimatta aids on ollut vilkkaan kirjoittelun kohteena. Aidsin laaja levinneisyys on potentiaalinen mahdollisuus, joka voi toteutua, mikäli tartuntataudin leviämisen estämiseksi ei toimita riittävän tehokkaasti. Siksi kirjoittajat eivät vetoa ensisijaisesti aidsiin sairastuneiden määrään, vaan potentiaaliseen tulevaisuuden uhkakuvaan ja nykyhetken toimijoiden vastuuntuntoon.

Epidemian kuvauksen lisäksi lääketieteellistä repertuaaria käytetään, kun kirjoittajat esittävät kuvauksia potilaiden taudista. Kun kirjoittaja esittää yksityiskohtaisia potilaskuvauksia, yksittäisistä potilaista, hän kertoo potilaan tarinan tapausselostuksen muodossa.³⁶ Siinä kuvataan potilaan sairauden laatu ja kulku, sekä tehdyt lääketieteelliset hoidot ja tutkimukset. Seuraavassa esimerkissä kerrotaan tapaus miehestä, jonka todetaan sairastavan tuberkuloosia. Artikkelissa tapausselostusta havainnollistaa röntgenkuva miehen keuhkoista.

Mies, synt. 1923. Tub. pulm. amb. Tub. ren. Alcoholismus chron. 1945 todettu keuhkotuberkuloosi, myöhemmin parantolassa tämän taudin takia. PK 1971: Vanhoja arpia. Akuutin hematurian takia hakeutunut kuumeisena sairaalaan päiv. poliklinikalle syksyllä 1973 jossa todettiin munuaistuberkuloosi.

36. Yksityiskohtaisia tapausselostuksia ei tutkimusaineiston artikkeleissa ole paljon. Niitä löytyy esimerkiksi tuberkuloosia käsittelevistä Suomen Lääkärilehden kolmesta artikkelista (Suomen Lääkärilehti 16/1949, 469–475, Suomen Lääkärilehti 3/1953, 93–103, Suomen Lääkärilehti 12/1975, 968–971). Yksittäistä potilastapausta yleisempi tapa on puhua tapauksista joukkona, esimerkiksi koko tutkimusaineiston käsittävällä tasolla: ”Aids-pelon laukaiseet tekijät pystyttiin luokittelemaan 25 tapauksessa 28:sta” (Suomen Lääkärilehti 18/1992, 1755–1759).

Thorax-kuvassa laajat muutokset.³⁷ (Suomen Lääkärilehti 12/1975, 971)

Tapausselostus kuvaa kroonisesta alkoholismista, munuais- ja keuhkotuberkuloosista kärsivää keski-ikäistä miestä. Sitä, kuka on hoitanut ja tutkinut potilasta, ei mainita. Toiminta on tapahtunut parantolassa ja sairaalassa, mutta niitä ei tarkemmin nimetä eikä taudin toteajia mainita.

Lääketieteellisessä repertuaarissa potilaiden tapaukset esitetään ikään kuin potilaan sairaus ja sen lääketieteellinen hoito olisivat tapahtumien kertojia (Hunter 1991). Potilas, edellisessä esimerkissä vuonna 1923 syntynyt mies, on tapauksessa läsnä. Hän ei ole tunteva tai tietävä subjekti, vaan lääketieteellisen toiminnan kohde. Kathryn Hunter (1991) huomauttaa, että jos potilas lukee omaa potilaskertomustaan³⁸ tai hoidosta tehtyä yhteenvetoa eli epikriisiä, hän saattaa todeta: ”Tämä en ole minä”. Tapauksen esittämisessä korostuu viileys ja objektiivisuus eikä hoidon ja sairauden merkitystä potilaalle selvitetä. Maallikon näkökulma ei tule tapausselostuksessa esiin. Potilaan sairaus ja sen hoito kerrotaan tieteellisen tarinan muodossa; epikriisi onkin organisoitu ja kerrottu osittain sitä silmällä pitäen, että se voidaan julkaista lääketieteellisessä lehdessä. (emt., 89–93) Epikriisin ja potilaskertomuksen ensisijainen tehtävä on toimia tiedon välittäjänä. Niitä lukemalla potilasta hoitavat lääkärit ja hoitajat saavat toiminnassaan tarvitsemaansa informaatiota.

37. Hematuria = virtsan verisyys. Tub.pulm. = keuhkotuberkuloosi. Amb. = molemmat. Tub.ren. = munuaistuberkuloosi. Thorax = rintakehä. (Hervonen & Nienstedt 1992)

38. Potilaskertomus (medical chart) ja epikriisi (case report) erovat toisistaan muun muassa yksityiskohtaisuutensa suhteen. Potilaskertomus on täynnä yksityiskohtia potilaan sairaudesta ja sen lääketieteellisestä hoidosta. Epikriisi on kirjoitettu tapauksen ratkaisemisen jälkeen ja sen vuoksi siinä ei ole tarpeen tuoda enää esiin ”ei-vielä-järjestyneitä” yksityiskohtia. Epikriisi muistuttaa muodoltaan enemmän kertomusta kuin potilaskertomus. (Hunter 1991, 99)

Käytännöllinen repertuaari

Käytännöllistä repertuaaria käyttäessään kirjoittaja antaa ohjeita sairauden hoitamiseksi tai kertoo, miten jokin lääketieteellinen tutkimus on suoritettu. Kirjoittaja voi kertoa, mitä lääkkeitä potilaalle voi antaa tai millaisia tutkimuksia potilaalle on syytä tehdä. Käytännölliseen repertuaariin kietoutuu etenkin Suomen Lääkärilehdessä usein lääketieteellisen repertuaarin käyttö. Esimerkiksi kirjoittaja tuo esiin lääketieteen viimeisimmät sairautta koskevat tutkimustulokset ja tämän jälkeen kertoo, mitä ne merkitsevät potilasta koskevan käytännön tutkimuksen ja hoidon kannalta:

Laboratoriodiagnostiikassa suosittelemme noudatettavaksi seuraavia suuntaviivoja:

- Ensivaiheen laboratoriotutkimuksiin tulee sisältyä ainakin lasko, täydellinen verenk kuva, kardiopliini ja ihokokeena Mantoux alkaen 2 TU:lla. (..)
- Muut laboratorio- ja röntgentutkimukset tehdään potilaan oireiden mukaisesti pyrkien mahdollisimman tarkkaan infektioiden sekä tunnettujen oppurtunistisiin infektioihin altistavien sairauksien (leukemiat, lymfoomat) diagnosointiin. (..) (Suomen Lääkärilehti 26/1983, 2249)

Suositukses, miten ”aids-epäilynä tutkittavien potilaiden” (Suomen Lääkärilehti 26/1983, 2249) tutkimukset tulisi suorittaa, ovat osoitettu lääkäreille. Suomen Lääkärilehden kirjoittajat esiintyvät tietäjän positiossa ja jakavat tietämystään käytännön työtä tekeville lääkäreille.

Missä suhteessa Suomen Lääkärilehti ja Terveidenhoitolehti/Kotilääkäri eroavat toisistaan sairauden hoidon kuvailemisen suhteen? Ero löytyy käytännön hoitoon liittyvien ohjeiden esittämistavasta. Suomen Lääkärilehden ohjees ovat yksityiskohtaisia kuvauksia siitä, miten ja millaisina annoksina jotain lääkeainetta potilaalle annetaan: ”käytännössä suositellaan suurinta annosta, mikä ei aiheuta sivuvaikutuksia (yleensä 300–400 mg/vrk) 1–3 annoksena päivässä” (Suomen Lääkärilehti 22/1964, 1636). Lehden yleisön, lähinnä lääkärei-

den ja hoitajien, tulee tietää tarkkaan millaisia määriä lääkeainetta on aiheellista potilaalle antaa. Terveystieteiden ja Kotilääkäriä puhutaan lääkkeiden ottamisesta ilman, että kuvailtaisiin tarkkoja annosmääriä. Maallikolle riittää tieto siitä, onko jokin lääke tehokasta tai turvallista käyttää: ”aiheuttaako lääke pitkällä aikavälillä enemmän murhetta kuin virusinfektio” (Kotilääkäri 3/1986, 11) tai kuvailu lääkkeiden ottamisesta: ”Streptomysiiniä annetaan pistoksina, mutta PAS:ia ja isoniatsidia suun kautta, joten näiden käyttäminen ei tuota minkäänlaisia vaikeuksia sikäli, että potilas voi niitä käyttää saamiensa määräysten mukaan ilman sivullisten apua.” (Terveystieteiden lehti 2/1959, 263)

Kotilääkäriä käytännöllisen repertuaarin käyttö eroaa Suomen Lääkärilehden tavasta välittää käytännön ohjeita siinä, että ohjeet on tarkoitettu maallikkolukijalle, eivätkä ne siten liity yksityiskohtaisesti tutkimuksen ja kliinisen hoidon tekniseen toteuttamiseen. Esimerkiksi Kotilääkäriä esitetään Helsingin kaupungin terveysviraston tiedotuslehtiseen perustuvaa ”virallista AIDS-tietoa” (Kotilääkäri 3/1986, 12) kaikille niille, jotka kuuluvat riskiryhmään, jo tartunnan saaneille, suonensisäisten huumeiden käyttäjille, prostituoitujen seuraan hakeutuville ja ulkomaanmatkaajille. Kaikille edellä mainituille ryhmille artikkeleissa esitetään käytännön ohjeita joko siitä, miten tartunnan voi välttää, tai miten potilas voi estää tartunnan leviämisen muihin. Esimerkiksi ulkomaanmatkaajille sanotaan, että ”ellei kyseessä ole tuttu partneri, käytä aina kondomia, sillä yhdyntä prostituoitujen ja päiväntasaajan afrikkalaisten kanssa voi aiheuttaa tartunnan” (Kotilääkäri 3/1986, 12). Suonensisäisten huumeiden käyttäjiä lukuun ottamatta kaikille ryhmille annetaan käytännön ohje, kuinka välttää tartunnan leviäminen käyttämällä yhdynnässä kondomia. Kondomin käyttö esitetään käskymuodossa, jolloin kyseessä on suora valistusohje maallikkolukijalle³⁹. Ohjeen antamista tehostaa sen toistaminen lähes jokaisen riskiryhmän kohdalla. Huumeiden käyttäjiä kehoitetaan luopumaan huumeista tai käyttämään puhtaita neuloja.

39. 1980- ja 90-luvun teksteille ei ole tyypillistä se, että niissä käytetään suoria ohjeita. Käskymuotoisten ohjeiden antaminen lukijoille on selvästi yleisempää 1940- ja 50-luvun teksteissä.

Myös Terveydenhoitolehdestä annetaan sairauden leviämisen ehkäisyä käsitteleviä käytännön ohjeita. Terveydenhoitolehden käytännön repertuaarissa tuberkuloosia koskevat ohjeet on osoitettu kaikille Suomen kansalaisille. Artikkelissa 'Mitä jokaisen on tiedettävä tuberkuloosista?' puhutellaan lukijaa kehottamalla häntä yhdessä kirjoittajan kanssa kuvittelemaan käytännön tilannetta, jossa tuberkuloosi voi tarttua pieneen lapseen:

Ajatelkaamme keuhkotautista henkilöä, joka pitää pientä lasta sylissään. Hän yskii suoraan lasta päin, ja tämä joutuu hengittämään ilmaa, missä voi leijaila runsaasti tuberkkelibasilleja. Lapsi ehkä vielä huutaa vetäen ilmaa syvälle keuhkoihinsa. (..) Mitä olisi pisaratartunta vaaran välttämiseksi tehtävä? Keino on hyvin yksinkertainen. Ensiksikin on tiedettävä, että yskää voidaan suuressa määrin hillitä. Mutta jos yskänpuuska kaikesta huolimatta tulee, on käännettävä pää pois lähinnä olevista ja yskittävä suu tiukasti kiinni tai pantava nenäliina suun eteen ja täten estettävä taudinsiementen leviäminen ilmaan. (Terveydenhoitolehti 1/1955, 65–66)

Tekstissä ollaan huolestuneita erityisesti pienten lasten sairastumisen mahdollisuudesta. Yskimisohje on kuitenkin tarkoitettu kaikille suomalaisille, ei pelkästään pieniä lapsia hoitaville keuhkotautia sairastaville henkilöille erityisesti siksi, että ”pisaratartunnan välityksellä ei levitetä vain keuhkotautia, vaan hyvin monia nykyisen ihmiskunnan kulkutauteja” (Terveydenhoitolehti 1/1955, 66). Terveydenhoitolehden potilasohjeet eivät ole vain tietyille ryhmille tarkoitettuja valistusohjeita, vaan ne ovat koko Suomen kansalle osoitettua terveysvalistusta.

Psykologinen repertuaari

Kun kirjoittajat pyrkivät ymmärtämään potilaiden tunteita ja käyttäytymistä, he liikkuvat ”puhtaan” lääketieteen ulkopuolella. Kirjoittajat käyttävät silloin psykologista repertuaaria, jossa korostetaan, että

sairaus ei kosketa vain ihmisen ruumista, vaan se vaikuttaa myös potilaan tunteisiin ja mielialaan. Tieto vakavasta sairastumisesta, hiv-infektiosta, on potilaalle katastrofiin tai muuhun järkyttävään tilanteeseen verrattava asia.

Alkusaikähdysten jälkeen tulee useimmille tilan täydellinen kieltäminen. Tätä illuusiota ei pitäisi liian voimaperäisesti tuhoata: antaa potilaan ajatella, että *Pneumocystis carinii* -keuhkokuume on vain tavallista pahempi ”flunssa”. Jos potilaalta liian aikaisin riistetään tämä suojamekanismi, on seurauksena vaikea emotionaalinen kriisi, suisidikin. (..)

Meidän on opittava suhtautumaan HIV-infektioon niin kuin muihinkin vaarallisiin virustauteihin: asiallisesti, tehokkain toimenpitein, mutta ilman liiallista tunnelatausta. Voimme silti yrittää tehdä kaikkemme lievittääksemme sitä suunnatonta inhimillistä hätää, joka tähän tautiin kaikkialla liittyy. (Suomen Lääkärilehti 22–23/1986, 2053)

”Me” viittaa esimerkissä lääkäreihin. Ammattitaitoon kuuluu kyky ymmärtää sairauden aiheuttamaa henkistä tuskaa. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että lääkäri saa mennä potilaiden tilanteeseen ”liian” empaattisin mielin mukaan. Lääkärin työssä hallitseva mielentila on asiallisuus, kyky asettua järkyttävien sairauksien ”ulkopuolelle”. Asiallisuus takaa tehokkuuden ja toimintakyvyn, joita vakavien sairauksien hoidossa tarvitaan. Asiallisuuden korostus ei kuitenkaan sulje pois kykyä ymmärtää potilaiden tuskaa.

Koska HIV-infektio tiedetään kuolemaan johtavaksi yleis-taudiksi, on selvää, että sitä pelätään. Pelko voi olla aiheellista silloin, kun riskikäyttäytyminen on altistanut tartunnalle. Valistuneenkin potilaan voi olla vaikea hallita ahdistustaan, ja silloin keskustelu ammatti-ihmisen kanssa voi parhaassa tapauksessa asettaa pelot ja tartuntariskin oikeisiin mittasuhteisiin. Asiallisesti toteutetut laboratoriotutkimukset ja psyykkinen tuki auttavat pahimman yli. (Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1466)

Käytännön työssä, tässä tapauksessa lääkärin vastaanotolla, on lääkärin otettava huomioon lääketieteellisten tutkimusten asiallisen hoidamisen lisäksi potilaan psyykkinen tila. Potilas voi olla valistunut, mutta siitä huolimatta ahdistunut pelätessään levittäneensä HIV-tartuntaa muihin. Tieto ja valistus eivät siis välttämättä auta silloin, kun ollaan kuoleman kanssa tekemisissä. Käytännön lääkärin taitoihin kuuluu ymmärtää tämä ja helpottaa potilaan ahdistusta soveltamalla ammattitaitoaan tilanteessa niin, että hän osaa neuvoa, ”miten potilas välttää tartuttamasta muita ja mistä apua saa, kun ahdistus yllättää” (Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1465). Lääkäri on ymmärtäjän positiossa, johon kuuluu potilaan tunnetilojen ohjailun taito.

Potilaiden psykologinen ymmärtäminen tulee kyseeseen myös silloin, kun potilas on jollain tavalla hoidon tai sairauden leviämisen kannalta hankala, eikä suostu yhteistyöhön terveydenhoitohenkilökunnan kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisen on silloin käytettävä psykologista ymmärrystään, jotta hän saisi sairauden hoidon onnistumaan toivotulla tavalla, ja osaisi käsitellä potilasta oikein. Psykologisen ymmärryksen lisäksi tarvitaan retorisia taitoja potilaiden suostutteluun. On löydettävä oikeat välineet, joilla potilaan vastustus hoitoa ja tutkimuksia kohtaan voitetaan.

Keuhkotuberkuloosi on useimmiten alkuvaiheessaan kivuton tauti. Lääkärinä toisinaan aivan toivoisi, että vähän kipuakin tuntuisi, jotta sairas paremmin uskoisi tilansa vakavuuden. Vaikka käyttäisi koko suostuttelukykynsä, ei saa potilasta alistumaan kohtaloonsa ja ymmärtämään, että hänen henkensä on kysymyksessä. Tällainen kokemus on lääkärille kovin katkera, sillä hän tietää, että potilas joutuu syvästi katumaan luottamuksenpuutettaan ja ymmärtämättömyyttään. (Terveydenhoitolehti 2/1947, 46)

Lainaus alkaa medikaalilla toteamuksella siitä, ettei kipu yleensä kuulu taudin alkuvaiheeseen. Tämän jälkeen kirjoittaja siirtyy käyttämään psykologista repertuaaria, jossa lääkärin positio on tietäjän, joka on selvillä asioiden todellisesta luonteesta, vaikka potilas ei tuntisikaan kipua. Potilas on ymmärtämätön, kun ei luota lääkärin

sanaan. Lääkärin kokemus on tällaisessa tilanteessa katkera ja potilaskin joutuu katumaan syvästi, ettei ole uskonut lääkärin sanoja. Tilanne on molempien toimijoiden kannalta epäedullinen.

Sairauteen liittyvät pelon ja hämmennyksen tunteet eivät ole pelkästään potilaiden ongelma. Ne koskettavat myös hoitajia ja lääkäreitä. Tämän vuoksi ”terveydenhuoltohenkilöstön kannattaa yrittää tunnistaa myös itsessään HIV- ja aids-ilmiön mahdollisesti aiheuttamaa pelkoa ja hämmennystä, joka saattaa vaikeuttaa ongelman käsittelyä hoitosuhteessa” (Suomen Lääkärilehti 18/1992, 1758). Aidsia kohtaan tunnettu pelko voi olla esteenä hoidon onnistumiselle. Kyetäkseen toimimaan tehokkaasti on hoitajien ja lääkäreiden kyettävä tiedostamaan tunteensa. Tavoitteena on tunteiden hallinta potilaan kanssa tapahtuvan hoitosuhteen aikana.

Maallikkorepertuaari

Teksteissä esiintyvä viides repertuaari, maallikkorepertuaari, on kyseessä silloin, kun kirjoittajat viittaavat sairauteen liittyviin tunteisiin ja kokemuksiin (Peräkylä 1990, 23). Tunteet ja kokemukset voivat olla terveydenhuollon asiantuntijoiden tai potilaiden esittämiä. Maallikkorepertuaarin käyttö on myös kyseessä siinä tapauksessa, kun kirjoittaja arvostelee potilaita välinpitämättömästä suhtautumisesta sairauteen; kirjoittaja näkee toimijan olevan sairauden suhteen tietämätön maallikko, jota tulisi valistaa. Kun kirjoittaja puhuu eksplisiitisti tietämättömistä potilaista ja maallikoista, tavoitteellinen ja maallikkorepertuaari kietoutuvat yhteen. Asiantila, maallikoiden käyttäytyminen, on epätoivottavaa ja tavoitteena on asiantilan korjaaminen. Maallikoiden tapa suhtautua sairauteen voi olla kirjoittajan mukaan myös positiivista: he ovat esimerkiksi järkeviä ja lääkekuurinsa kiltisti loppuun syöviä potilaita.

Kirjoittajat viittaavat teksteissä niukasti omiin kokemuksiinsa tai positioonsa työelämän ulkopuolella. He esiintyvät ensisijaisesti asiantuntijoina, eivät tavallisina maallikkoina. Lääkärin kuvaus itsestään maallikkona, kuten seuraavassa esimerkissä isänä, on aineistossa poikkeuksellista:

Neljän tytön isänä toivon, että nuoret rakentaisivat sukupuolisuhteensa vankemmalle pohjalle kuin mitä ns. vapaa seksi sanoo. Toivon, että tilanteet esimerkiksi interrail-matkoilla eivät houkuttelisi harkitsemattomiin suhteisiin. (Kotilääkäri 12/1986, 18)

Aineistossa on sellaisia tekstejä, joissa tulee selkeästi esiin maallikon, potilaan, näkökulma sairauteen⁴⁰. Näitä ovat potilaiden omaa sairausaikaansa koskevat puheenvuorot. Potilas, joka luulee laih tumisen ja uupumuksen tunteen johtuvan ylitöistä, saa lääkäriltä kuulla sairastavansa tuberkuloosia.

Tarvitseeko minun tosiaan mennä parantolaan? Mitä omaiset ja ystävät sanovat, kun kuulevat minun sairastavan keuhkotuberkuloosia ja makaavan parantolassa? Menetätkö nyt työpaikkani? Paljonko parantolahoito maksaa ja kuinka kauan siellä on oltava? (Terveydenhoitolehti 11/1958, 317)

Kirjoittajan huolenaiheet ovat varsin käytännöllisiä ja lähiympäristön suhtautumiseen liittyviä. Potilas, joka on miespuolinen kirjoittaja, ei sano pelkäävänsä sairautta tai kuolemaa, vaan sitä, miten taloudelliset ja muut käytännön asiat hoituvat. Edellä lainatussa artikkelissa mies ei ryhdy tämän lähemmin kertomaan lukijalle tunteistaan: ”On turha ryhtyä selostamaan, miltä tuntuu kun saa tietää sairastavansa tuberkuloosia” (Terveydenhoitolehti 11/1958, 317).

Kirjoittaja ei käytä vain maallikkorepertuaaria kuvatessaan parantolassa viettämäänsä aikaa. Lääketieteellinen ja maallikkorepertuaari esiintyvät toisiinsa lomittuneina seuraavassa esimerkissä.

Kerroskuvia otettiin kaikkiaan 8, ja kun ne parin päivän kuluksua oli lähetetty osastolle, kutsui tohtori minut kansliaan. Valokaapissa oli tosiaan rivi röntgenkuvia, kaikki minun keuhkojani esittäviä. – Hyvänen aika, tuossa on iso varjostuma, sanoin lää-

40. Selkeästi potilaan puheenvuoron esiintuvia Terveydenhoitolehden tekstejä tutkimusaineistossa on mukana neljä (Terveydenhoitolehti 3/1950, 59–61, Terveydenhoitolehti 4/1955, 97–99, Terveydenhoitolehti 11/1958, 316–318, Terveydenhoitolehti 7/1973, 41–43).

kärille ja osoitin – sydäntä! Maallikon on todella vaikea tulkita röntgenkuvia, eikä se ole tarkoitukseen. Lohdullista oli tietää, että minussa oli ”pieni tubi”, käyttäkseni lääkärin sanoja. (Terveydenhoitolehti 11/1958, 318)

Esimerkissä ovat mukana sekä potilaan että lääkärin tulkinnat keuhkokuvista. Potilaan ja lääkärin kyky tulkita keuhkokuvaa tuodaan eksplisiittisesti esiin. Potilas on maallikko, joka ei osaa tulkita oikein, mitä keuhkokuvassa näkyy. Lääkärin selitys ”pienestä tubista” on maallikolle ymmärrettävämpi selitys kuin röntgenkuvan katsominen. Tietämättömyytensä kirjoittaja esittää humoristisessa valossa.

Vaikka kertoja on potilas, ei se tarkoita sitä, etteikö potilas voisi kirjoittaa sairausprosessistaan kuin lääkäri. Tervehtymisensä edellä lainattu kirjoittaja kuvaa lääketieteellistä repertuaaria käyttäen: ”Varjostuma oli sekä pienentynyt että kohentunut. (..) Sokeriarvot kohosivat jonkin verran parantolaan tulon jälkeen, mutta myöhemmin ne jälleen putosivat, joten sekin puoli oli kunnossa. (..) Paino oli kohonnut melkein 4 kg ja senkka, joka muuten oli pysytellyt kymmenen alapuolella, oli nyt 4” (Terveydenhoitolehti 11/1958, 318). Parantumisen toteaa ja kotiin lähtemisluvan antaa lääkäri: ”Kun lista täyttyy, pääsette kotiin, sanoi professori eräänä syyskuun päivänä. Parantumisenne on edistynyt hyvin” (Terveydenhoitolehti 11/1958, 318). Kuten sairastumisen, niin myös paranemisen toteaja on lääkäri, ei potilas. Vaikka kyseessä on potilaan puheenvuoro, sairauden ja terveyden välisen rajan määrittely on lääkärin tehtävä. Potilas ei mainitse tuntevansa itseään terveeksi, vaan kokevansa helpotusta lähtöpäivän vihdoon koittaessa: ”Ero ei ollut haikea, vaan iloisena ja luottavaisena jätin parantolan” (Terveydenhoitolehti 11/1958, 318). Kirjoittajan kuvaamat tunteet ja kokemukset eivät liity tervehtymisen kuvailuun, vaan parantolassa vietettyyn aikaan, joka on tuntunut pitkältä.

Maallikko- ja lääketieteellinen repertuaari kietoutuvat toisiinsa myös tarinan muodossa. Teksteissä on osuuksia, joissa kirjoittajat valistavat lukijoita kansantajuisesti tarinoiden ja esiintyen samalla tietävän lääkärin positiossa. Kirjoittaja vakuuttaa lukijaa narratiivisin keinoin (Jokinen 1999, 144), ja välittää tietoa kertomalla seuraavanlaisen opettavaisen tarinan:

Muistuu mieleeni eräs tapaus noin 40 vuoden takaa. Olin lääkärinä Etelä-Pohjanmaalla eräässä pitäjässä, jossa oli pieni keuhkotautiparantola. Kuulin kerrottavan miehestä – eikä hän ollutkaan aivan oppimaton herra – joka silloin tällöin joutui kulkemaan tämän parantolan ohi. Pienen matkan päässä, ennen kuin hän parantolan kohdalle joutui, hän veti ilmaa keuhkonsa täyteen ja rupesi juoksemaan. Hän juoksi posket pullollaan parantolan ohi – säästyäkseen tartunnalta. Saamme olla varmat siitä, että hän tartunnalta säästyi, ja olisi säästynyt juuri yhtä hyvin, jos olisi kävellyt tuon laitoksen ohi vaikka kuinka hiljaa. (Terveydenhoitolehti 4–5/1956, 110)

Tarina kerrotaan minä-muodossa, kirjoittaja on vahvasti läsnä kertoessaan näkemästään tilanteesta. Hän käyttää myös me-muotoa. Memuotoa käyttäessään kirjoittaja kutsuu lukijaa jakamaan kanssaan tietäjän positiota: juokseva herrasmies ei tiedä asioiden oikeaa laitaa, mutta kirjoittaja ja lukija tietävät. Persoonamuoto me yhdistää lukijan ja kirjoittajan tasa-arvoisella tavalla, toisin kuin monissa muissa kyseisen ajan teksteissä, joissa ikään kuin kaadetaan tietoa ymmärtämättömien kansalaisten päihin. Tarinan opetus on, että maallikot, jopa oppineet sellaiset, liioittelevat tuberkuloositartunnan mahdollisuutta ja siksi ”basillinpelko olisi saatava oikeille raiteille” (Terveydenhoitolehti 4–5/1956, 110).

Sairaus näyttäytyy aineistossa maallikon näkökulmasta myös seksuaalisuudesta puhuttaessa. Kotilääkäri -lehden aids-artikkeleissa ihmisen suhde seksuaalisuuteen tuodaan esiin maallikkorepertuaaria käyttäen, asiana joka koskettaa jokaista ihmistä. Seksuaalisuuden ajatellaan olevan toimintaa, joka on vailla järkeä, epärationaalista. Ihminen ei aina voi haluilleen mitään, hänen on pakko toteuttaa seksuaalisuuttaan tavalla tai toisella. ”Järkeväkin ihminen voi välillä olla humalassa, toimia vähemmän järkevästi, rakastua intohimoisesti. Ihmisellä voi olla henkilökohtainen kriisi. Huonolla tuurilla tartunnan voi saada kuka tahansa, jolla on sukupuolielämää ja joka on jotensakin inhimillinen.” (Kotilääkäri 11/1990, 44) Maallikkorepertuaarissa kuka tahansa ihminen, järkeväkin, on voimakkaasti tunteva ja kokeva subjekti.

Repertuaarien tehtävät ja toimijoiden positiot

Kaiken kaikkiaan maallikko- ja muut edellä aineistoesimerkkien kautta esitellyt repertuaarit kertovat siitä, että lehtien kirjoittajat eivät esiinny vain yhdessä asemassa. Repertuaarit vaihtelevat teksteissä, samoin kirjoittajien käyttämät positiot. Kirjoittajat tarvitsevat lukijaa vakuutukseen ja motivoidakseen erilaisia lähestymistapoja ja positioita kirjoittaessaan sairauksista.

Jotta kirjoittajien käyttämistä näkökulmista ja niihin liittyvistä asemista saisi kokonaiskäsityksen, esitän repertuaarit ja niitä vastaavat toimijoiden positiot tiivistelmänä seuraavassa taulukossa 1 (vrt. Perä-

Taulukko 1. Repertuaarit ja toimijoiden positiot

Repertuaarit ja niiden tehtävät	Terveystieteiden henkilökunnan positiot	Potilaiden positiot
Tavoitteellinen repertuaari - esittelee tekstin johtajuuden ja luo toiminnan suuntaviivat	Tietäjä Tulevaisuuden ennustaja Kasvattaja	Terveystieteiden kohde Aktiivinen toimija
Lääketieteellinen repertuaari - esittelee lääketieteellistä tutkimusta ja sairauden biomedikaalia luonnetta - kuvailee ja analysoi sairaus-epidemiologiaa ja yksittäisiä potilastapauksia	Tietäjä Aktiivinen toimija	Tutkimuksen ja hoidon kohde
Käytännöllinen repertuaari - jakaa sairauden hoitoa ja tutkimusta koskevaa käytännön tietoa	Tietäjä Aktiivinen toimija	Tutkimuksen ja hoidon kohde
Psykologinen repertuaari - ymmärtää ja ohjaa toimijoiden sairauksiin liittyviä tunteita ja kokemuksia	Tietäjä Aktiivinen toimija Ymmärtäjä	Tunteita ja kokevia aktiivinen toimija Tunteiden ja kokemusten ohjailun kohde
Maallikkorepertuaari - tuo esiin sairauksiin liittyviä tunteita ja kokemuksia	Tunteita ja kokevia aktiivinen toimija Tietäjä	Tunteita ja kokevia aktiivinen toimija

kylä 1990, 23). Taulukko 1. kuvaa, millaisia repertuaareja ja terveydenhoitohenkilökunnan sekä potilaiden positioita teksteissä esiintyy.

Taulukko 1. on tiivistelmä, josta ei käy ilmi repertuaarien aineistossa esiintyvä osittainen päällekkäisyys ja rinnakkaisuus. Toimijoiden positiotkaan eivät aina ole yksiselitteisen selviä. Esimerkiksi lääketieteellistä repertuaaria käyttäessään lääkäri on tietäjä, potilaan jäädessä lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon kohteen asemaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö potilas voisi arvioida omaa tilaansa lääketieteellisen repertuaarin varassa. Potilaan saama sairauttaan koskeva lääketieteellinen tietämys on peräisin häntä hoitavalta hoitohenkilökunnalta. Potilas ei yleensä itse tutki sairauttaan lääketieteellisin keinoin. Vastaavasti lääkäri voi esiintyä vähemmän aktiivisena toimijana käyttäessään teon ilmauksia, joista ei käy ilmi, kuka tai ketkä lääketieteellisiä tutkimuksia tekevät. Kyseessä on kuitenkin lääketieteellisen raportoinnin yksi konventio. Lukija tietää, että kirjoittaja viittaa itseensä tietävänä toimijana käyttäessään ilmaisua ”saatujen tulosten mukaan..”.

Potilaan aktiivinen toimijuus tavoitteellisen repertuaarin yhteydessä tarkoittaa sitä, että potilas voi ottaa päämääräkseen parantua sairaudesta. Kuten aineiston teksteissä esitetään, potilaalla on mahdollisuus itse päättää tavoitteleeko hän tervehtymistä vai ei. Käytännöllisessä repertuaarissa potilas ei kuitenkaan näyntyä ensisijaisesti aktiivisena toimija, vaan kohteena, jota tutkitaan ja hoidetaan.

Kirjoittajat käyttävät teksteissä useita näkökulmia ja yksittäisen tekstin sisällä yhdellä ja samalla kirjoittajalla saattaa olla useampi kuin yksi toimijan asema. Repertuaareja ja toimijoiden positioita analysoimalla on mahdollista ymmärtää se, että aineiston artikkelit eivät ole yksiselitteisesti biolääketieteellisen näkökulman läpikäymisiä. Siirryn seuraavaksi tarkastelemaan lähemmin sitä, onko repertuaarien käytössä eroja Suomen Lääkärilehden ja Terveystieteiden/Koti-lääkärin välillä.

Repertuaarien kahden lehden välinen vertailu

Koska Suomen Lääkärilehti on lähinnä lääkäreiden ammattilehti ja Terveystieteiden tutkimuslehti/Kotilääkäri laajemmin yleisön lehti, on todennäköistä, että edellä kuvatut repertuaarit esiintyvät aineiston kahdessa lehdessä toisistaan poikkeavin tavoin. Analyysin ideana on nyt määrällisesti selvittää, esiintyykö artikkeleissa edellä kuvattuja repertuaareja vai ei. Mikäli yksittäisestä tekstistä löytyy esimerkiksi yksikin lausuma, jossa korostetaan maallikon asennetta sairautta kohtaan, olen katsonut sen edustavan maallikkorepertuaaria. Jokaisessa tekstissä käytetään vähintään kahta erilaista repertuaaria, mutta yhdessä artikkelissa voi esiintyä myös kaikki viisi repertuaaria⁴¹. Tarkoituksena on repertuaarien esiintymisen laskemisen kautta löytää vastaus siihen, onko tutkimusaineiston lehtien välillä eroja repertuaarien käytön suhteen tai selittääkö repertuaarien suhde eri positioiden esiintymistä aineistossa. Seuraavassa taulukossa 2. on nähtävissä eri repertuaarien määrällinen esiintyminen tutkimusaineiston lehdissä. Sulussa oleva prosenttiluku kokonaisluvun jälkeen kertoo, kuinka suuressa osassa Suomen Lääkärilehden ja Terveystieteiden tutkimuslehti/Kotilääkäriin artikkeleista kukin repertuaari esiintyy.

Taulukko 2. Repertuaarien määrällinen esiintyminen tutkimusaineiston lehdissä

Lehden nimi ja artikkeleiden määrä	Tavoitteellinen repertuaari	Lääketieteellinen repertuaari	Psykologinen repertuaari	Maallikkorepertuaari	Käytännöllinen repertuaari
Suomen Lääkärilehti 60	58 (97%)	55 (92%)	21 (35%)	16 (27%)	58 (97%)
Terveystieteiden tutkimuslehti/Kotilääkäri 34	31 (91%)	32 (94%)	18 (53%)	22 (65%)	33 (97%)

41. Tarkastelutapaa ei tule kuitenkaan nähdä absoluuttisena siinä mielessä, että luvut edustaisivat jotain ehdotonta totuutta; laskutapani perustuu yhteensä 94:n artikkelin tulkintaan, joka ei voi olla yksiselitteisen varmaa ja ehdotonta työtä.

Kuten taulukosta voi nähdä, molemmissa lehdissä tavoitteellinen, lääketieteellinen ja käytännöllinen repertuaari esiintyvät lähes kaikissa analysoiduissa artikkeleissa. Sen sijaan psykologisen ja maallikkorepertuaarien esiintymisessä on lehden sisäisiä ja lehtien välisiä eroja. Psykologisen- ja maallikkorepertuaarien esiintyminen on selvästi molemmissa lehdissä vähäisempää kuin kolmen ensiksi mainitun. Suomen Lääkärilehden artikkeleista vain noin neljännessä osassa käytetään lausumia, joita luonnehtii maallikkorepertuaarin käyttö. Psykologista repertuaaria ei myöskään esiinny läheskään yhtä paljon kuin tavoitteellista, medikaalia ja käytännöllistä repertuaaria, mutta kuitenkin hieman enemmän kuin maallikkorepertuaaria. Lehtien välinen ero on siinä, että Suomen Lääkärilehdessä sekä psykologista että maallikkorepertuaaria esiintyy vähemmän kuin Terveystieteiden lehdessä ja Kotilääkärissä.

Ammatillinen Suomen Lääkärilehti ei suosi yhtä paljon yksilöä lähelle tulevia repertuaareja kuin Terveystieteiden lehti ja Kotilääkäri, joka on suunnattu 'tavallisille suomalaisille'. Kyseessä on lehtien yleisöjen välinen ero. Ammatillisuuteen kuuluu lääketieteellisten seikkojen ja käytännön hoidon korostaminen. Silloin kun Suomen Lääkärilehdessä ymmärretään potilasta, tapahtuu se hieman useammin psykologista repertuaaria kuin maallikkorepertuaaria käyttäen. Psykologinen repertuaari on siinä mielessä ammatillisempi kuin maallikkorepertuaari, että siinä korostuu terveydenhoitohenkilökunnan pyrkimys ohjailla potilaiden tunteita (Peräkylä 1990, 23). Terveystieteiden lehti, joka on Terveystieteiden lehdessä päätehtävä, tarvitsee perille mennäseen maallikon näkökulman. Tämä näkyy maallikkorepertuaarin käytössä, joka on lehdessä aika yleistä. Terveystieteiden lehdessä maallikkorepertuaarissa potilas ja myös lääkäri esiintyvät tuntevana ja kokevana subjektina (Peräkylä 1990, 23).

Psykologisen ja maallikkorepertuaarin käytön muutokset

Psykologisen ja maallikkorepertuaarin käyttöä artikkeleissa voi tarkastella myös katsomalla, tapahtuuko repertuaarien käytössä muutoksia tutkimusjakson eri vuosikymmeninä. Tavoitteellisen, käytännöllisen ja lääketieteellisen repertuaarin käytössä ei tapahdu suuria muutoksia

vuosina 1946–1996. Ne esiintyvät lähes kaikissa molempien lehtien artikkeleissa koko tutkimusjakson ajan⁴². Sen sijaan psykologisen ja maallikkorepertuaarin käytössä on havaittavissa muutos, joka kulkee tuberkuloosia käsittelevissä artikkeleissa vähenevään suuntaan. Aids-artikkeleissa edellä mainittuja repertuaareja käytetään hieman useammin 1990-luvulla ilmestyneissä teksteissä verrattuna 1980-luvun teksteihin. Seuraavassa taulukossa 3. selvitän, missä määrin psykologista ja maallikkorepertuaaria esiintyy tuberkuloositeksteissä.

Taulukko 3. Psykologisen ja maallikkorepertuaarin esiintyminen tuberkuloosi-artikkeleissa

Tuberkuloosi-artikkeleiden määrät kahdessa lehdessä	Psykologinen repertuaari	Maallikkorepertuaari
1946–56 Terveystoimitus: 16 Suomen Lääkärilehti: 12	9 (56%) 4 (33%)	11 (69%) 7 (58%)
1957–66 Terveystoimitus: 9 Suomen Lääkärilehti: 5	3 (33%) 1 (20%)	5 (56%) 0 (0%)
1967–76 Terveystoimitus: 4 Suomen Lääkärilehti: 5	2 (50%) 1 (20%)	1 (25%) 3 (60%)
1977–1996 Kotilääkäri: - Suomen Lääkärilehti: 6	- 0 (0%)	- 0 (0%)

42. Tutkimusjakson eri vuosikymmeninä vuodesta 1946 alkaen tavoitteellista, lääketieteellistä ja käytännöllistä repertuaaria sisältävien tekstien prosentuaaliset määrät vaihtelevat sadan ja seitsemänkymmenen viiden välillä. Viimeksi mainittu luku on Terveystoimituksen vuosien 1967–76 ajalta, jolloin ilmestyi vain neljä tuberkuloosia käsittelevää artikkelia. Neljästä artikkelista kolmessa esiintyy lääketieteellistä repertuaaria. Vuosina 1977–1996 Kotilääkärissä ei kirjoiteta tuberkuloosista.

Psykologisen ja maallikkorepertuaarin käyttö on tutkimusjakson ensimmäisellä vuosikymmenellä, vuosina 1946–56, aika yleistä sekä Suomen Lääkärilehden että Terveystieteidenlehden tuberkuloositeksteissä. Näiden repertuaarien käyttö vähenee, samoin kuin tuberkuloosista kirjoittaminenkin, vuosikymmenien kuluessa. Vuosina 1977–96 ilmestyy Suomen Lääkärilehdessä kuusi tuberkuloosia käsittelevää artikkelia, joissa ei ole psykologista tai maallikkorepertuaaria löydettävissä. Kotilääkäriössä ei kyseisenä ajanjaksona kirjoiteta tuberkuloosista lainkaan.

Taulukossa esitetyn kahden repertuaarin käytön muutos herättää kysymyksen, mistä psykologisiin seikkoihin tai maallikon näkökulmaan viittaamisen väheneminen voisi johtua. Maallikkorepertuaarin käytön yleisyydessä on 1940–50-luvuilla kyse siitä, että kirjoittajat arvottavat potilaiden suhtautumista tuberkuloosiin. He eivät viittaa niinkään omaan maallikon suhtautumiseensa sairauteen, vaan ”järkeviin” tai ”välinpitämättömiin” potilaisiin (Suomen Lääkärilehti 23/1955, 1851, Terveystieteidenlehti 4/1952, 79). Psykologisessa repertuaarissa tämä näky sen arvioimisena, millainen potilaan suhtautuminen edesauttaa tai vaikeuttaa sairauden hoitoa. Psykologisen repertuaarin käytössä korostuu lääkärin taito ymmärtää ja tukea potilaita: lääkärin tulee ”vakavin ilmein ja valituin sanoin” antaa tietoa sairaudesta potilailleen (Suomen Lääkärilehti 23/1948, 670). Maallikko- ja psykologinen repertuaari näyttävät olevan osa kirjoittelua – joskaan ei täysin välttämätön – silloin, kun tuberkuloosi oli suurta osaa suomalaisista koskeva ongelma. Edellä mainittujen repertuaarien tehtävänä on motivoida kaikkia kansalaisia toimimaan siten, että tuberkuloosi-ongelma saataisiin ratkaistuksi.

1960-luvulla tuberkuloosi ei ole enää kansantauti ja sen hoito on lääketieteelliseltä kannalta katsottuna lähes hallinnassa. Korostus näkyy etenkin Suomen Lääkärilehdessä siten, että maallikkorepertuaaria ei käytetä lainkaan vuosina 1957–66. 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alussa se on jälleen käytössä, kun mietitään riskiryhmän, ”epäsosiaalisten alkoholistien” ja ”niskoittelevien potilaiden”, suhtautumista tuberkuloosiin (Terveystieteidenlehti 2/1969, 47, Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2260). Psykologista repertuaaria käytetään, kun yritetään ymmärtää hankalia potilaita: ”hoidon keskeyttämisen syy

on persoonallisuuden häiriintyminen, ja tämän vuoksi potilas ei kykene omaksumaan hoitoa” ja ”he saavat kunnollisetkin potilaat epävarmoiksi koko hoidon tarkoituksenmukaisuudesta” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2260, Terveystieteiden aikakauslehti 2/1969, 48). Kyse ei ole enää niinkään siitä, millainen psykologinen ymmärtäjä lääkärin tulee olla, vaan siitä millaisia potilaat ovat psykologiselta kannalta katsottuna. Lääkärin tulee ymmärtää esimerkiksi potilaan ”vastuuton suhtautuminen sairauteen”, jotta ”ihmisten hyväksi tehtävässä työssä voitaisiin ottaa huomioon ns. inhimillinen tekijä” (Terveystieteiden aikakauslehti 11/1960, 413).

Laajojen kansalaispiirien motivointia tuberkuloosin vähentämiseksi ei enää tarvita, mikä näkyy artikkeleissa maallikkorepertuaarien vähäisyytenä. Sen sijaan lääkärit tarvitsevat edelleen työssään psykologista repertuaaria ymmärtääkseen ja ohjailakseen tuberkuloosia sairastavia ”hankalia potilaita”.

1970-luvun lopulla ei hankalien tuberkuloosipotilaiden ryhmästä enää puhuta. Maallikkorepertuaaria ja psykologista repertuaaria ei käytetä vuoden 1976 jälkeen ilmestyvässä kuudessa Suomen Lääkärilehden artikkelissa. Maallikoiden tuberkuloosiin suhtautumiseen ei enää viitata. Tuberkuloosista on tullut lähinnä lääketieteellinen kategoria, ”väestön vanhempien ikäluokkien riski” (Suomen Lääkärilehti 31/1978, 2417). Maallikko- ja psykologinen repertuaari pysyvät poissa, vaikka tuberkuloosia alkaa taas ilmetä 1990-luvulla. Tämä selittyy sillä, että Suomen Lääkärilehden lukijoiden motivointi on nyt lähinnä terveydenhoitohenkilökuntaan vetoamista. Heidän tulee työssään ensisijaisesti olla selvillä tuberkuloosin tunnistamisessa tarvittavista biolääketieteellisistä faktoista. Koska tuberkuloosi ei kosketa suurta väestön osaa, ei lääkärin ole ensisijaista tietää, miten hän psykologisesti ohjailee potilaitaan. Edellistä tärkeämpää lääkärin on osata perustiedot tuberkuloosista, sairaudesta, jonka aiemmin ajateltiin olleen länsimaissa lähes voitettu ongelma.

Aids-artikkeleissa on nähtävissä päinvastainen suunta kuin tuberkuloosiartikkeleissa maallikkorepertuaarin käytön suhteen; sitä käytetään hieman enemmän 1990- kuin 1980-luvulla. Ainakin Suomen Lääkärilehden kohdalla voi päätellä näin olevan. Kotilääkäriössä maallikkorepertuaari on käytössä vuosina 1983–96 kolmessa neljästä tuona

aikana ilmestyneestä artikkelista, joten mistään suunnan muutoksesta tuskin voi tekstimäärän vähäisyydestä johtuen puhua. Psykologista repertuaaria käytetään jokaisessa Kotilääkäri -lehden artikkelissa. Suomen Lääkärilehdessä sen käyttö lisääntyy hieman 1990-luvulla verrattuna sitä edeltävään vuosikymmeneen. Seuraavassa taulukossa 4. esitän, miten psykologinen ja maallikkorepertuaari esiintyvät 1980- ja 1990-luvun aids-artikkeleissa.

Taulukko 4. Psykologisen ja maallikkorepertuaarin esiintyminen aids-artikkeleissa

Aids-artikkeleiden määrät kahdessa lehdessä	Psykologinen repertuaari	Maallikkorepertuaari
1983–90 Kotilääkäri: 3 Suomen Lääkärilehti: 22	3 (100%) 9 (41%)	2 (66%) 2 (9%)
1991–96 Kotilääkäri: 1 Suomen Lääkärilehti: 12	1 (100%) 6 (50%)	1 (100%) 4 (33%)

Kotilääkäriin aids-artikkeleita ilmestyy 1980-luvulla kolme ja 1990-luvun alkupuoliskolla vain yksi, joten määrällisen tarkastelun pohjalta kyseisten repertuaarien esiintymisestä ei voi sanoa paljon. Kotilääkäri-lehden psykologisen ja maallikkorepertuaarin esiintyminen selittyy sillä, että lehti on suunnattu tavalliselle lukijalle. Lehti pyrkii tulemaan lähelle maallikkolukijaa.

Suomen Lääkärilehden psykologisen ja maallikkorepertuaarin käytössä tapahtuneista määrällisistä muutoksista voi selvästi huomata, että kirjoittajat eivät suosi psykologista ja maallikkorepertuaaria 1980-luvulla. Maallikkorepertuaari on 1980-luvulla käytössä 22:sta artikkelista vain kahdessa.

Esimerkiksi artikkelissa 'Verenluovutus ei ole HIV-testi' todetaan kaikkien verenluovuttajien lukeneen lehtisen, jossa riskikäyttäytyjiä pyydetään pidättäytymään verenluovutuksesta. Tästä huolimatta hiv-

positiivisista luovuttajista ”pari ei tullut ajatelleeksi asiaa” ja luovutti verta (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 841). Aids-riskiryhmään kuuluvat henkilöt ovat mahdollisesti ymmärtämättömyyttään luovuttaneet verta saadakseen tietää ovatko hiv-positiivisia vai ei. Toinen kirjoittaja tuo esiin potilaan psyykkisiä ”pelkoja ja tuen tarvetta sekä arkielämän järjestelyyn liittyviä kysymyksiä” (Suomen Lääkärilehti 8/1986, 734). Psykologista repertuaaria käytetään ensimmäistä kertaa vuonna 1985 ilmestyneessä artikkelissa, ja maallikkorepertuaari esiintyy vuonna 1986 ensimmäisen kerran (Suomen Lääkärilehti 4/1985, 256, Suomen Lääkärilehti 8/1986, 734–735). Psykologista repertuaaria käytettäessä korostetaan lääkärin taitoja: ”riskiryhmään kuuluvaa potilasta on osattava tutkia hienotunteisesti” (Suomen Lääkärilehti 4/1985, 256).

Tulkitsen 1980-luvun alun aids-artikkelien psykologisen ja maallikkorepertuaarin käytön vähäisyyden kertovan siitä, että hiv ja aids ovat uusia ongelmia ja tutkimusaiheita. Ensisijaista on selvittää sairautta lääketieteellisen tutkimuksen ja käytännön hoidon kannalta. Biolääketieteellinen tarkastelu on tuolloin etusijalla; 1980-luvun aids-artikkelit edustavat enimmäkseen ”puhdasta” lääketiedettä.

Psykologisen ja maallikkorepertuaarin käyttö lisääntyy 1990-luvulla: mietitään potilaiden ”tulevaisuuden suunnitelmia ja pelkoja” (Suomen Lääkärilehti 18/1992, 1755, Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1466, Suomen Lääkärilehti 34/1996, 3672) sekä ”lääkäreiden vastuukysymystä veripalvelun toiminnassa” (Suomen Lääkärilehti 4/1993, 303). Lääkärin tehtävänä on ymmärtää potilaiden pelkoja ja ottaa ne huomioon työssään sekä toimia asiallisen vastuullisesti. Sairausedidemiaan olemassaolo on todettu ja aidsin perustiedot on selvitetty. Lääketieteellisen näkökulman rinnalle nousee potilaiden hädän ja pelkojen ymmärtäminen. Lukijoiden puhuttelu muuttuu siten, että kirjoittajat pyrkivät motivoimaan terveydenhoitohenkilökuntaa ymmärtämään potilaiden kokemuksia sekä ohjaamaan heidän tunteitaan ja käyttäytymistään siten, että tehokas aidsin vastainen toiminta mahdollistuu.

Tekstien kirjoittajien näköalapaikat

Luvun alussa esitin kysymyksen, miksi kirjoittajat tarvitsevat useampia kuin yhden position ja repertuaarin tarkastelemaansa aiheeseen. Toin esiin viisi erilaista repertuaaria, joita tekstien kirjoittajat käyttävät ja esitin, millaisissa positioissa he esiintyvät kirjoittaessaan sairauksista. Analyysi osoittaa, että yksi syy tähän on tieteellisen artikkelin luonne ja sen vaatimat positioinnit. Lääketieteellistä repertuaaria on syytä käyttää etenkin tutkimusaineiston ja tulosten esittelyn yhteydessä. Tavoitteellisen repertuaarin paikka on artikkelin alussa, jossa tuodaan esiin tulossa olevat tärkeimmät sisällöt, mutta vielä yleisemmin artikkelin lopussa, jossa kirjoittajat asettavat tavoitteita tulevaisuuden sairauden vastaiselle toiminnalle.

Toinen syy erilaisista positioista kirjoittamiseen ja repertuaarien käyttöön liittyy terveydenhoitohenkilökunnan työn ja lääketieteellisen tutkimuksen moniulotteisuuteen. Lääketiede ja terveystieteet voi toimia yhden näkökulman varassa. Lääketieteellistä, tavoitteellista ja käytännöllistä repertuaaria käytetään silloin, kun esimerkiksi kerrotaan, miten ja millaisin toimenpitein ja lääkkein potilasta hoidetaan. Edellä mainitut repertuaarit ovat tutkimissani lehdissä yleisimmin käytettyjä tapoja kuvata sairauksia. Näiden lisäksi käytössä voi olla psykologinen repertuaari silloin, kun kirjoittaja pyrkii psykologisen tiedon kautta hallitsemaan ja ohjailemaan potilaita tai antamaan psykologista tukea kollegoilleen. Psykologisen repertuaarin käytön tarkoituksena on helpottaa lääkärin tai hoitajan työtä, mikä ei onnistu pelkän lääketieteellisen repertuaarin varassa. Psykologista repertuaaria käyttäessään kirjoittajat ovat ymmärtäjän ja tietäjän positioissa, he ymmärtävät ja pyrkivät ohjailemaan potilaiden tunteita, jotta lääketieteellinen hoito ja tutkimukset onnistuisivat parhaalla mahdollisella tavalla. Viides repertuaari, maallikkorepertuaari, tuo myös esiin sairauksiin liittyviä tunteita ja kokemuksia. Psykologisesta repertuaarista se poikkeaa kuitenkin siinä, että maallikkorepertuaarissa ei pyritä ohjaamaan potilaiden tunteita.

Lääketieteellinen, tavoitteellinen ja käytännöllinen repertuaari esiintyvät yleisesti ilman suuria muutoksia tai katkoksia koko tutkimusjakson ajan Suomen Lääkärilehden ja Terveystieteiden ja Hoitotieteiden lehti/Kotilääkärin

artikkeleissa. Edellä mainitut repertuaarit ovat käytössä lähes kaikissa tutkimissani teksteissä. Sen sijaan psykologista ja maallikkorepertuaaria esiintyy vähemmän ja niiden käyttöön liittyy myös historiallinen muutos, joka näkyy tuberkuloosi-artikkeleissa edellä mainittujen repertuaarien vähenemisenä mitä lähemmäs nykyaikaa tullaan. Vastaavasti aids-artikkeleissa nämä näkökulmat eivät juurikaan esiinny 1980-luvulla, mutta 1990-luvulla psykologinen ja maallikkorepertuaari nousevat selvemmin esiin tavoitteellisen, lääketieteellisen ja käytännöllisen repertuaarin rinnalle.

Muutokset selittyvät tarpeella lukijoiden motivoimiseksi sairauden vastaiseen toimintaan. Tuberkuloosin menettäessä vakavan ja laajalle levinneen kansantaudin luonteensa ei ole enää tarpeen motivoida hoitohenkilökuntaa, potilaita ja ylipäätään kansalaisia toimimaan niin tehokkaasti tuberkuloosia vastaan kuin aiemmin. Kun tuberkuloosi ilmaantuu uudelleen 1990-luvulla lääketieteellisten faktojen kertaaminen on terveydenhoitohenkilökunnalle ensisijaisempaa kuin potilaiden tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen. 1980-luvulla biolääketieteellinen lähestymistapa on keskeinen aids-artikkeleissa; aidsia tutkitaan ja hi-viruksen luonnetta selvitetään. Kun perustutkimusta on riittävästi tehty, aletaan 1990-luvulla kiinnittää enemmän huomiota aidsiin liittyviin pelkoihin ja niiden hallintaan muun muassa asiallisen informaation avulla. Lääkärin on työssään tietäjän position lisäksi osattava ottaa haltuun ymmärtävän ja kokevan subjektin näkökulma.

Lääketieteellisessä ja käytännöllisessä repertuaarissa lääkärin positio on tietäjän ja aktiivisen toimijan. Potilas jää tutkimuksen ja hoidon kohteeksi. Potilaan positio saa esineellisen luonteen. Peräkylä (1990, 32) toteaa tästä piirteestä, että tällainen asenne on välttämätön lääketieteessä, joka ei voi toimia ilman potilaan 'ihmisyysden' hetkittäistä purkamista. Peräkylän mukaan sairaalassa tarvitaan ajoittaista esineistämistä, mikä ei saisi tarkoittaa sitä, että potilaan subjektiivisesti kokonaan unohdetaan. Jos niin käy, on ihminen pelkkä mekaaninen laite, jonka lääketiede pyrkii korjaamaan.

Kärjistetysti voidaankin sanoa, että terveys on olotila, joka pyritään sairauden sattuessa palauttamaan korjaamalla "koneeseen" tullut vika. Syynä tähän ajatukseen on biologinen sairauskäsitys, jonka

pohja syntyi 1800-luvulla, jolloin anatomia, fysiologia, patologia ja mikrobiologia olivat jo pitkälle kehittyneitä. Luonnontieteellinen lähestymistapa on yhä olennainen osa lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa. Mekanistisimmillaan lääketiede ylikorostaa luonnontieteiden merkitystä ihmisen ja hänen sairauksiensa tutkimisessa. Sairaus on autonominen, ontologinen ”olio”, jota voidaan tutkia ihmisestä riippumatta. (Vuori 1979, 213, 255)

Henrik Wulff (1986) esittää, että lääketieteen oppikirjojen kirjoittajat johtavat usein biologiasta ’logiikan lakeja’, joiden perusteella parhaimmat hoidot sairauksiin löytyvät. Lääketieteellisissä tiedekunnissa opetus perustuu siihen olettamukseen, että kliininen lääketiede on hieman enemmän kuin biologista käytäntöön sovellettavaa tietoa. Biolääketieteen ja kliinisen lääketieteen välillä on ero. Kun lääketieteelliset lehdet kertovat uusista hoidoista ja tutkimustuloksista, on olennaista tietää, miten lääketieteellistä tietämystä sovelletaan käytännön hoitotyössä. Biologinen tietämys tarvitsee rinnalleen tietoa kliinisistä käytännöistä. Lääkärit tarvitsevat empiirisen näkökulman ratkaistakseen erilaisia kliinisiä ongelmia. (Wulff ym. 1986, 39–43)

Lääkärille ei siis riitä se, että hän on perillä sairauden kulkuun liittyvistä biologisista mekanismeista. Käytännön lääkärin työssä tarvitaan muutakin kuin luonnontieteeseen nojaavaa tietoa. Lääketiede on soveltavaa tiedettä, jossa sovelletaan luonnontieteiden ja teknologian, joskus myös yhteiskuntatieteiden, saavutuksia ja tutkimustuloksia. Monet lääkärit toimivat sekä tutkijoina että käytännön lääkäreinä, jolloin lääketieteellinen käytäntö ja teoria kietoutuvat toisiinsa. (Kärki 1998, 17)

Anssi Peräkylä (1995) tuo esiin, että länsimaisessa lääketieteessä potilaan näkeminen muunakin kuin pelkästään tutkittavana ja hoidettavana kehona on yleistynyt 1950-luvulta alkaen. ’Uusi lääketieteellinen vallankumous’ tarkoitti, että potilaan kokemus löydettiin ja potilaan mieli sekä sosiaaliset suhteet otettiin entistä enemmän huomioon potilasta hoidettaessa. Tämän lisäksi potilasta ei pelkästään nähty kokevana ja puhuvana subjektina, vaan häntä alettiin houkuttella puhumaan kokemuksistaan. Nykyinen lääketiede konstruoi erilaisten diskursiivisten käytäntöjen kautta potilaat kokeviksi ja kommunikoiviksi subjekteiksi. (Peräkylä 1995, 339) Lääkärien työssä tämä

merkitsee sitä, että he tarvitsevat biolääketieteellisen tiedon lisäksi psykologista ja maallikon näkökulmasta kumpuavaa ymmärrystä voidakseen hoitaa potilaitaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Eri repertuaarien esiintyminen aineistossa kertookin siitä, että kirjoittajat eivät näe sairasta ihmistä pelkästään mekaanisena ”koneena”, johon tullut vika pyritään selkeän reseptin mukaisella tavalla korjaamaan. Käytännön lääkärin työn monet vaatimukset tulevat esiin tutkimusaineiston lehdissä eri repertuaarien käytön ja yhdistämisen muodossa esimerkiksi niin, että osassa teksteistä lääketieteellinen repertuaari esiintyy sulassa sovussa maallikkorepertuaarin kanssa. Sairaus ja ihminen kietoutuvat monimutkaisella tavalla yhteen, ja ongelman selvittämiseksi tarvitaan muutakin kuin biolääketieteellistä tietoa. Asian voi sanoa myös niin, että lääketieteellinen tieto ja taito ovat kokonaisuus, johon sisältyy sairauden ja ihmisen ymmärtämiseksi tarvittavien näköalapaikkojen kirjo.

4. Sairaus taisteluna

Metaforat ovat olennainen osa jokapäiväistä kielenkäyttöä. Metaforien avulla ymmärrämme millainen maailma on. Metaforat ohjaavat perustavalla tavalla kieltä, ajattelua ja toimintaa tunkeutuen siten kaikkialle. Myös lääketieteellisissä ja terveysvalistusteksteissä käytetään metaforia. Niistä on löydettävissä elementtejä, jotka viittaavat muille elämänalueille kuin lääketieteen sfääriin. Sairautta ja niiden aiheuttajia kuvataan tuberkuloosi- ja aids-teksteissä erilaisin metaforin. Metaforinen kielenkäyttö liittyy myös sairauden vastaiseen toimintaan ja toimijoihin, jotka pyrkivät kukistamaan sairaudet. Metaforinen kielenkäyttö paljastaa kulttuurissamme syvällä olevia suhtautumistapoja sairauteen. Metaforat eivät ole viattomia, vaan ne ovat arvolutautuneita ja luovat sairaudelle tietynlaisen luonteen. Kirjoittajat vetoavat metaforia käyttämällä lukijoiden kokemukselliseen tietoon ja tunteisiin. Kirjoittaja saattaa esimerkiksi verrata sairautta taitavaan näyttelijään, joka naamioituu eri tavoin paljastamatta koskaan todellista luonnettaan lääketieteen tutkijalle.

Tässä luvussa analysoin teksteissä käytettyjä metaforia. Selvitän, millaisena toimijana sairaus metaforien avulla esitetään. Metaforista kielenkäyttöä analysoidessani kysyn, miten metaforia käytetään ja mitkä ehdot tulee täyttyä, että niitä teksteissä tarvitaan. Tätä kautta selviää myös, millaisia funktioita metaforien käytöllä on. Analysoin erikseen tuberkuloosi- ja aids-teksteissä käytettyjä metaforisia ilmauksia. Molempien sairauksien yhteydessä käytetään hyvin samanlaisia metaforia; tuberkuloosia ja aidsia verrataan luonnonilmiöihin, rikoksiin, matkan tekoon ja dramaattiseen näytelmään. Selvästi eniten on löydettävissä sodankäyntiin liittyviä metaforia. Pääpaino tar-

kastelussa onkin niissä. Luvun pääkysymys on, mikä funktio sota-metaforilla teksteissä on.

Tekstiaineistosta analyysissa on mukana 60 tuberkuloosia tai aisia käsittelevää tekstiä, joissa käytetään metaforisia ilmauksia puhuttaessa sairauksien luonteesta ja niitä vastustavasta toiminnasta. Olen kartoittanut metaforisia ilmauksia aineistosta etsimällä vastauksia kysymyksiin, millainen on sairaus ja miten sitä vastustetaan. Toisin sanoen metaforalla tarkoitan ilmaisuja, jotka kuvaavat sitä, millainen on sairaus tai sitä aiheuttava mikrobi on luonteeltaan sekä sitä, miten sairautta vastaan toimitaan. Se, että tarkastelu ei kata kaikkia artikkeleita, ei tarkoita sitä, etteikö aineiston muissa teksteissä esiintyisi lainkaan metaforia. Viime kädessä kaikki kielenkäyttö on metaforista. Rajaus on tehty sillä perusteella, että analyysiin mukaan otetuista teksteissä käytetään sota-, matka-, luonto-, rikos- ja näytelmämetaforia.

Luku etenee siten, että aluksi selvitän miten metaforinen kielenkäyttö teoreettisesti ymmärretään. Sen jälkeen esittelen aineistossa vuosina 1946–1996 esiintyviä metaforia. Luvun kolmannessa kappaleessa analysoin tuberkuloosi- ja aids-teksteissä käytettyjä mikro- ja makrotason sotametaforia sekä niiden tehtäviä. Lopuksi pohdin metaforisen kielenkäytön muutoksia ja seikkoja, joita tällaisesta militaristisesta kielenkäytöstä käytännössä saattaa seurata.

Metaforan teorioista

Metaforatutkimuksen juuret ovat pääosin kieli- ja kirjallisuustieteissä sekä retoriikan tutkimuksessa (Hellsten 1996a, 10)⁴³. Viime vuosi-

43. Metaforatutkimuksen perinne näkyy metaforateorioissa ja metaforan määritelmässä (Hellsten 1996b, 179). Metaforien tutkimuksen historiassa voi erottaa erilaisia vaiheita. Metaforan teoria tulee klassisilta reetoreilta, kuten Aristoteleelta. Klassisessa retoriikassa metafora ymmärrettiin yhdeksi trooppiksi, joka kattaa kaikki kielikuvat. Metaforalla ei klassisessa retoriikassa ole uuden tiedon tuottamisen arvoa, vaan sillä on emotiivinen eli yleisön miellyttämisen tai suostuttelun tehtävä. Uudessa retoriikassa metaforaa pidetään yhtenä trooppina muiden, kuten ilmiön osan avulla kokonaisuutta kuvaavien metonymioiden, joukossa. Metaforaa ei enää nähdä diskurssin ornamenttina, vaan ilmauksena, joka tuo uutta tietoa todellisuudesta. Metafora on enemmän kuin assosiaatio, sillä voi olla arvoituksen ratkaisijan tehtävä. (Ricoeur 2000, 86–92; 1986, 58) Sosiaali- ja humanistisiin tieteisiin, ja myös kulttuurintutkimukseen, metaforan tutkimus on tullut 'kielellisen käänteen' myötä (Barker 2000, 65). Kirjallisuustieteessä metaforien ja metonymien ajatellaan paljastavan tekstien implisiittisiä ulottuvuuksia ja syysuhteita

kymmeninä metaforia on tutkittu myös yhteiskuntatieteissä (esim. Aro 1999). Paul Ricoeurin (2000, 91) mukaan ”metafora on laskelmoitu virhe, joka tuo yhteensopimattomia asioita yhteen, ja tämän näennäisen vääринymmärtämisen keinoin muodostaa termien välille uuden, tähän asti huomaamattoman merkityssuhteen, jonka aiemmat luokittelun järjestelmät olivat jättäneet huomioimatta tai kieltäneet.” Metaforan voi myös määrittellä kahden ajatuksellisen kentän väliseksi vuorovaikutukseksi, jossa vaikeaa asiaa käsitellään jo tiedetyn kautta (Hellsten 1996b, 179).

Metaforalla tehdäänkin jokin outo tai monimutkainen ilmiö tutummaksi lukijalle tai kuulijalle. Metaforan käytöllä on silloin kognitiivinen funktio; metaforan käytön avulla helpotetaan vaikean asian oppimista ja ymmärtämistä. Käyttäessään metaforia kirjoittaja luo vaikeasti ymmärrettävälle ilmiölle ”tekijän”, jolloin lukija voi identifoida kohdat, joissa hän voi osallistua ongelman ratkaisuun (Shotter 1994, 15).

Toinen funktio metaforan käytöllä on silloin, kun kirjoittaja haluaa painottaa tai tiivistää sanomansa. Metaforaa käyttämällä kirjoittaja voi varmistaa, että hänen argumenttinsa saavuttaa lukijan. Metaforat ovat tärkeä retorinen resurssi, jota kirjoittaja käyttää muodostaessaan selityksiä monimutkaisille asiantiloille (Shotter 1994, 15). Vaarana voi tällöin olla, että metafora on niin värikäs, että sen käyttö herättää lukijassa ärtymistä tai vastustusta, tai toisaalta niin tuttu ettei lukija edes huomaa metaforan avulla tavoiteltua vaikutuspyrkimystä, eikä sovelta kirjoittajan metaforisesti esittämää tavoitetta omaan toimintaansa.

Tapa, jolla ihmiset ajattelevat, kokevat ja tekevät asioita on aina metaforien läpikäyttöä. Kun viitataan näin ”kaiken kattavaan” metaforiseen kielenkäyttöön, on kyse kognitiivisesta metaforateoriasta. Teorian mukaan metafora on mielikuvaskaema, jonka avulla tehdään ymmärrettäväksi vaikeasti kuvattavissa olevia ilmiöitä. Abstraktin ajattelun ymmärretään muodostuvan siirtymistä kokemuksellisilta tai vähemmän käsitteellisiltä tasoilta käsitteellisemmille tasoille. Vaikean

(Rimmon-Kenan 1991, 87). Kulttuurintutkimuksessa metaforisen kielenkäytön tutkimusta pidetään tärkeänä, koska metaforat ovat yhteydessä sosiaalisiin luokitteluihin, arvoihin ja politiikkaan. (Barker 2000, 358)

käsitteen ymmärtäminen tapahtuu konkreettisemmän asian avulla. Metafora on tärkeä työväline silloin, kun yritetään ymmärtää edes osittain ilmiötä, jota ei täysin voida käsittää. (Lakoff & Johnson 1980, 3, 193)

Metaforassa yhdistyy kaksi semanttista struktuuria, jossa lähdealue ja kohdealue muodostavat yhtenäisen kompleksisen käsitteen (Onikki 1992, 36). Esimerkiksi ilmaisussa ”ihminen on susi”, ihminen on metaforan kohdealue ja susi lähdealue. Kun suden termillä kuvataan ihmistä, syntyy käsitys ”susimaisesta” ihmistyyppistä, joka on aggressiivinen ja yksinäinen. (Hellsten 1996a, 23) Sama asia voidaan ilmaista perustan ja teeman käsitteillä. Metaforisessa ilmaisussa on silloin kyse analogiasta, jossa perusta ja teema ovat jotenkin samankaltaisia tai toisiinsa sulautuneita. Esimerkiksi tieteen tekemistä voidaan verrata ajatusrakennusten rakentamiseen. Rakennelmina ajatukset voivat kestää, olla tukevia tai sortua. (Aro 1999, 40) Sairauksia koskevissa kuvauksissa edellä sanottu tarkoittaa, että sairauden vastainen toiminta asettuu kohdealueeksi tai perustaksi, jota kuvataan erilaisilla lähdealueen käsitteillä tai teemoilla.

Metaforalla on kaksi vastakkaista tehtävää. Se tekee tuntematonta tutuksi ja tuttua tuntemattomaksi. Ennestään tuntematon asia tehdään tutummaksi silloin, kun sillä osoitetaan olevan yhtymäkohtia jonkin jo ennestään tunnetun asian kanssa. Toisaalta jo ennestään tunnettua ilmiötä voidaan kuvata uudella metaforalla, jolloin ilmiöstä paljastuu uusia piirteitä. Metafora siis korostaa joitain piirteitä peittäen samalla näkyvistä joitain toisia piirteitä. (Aro 1999, 140) Paul Chilton ja Mikhail Ilyin (1993) sanovat, että metaforia käytetään kommunikaatiossa erityisesti silloin, kun pyritään ymmärtämään uusia ja vaikeasti ymmärrettäviä ilmiöitä. Metafora on kuin ikkuna, joka avautuu ihmisen mieleen ja moraalisysteemiin (Harvilahti ym. 1992). Metaforien käyttö tapahtuu pääasiassa automaattisesti ja tiedostamatta.

Metaforinen kielenkäyttö ei ole neutraalia, koska metaforat omalta osaltaan tukevat tai horjuttavat instituutioiden arvo- ja moraalijärjestyksiä. Kirjoittaja tulee aina paljastaneeksi itsestään jotain käyttäessään metaforista kieltä (Luostarinen & Väliverronen 1991, 56). Metaforien arvosidonnaisuutta ei kuitenkaan yleensä ajatella tietoi-

sesti, koska metaforat ovat osa konventionaalista kielenkäyttöä eikä niiden merkityksiin siten tulla kiinnittäneeksi sen kummempaa huomiota (Fiske 1992).

Metaforia käytetään yleisesti tieteessä. Perelmanin (1996) mukaan filosofinen tai mikään muukaan luova ajattelu ei voi selvitä ilman metaforia. Metaforia käytetään erityisesti silloin, kun kirjoittaja suostuttelee lukijaa osallistumaan johonkin yhteiseen toimintaan, esimerkiksi tietäntyyppiseen ajattelutyöhön. (Perelman 1996, 140) Jari Aron (1999) mukaan implisiittiset metaforat sosiologian luonteesta ja tehtävistä ohjaavat sosiologista kielenkäyttöä. Esimerkiksi tieteenfilosofisella tasolla empirismin tieteenfilosofiassa kieltä verrataan työkaluun, jolloin kielen ajatellaan olevan väline eikä itsessään todellisuutta tuottava voima. Sosiologit käyttävät myös metaforia veratessaan yhteiskuntaa mekanismiin tai organismiin. Tällaisia metaforia sanotaan juurimetaforiksi, ja niiden avulla yhteiskunta ymmärretään rajatuksi kokonaisuudeksi, jonka sisällä on keskenään tekemisissä olevia osia. (Aro 1999, 41–43)

Läketieteessä metaforia käytetään erityisesti silloin, kun tehokasta hoitoa jotain sairautta vastaan ei ole vielä keksitty (Sontag 1991). Esimerkiksi Alzheimerin taudin yhteydessä on puhuttu sairaudesta, joka on vihollinen. Taudilla on erityinen luonteensa, josta ei tiedetä kaikkea tarpeellista, mutta toivoa ”normaalin vanhenemisen” saavuttamisesta on, kunhan taistelua vihollista vastaan jatketaan. (Gubrium 1986, 114, 121)

Susan Sontag on ensimmäinen moderni kriitikko, joka on vakuuttavasti analysoinut sairauden tekemistä merkitykselliseksi metaforan avulla (Lupton 1995, 58). Sontag tuo esiin, että jokaiselle lääkäriille ja potilaalle militaristinen kielenkäyttö on tuttua. Militarististen metaforien käyttö alkoi 1600-luvulla ja lisääntyi terveystaloustieteen kampanjoissa 1900-luvun alussa. Sontagin mukaan

Sairaus käsitetään vieraiden organismien hyökkäykseksi, jota vastaan ruumis reagoi omilla sotilaallisilla operaatioillaan, kuten mobilisoimalla immunologisen ”puolustuksen”, ja itse lääketiede on ”aggressiivista” niin kuin suurin osa kemoterapioista asian ilmaisee. (Sontag 1991, 99–100)

Esimerkki metaforien käytöstä Sontagilla on 1920-luvun Italias-ta. Tuberkuloosia vastaan suunnatussa kampanjajulisteessa ”Sota kärpäsiä vastaan” kärpäset kuvataan vihollislentokoneiksi, jotka kylvävät kuoleman pommeja viattoman väestön päälle. Pommeja on eri nimisiä; yhdessä lukee ”Mikrobit”, toisessa ”Tuberkkelibakteerit” ja kolman-nessa ”Sairaus”. Kärpästä ohjaa mustaan huppuviittaansa pukeutunut luuranko. Toisessa julisteessa esitetään keinoja tuberkuloosin voitta-miseksi. Aseet, joilla kuoleman hahmo kukistetaan, ovat ”Puhtaus”, ”Aurinko”, ”Raitis ilma”, ”Lepo”, ”Oikea ruoka” ja ”Hygienia”. Militaristiset metaforat ovat potilaiden kannalta hankalia, koska ne stigmatisoivat sairauden ja samalla ihmiset, jotka ovat sairaita. (Sontag 1991, 100–101) Sairaus on pelkkä sairaus ja leimaavista metaforista pitäisi päästä Sontagin mielestä eroon. Avoimeksi kysymykseksi jää, miten se on käytännössä mahdollista.

Metaforien tyypit

Tuberkuloosia ja aidsia käsittelevistä teksteissä esiintyy erilaisia metaforien tyyppejä. Metaforia käytetään erityisesti artikkeleiden alussa ja lopussa, joissa kirjoittajat pyrkivät tiivistämään sanomaansa ja ehdot-tamaan, mitä epidemioiden laajenemisen estämiseksi olisi tehtävä. Sairauksista kirjoitettaessa käytetään sotaan, rikoksiin, matkustami-seen, luontoon ja näytelmään liittyviä metaforia. Yleisimmin käytet-tyjä metaforia tuberkuloosi- ja aids-teksteissä ovat sotametaforat. Tu-berkuloosi ja aids sekä näitä sairauksia aiheuttavat mikrobit kuvataan militaristisin termein. Näitä metaforia esiintyy sekä mikro- että makrotason kuvauksissa. Mikrotason metaforilla tarkoitan ilmaisuja, joilla kuvataan sairauksia tai niitä aiheuttavia mikrobeja toimijoina. Esimerkiksi tuberkuloosi kuvataan toimijaksi, joka ”ei odota soveliaampaa aikaa, se jatkaa hellittämättä tuhotyötään” (Terveysten-hoitolehti 2/1947, 46). Makrotason metaforilla luonnehditaan eri-laisia kollektiiveja toimijoina. Ne esiintyvät yhteisöjen, kuten kansan tai terveydenhuoltojärjestelmän, sairauden vastaisen toiminnan ku-vauksissa: ”osana taistelua resistenttiä tuberkuloosia vastaan ovat kes-kieurooppalaiset tutkijat kehittäneet menetelmän” (Suomen Lääkäri-lehti 14/1993, 1351). Mikro- ja makrotason sotametaforia esiintyy

sekä yhdessä että erikseen siten, että yksittäisessä tekstissä voi esiintyä vain yksi militaristinen metaforatyyppejä tai rinnakkain sekä mikro- että makrotason sotametaforia. Esimerkiksi edellä lainatussa tekstissä makrotason metaforisen sairauden vastaisen toiminnan kuvauksen lisäksi samassa tekstissä esiintyy mikrotason sotametafora, kun kirjoittaja toteaa tuberkuloosin olevan sairauden, joka ”on jälleen nostamassa päätään tappavana keuhkotautina” (Suomen Lääkärilehti 14/1993, 1352).

Yksi tapa käyttää metaforia on sairauden vertaaminen luonnon ilmiöihin. Sekä tuberkuloosi- että aids-teksteissä luontometaforia käytetään eniten vuosina 1986–1996, jolloin molemmat sairaudet ovat lisääntyneet. Aids on esimerkiksi ”synkkä pilvi vapaan seksin taivaalla” (Kotilääkäri 12/1986, 16). Sairaus edustaa luontoa, jonka voima on suurempi kuin ihmisen⁴⁴. Tuberkuloosi leviää uutena ”aaltona” maahan.

Ensimmäiset varoitukset uudesta tuberkuloosiaallosta saatiin kuusi vuotta sitten kun eri puolilla maata alkoi ilmetä pieniä tapauksia, joiden aiheuttajiksi todettiin useille lääkkeille resistenttejä basillikantoja. Niiden lähteenä oli lääkkeidenkäytön laiminlyönyt tai keskeyttänyt potilas, useimmiten huumeidenkäyttäjä tai aids-potilas. (Suomen Lääkärilehti 6/1992, 543)

Luontometaforien tehtävänä on kuvata sairausepidemian kehittymistä. Luontoa kuvaavien ilmaisujen käyttö on vaihtoehto kvantitatiiviselle kuvaukselle; sen sijaan, että kirjoittaja mainitsisi epidemiaa kuvaavia numeroita, hän vertaa epidemiaa aaltoon. Myös aidsia verrataan veden aaltoihin, kun todetaan että ”pitäisi ymmärtää taudin aaltomainen luonne” (Kotilääkäri 11/1990, 44). Ilmaisulla ei viitata epidemiaan, vaan siihen, mitä aidsia sairastavassa ihmisessä tapahtuu; sairausprosessi etenee vaiheittain.

44. Mikko Jauho (1997) toteaa, että Terveystieteissä luonnosta oli havaittavissa kaksi näkemystä. Yhtäältä luonto on neutraali, tieteellisen ja objektiivisen tutkimuksen kohde. Toisaalta luonto jaetaan ”hyvään” ja ”huonoon” luontoon. Hyvää luontoa edustaa terveys, jota tulee edistää. Sairaus on osa huonoa luontoa ja sitä tulee välttää ja kitkeä pois.

Sairautta verrataan myös dramaattiseen näytelmään. Kyseessä on ihmisten välinen sosiaalinen toiminta silloin, kun kirjoittajat käyttävät näytelmämetaforia (Aro 1999, 42). Sairaus on ihmiselämässä dramaattinen tapahtuma, johon osallistuu erilaisia näyttelijöitä ja näytelmää avustavia toimijoita. Toiset sairaudet esitetään päänäyttämöllä, kuten esimerkiksi sydänsairaudet ja monet muut ”kunnialliset” sairaudet, joita sairastuneen ei tarvitse hävetä yleisön edessä⁴⁵. Tuberkuloositeksteissä näytelmämetaforaa käytetään yhdessä artikkelissa.

Kyllähän se tiedetään, että kun esimerkiksi keuhkotauti iskee ihmiseen, hän on tuhon oma tahi ainakin auttamattomasti ’poissa pelistä’; elää kituuttaen hetken kaksi ikään kuin kulissien takaista elämää pysyen parhaassakin tapauksessa varjo-olentona elämänsä loppuun saakka. (Terveystieteiden aikakauslehti 3/1950, 59)

Esimerkissä elämä verrataan sekä näytelmään että peliin. Sairastunut joko tuhoutuu tai on ainakin kykenemätön pelaamaan tervettä elämän peliä. Hän joutuu ”pois pelistä”. Elämä ei myöskään ole enää näytelmään osallistumista, vaan tapahtumien seuraamista näyttämön kulisseista. Sairastuneella ei ole enää vahvaa ja näkyvää roolia elämän näytelmässä. Keuhkotautiin sairastunut ihminen muuttuu taustalle olennoksi, joka on elämänsä loppuun asti kuin varjo.

Tuberkuloosi ja aids ovat sairauksia, joihin liittyy häpeää ja pelkoa, eikä potilaan ole helppo kertoa muille olevansa sairas. Näytelmämetaforalla viitataan tilanteeseen, jossa sairastunut salaa tilanteen muilta, kuten hiv-positiivinen potilas asian ilmaisee: ”Risto on aika kyllästynyt salailuun, mustiin laseihin ynnä muuhun dramaattiseen rekvisiittaan. Kyseessä on sairaus, ei sen kummempaa, samanlainen kuin leukemia tai diabetes.” (Kotilääkäri 11/1990, 44) Dramaattiseksi tehty sairaus pakottaa potilaan ottamaan roolin, jossa hän ei

45. Maila Talvion romaanissa kirjan päähenkilö pohtii sairauttaan verraten sitä tuberkuloosidraamaan: ”Näiden neljänkymmenenviidentuhannen kipeät elämänvaiheet olivat kirjaille sen esiripun, joka oli laskeutunut Helmin terveydenaikaisen ja sairastamiskauden väliin. Pari kuukautta sitten hän vielä itsekin oli kirjailut sitä – nyt hän oli päässyt katsojien puolelle. Mutta vaikka Helsinki olikin nyt ottanut hänet valtoihinsa, niin ei hänestä milloinkaan saattanut tulla tuberkuloosidraaman syrjästäkatsojaa.

voi esiintyä omana itsenään. ”Risto on viittä vaille valmis tulemaan juttuun omalla nimellään” (Kotilääkäri 11/1990, 44), mutta esiintyy lehden haastattelussa kuitenkin peitenimellä. Julkisenä ”HIV-kasvona” esiintyminen ”voi viedä ihmisen elämän ihan sekaisin” (Kotilääkäri 11/1990, 44).

Kirjoittajat puhuvat sairaudesta myös rikosta kuvaavin ilmaisin. Rikosmetaforia käytetään vuosina 1946–1955 ja 1985–1996, jolloin tuberkuloosi ja aids ovat vaikeasti parannettavia tai parantumattomia sairauksia. Sairaudet ovat silloin vakavia haasteita lääkäreille ja potentiaalisia tuberkuloosi ja aids -tapauksia epäillään. He ovat ”epäiltyjä” taudin kantajia (Suomen Lääkärilehti 3/1948, 39; Suomen Lääkärilehti 9/1987, 812). Lääkäreiden tehtävänä on paljastaa taudin kantajat. Rikosmetaforien tehtävänä onkin kuvata lääkäreiden työtä, jota voi verrata salapoliisin jäljitystyöhön. Lääkärit pyrkivät pääsemään ”sairaiden jäljille” (Terveydenhoitolehti 5/1949, 111). Lääketieteelliset testit ja löydökset toimivat ”merkkinä” siitä, onko henkilö sairas vai ei (Suomen Lääkärilehti 23/1948, 682). Lääketieteellinen testi on todiste, joka näyttää sairauden tai terveyden tosiasiallisen tilan.

Neljäs sotametaforia marginaalisemmin teksteissä esiintyvä metaforinen ilmaisutapa liittyy matkustamiseen. Matkametaforien tehtävänä on kuvata sairausepidemian ja sairauden vaikutusta yksittäisiin ihmisiin. ”Suomi on onneksi syrjässä valtavyyliltä” (Suomen Lääkärilehti 13/1980, 1093) todetaan artikkelissa, jossa esitellään Suomen tilannetta ja tuberkuloosin vaivaamia maailman osia. Eniten matkametaforia käytetään vuosien 1986–1996 aids-teksteissä. Yksittäisiin ihmisiin aidsin kuvataan vaikuttaneen niin, että he ovat varovaisempia sukupuolisuhteissaan. Tietoisuus tartunnan mahdollisuudesta hidastaa monien vauhtia seksuaalisuutensa toteuttamisen suhteen. ”Tappavan taudin pelko pistää jarrut päälle” (Kotilääkäri 12/1986, 19). Tietoisuus aidsista voi pysäyttää ihmissuhteen etenemisen seksuaalisuhteeksi.

Eri metaforatyypien lukumääräinen esiintyminen on nähtävissä taulukossa 5. Taulukossa on mukana 60 tekstiä, joissa käytetään metaforisia ilmauksia. Kutakin metaforatyypistä voidaan käyttää yhdessä tekstissä useita kertoja. Tutkimusaineiston kahden eri lehden

välillä ei ole kovin suuria eroja metaforien käytön suhteen, ei myöskään tuberkuloosi- ja aids-tekstien välillä⁴⁶. Taulukon luvut eivät kerro metaforisten ilmaisujen kokonaismäärää, vaan sen, kuinka monessa erillisessä tekstissä kukin metaforatyyppejä on käytössä. Yhdessä artikkelissa saatetaan käyttää useampaa kuin yhtä metaforatyyppejä. Esimerkiksi vuonna 1988 ilmestyneessä aids-artikkelissa puhutaan aidsista ”tappavana tuliaisena”, seksuaalimyönteisyyttä ”pidetään aseena aidsia vastaan” ja nuorten elämää sanotaan hallitsevan ”kolmio-draaman”, johon sisältyy luonnollista kypsymistä seksuaalisuhteeseen, huolta tämän tarpeen toteutumisesta sekä taudin ja raskauden pelkoa (Suomen Lääkärilehti 35/1988, 3499).

Taulukko 5.

Eri metaforien esiintyminen tuberkuloosi- ja aids-teksteissä vuosina 1946–1996

Eri metaforat	1946–1955	1956–1965	1966–1975	1976–1985	1986–1996
Makrotason sotametaforat 25	5 (20%)	5 (20%)	2 (8%)	-	13 (52%)
Mikrotason sotametaforat 21	9 (43%)	3 (14%)	1 (5%)	1 (5%)	7 (33%)
Luonto-metaforat 14	3 (21%)	1 (7%)	1 (7%)	1 (7%)	8 (57%)
Rikos-metaforat 9	3 (33%)	-	-	-	6 (67%)
Matka-metaforat 8	1 (11%)	1 (11%)	-	1 (11%)	6 (67%)
Näytelmä-metaforat 4	1 (20%)	-	-	-	4 (80%)

46. Suomen Lääkärilehdessä metaforia käytetään 39:ssä tekstissä, Terveystieteiden/ Kotilääkärin vastaava luku on 21. Aids-teksteissä metaforia esiintyy 29:ssä tekstissä ja tuberkuloositeksteissä metaforia on yhteensä 31:ssä kirjoituksessa. Yksittäisiä aineistos-



Taulukosta 5. voi nähdä, että eri metaforia käytetään selvästi eniten vuosina 1986–1996 ilmestyneissä tuberkuloosi- ja aids-teksteissä. Myös vuosina 1946–1955 ilmestyneissä tuberkuloositeksteissä metaforia käytetään jonkin verran. Vuosina 1956–1965 sotametaforia käytetään teksteissä jonkin verran. Vuosina 1966–1985 kaikkien eri metaforien käyttö on vähäistä tai olematonta.

Yleisimmin käytettyjä metaforia ovat mikro- ja makrotason sota-metaforat. Eniten niitä käytetään vuosina 1986–1996, jolloin sekä tuberkuloosi että aids leviävät eri puolilla maailmaa. Myös vuosina 1946–1955 niiden käyttö on aika yleistä tuberkuloositeksteissä.

Sotametaforilla kuvataan sairauden vastaista makro- ja mikrotason toimintaa. Kansalaisia ja eri terveydenhoidon tahoja kutsutaan sota-metaforia käyttämällä yhteiseen ”taisteluun” sairauden kukistamiseksi. Myös mikrotason sotametaforat ovat osa sairauden vastaisen toiminnan kuvausta. Ensisijainen mikrotason toimija on sairaus tai mikrobi, joka kuvataan esimerkiksi tuhoavia ”luonteenpiirteitä” omaavaksi olennoiksi. Mikrotason sotametaforilla personifioidaan sairauden tartuntatapa. Makrotason sotametaforia ei käytetä lainkaan vuosina 1976–1985. Tähän tulokseen liittyvä analyttinen kysymys onkin, mikä selittää makrotason sotametaforien ajoittaisen häviämisen.

Sota, siis konkreettinen sodankäynti, on ihmisten mielissä ja elämässä yleensä negatiivinen ja vastustettava asia. Sota on poikkeustila tavallisen arkielämän kullussa. Lääketieteellisissä teksteissä puhutaan kuitenkin usein militaristisin äänenpainoin. Kuten edellä toin esiin, militaristiset metaforat ovat yleisimmin käytettyjä metaforia tutkimissani teksteissä. Voi kysyä, miten on selitettävissä se, että sairauksien hoidon ja tutkimuksen yhteydessä puhutaan usein sodasta tautivihollista vastaan.

Sotametaforat eivät esiinny tasaisesti vuosien 1946–1996 tuberkuloosi- ja aids-teksteissä. Ajoittain on havaittavissa militaristisen kielenkäytön tihentymiä sekä vastaavasti lähes täydellisiä sotametaforien

sa esiintyviä metaforia, joita en luvussa analysoi ovat esimerkiksi musiikkiin liittyvä kielikuva: ”virus vaurioittaa immuunipuolustusta, jonka ”kapellimestarina” juuri Tauttajalymfosyytit ovat” (Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1410) ja reproduktiota kuvaava metafora: ”Koch löysi tuberkuloosin synnyttäjän, tuberkkelibasillin” (Terveydenhoito-lehti 3/1947, 72).

katoamisia. Analysoin jatkossa sitä, mikä selittää sotametaforien ajoittaiset tihtymät ja katoamiset teksteissä. Samalla selvitän makro- ja mikrotason sotametaforien käytön funktioita. Käsittelen mikro- ja makrotason metaforia erikseen, mikä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että niiden välinen ”tehtävien jako” olisi aina selkeä. Mikro- ja makrotason metaforat kietoutuvat osin teksteissä toisiinsa, joten niiden esittely ja analysointikaan ei voi tapahtua täysin toisistaan erillisenä.

Mikrotason sotametaforien tehtävät

Mikrotason sotametaforista on kyse silloin, kirjoittajat kuvaavat sairautta, potilaan kehoa tai hänen suhtautumistaan sairastamiseen. Mikrotason sotametaforien käyttö tulee esiin, kun kirjoittajat kuvaavat millaisen sairauden kanssa erilaiset yksilöt ja yhteisöt ovat tekemisissä. Mikrotason sotametaforien tehtävänä on silloin edistää vaikean ilmiön, vakavan sairauden ja sen ”luonteenpiirteiden” ymmärtämistä. Esimerkiksi tuberkuloosin sanotaan olevan ”kansakuntia heikentävän tautihirviön” (Terveydenhoitolehti 3/1950, 61).

Tuberkuloosi on todella se kansanterveyden vihollinen, jonka kanssa meidän maassamme kaikkein useimmat henkilöt joko suoranaisesti tai välillisesti ovat joutuneet kosketuksiin. Se on tuonut ja tuo murhetta ja surua koteihin enemmän ja murskaa kauniita tulevaisuudensuunnitelmia julmemmin kuin mikään muu tauti. (Terveydenhoitolehti 3/1947, 71)

Sairaudelle rakennetaan kasvot personifoimalla se ”tautihirviöksi” ja mikrotason sotametaforaa käyttämällä sairaudelle annetaan vihollisen luonne ja toimintatavat. Toimijana tuberkuloosi on murheen tuoja ja tulevaisuuden toiveiden murskaaja.

Aids-teksteissä mikrotason sotametaforat ovat käytössä heti ensimmäisestä, vuonna 1983 ilmestyneestä aids-aiheisesta artikkelista alkaen. Sotametaforat esiintyvät aluksi vain mikrotason toimijoiden kuvauksissa. Myöhemmin 1980-luvulla aletaan käyttää myös makrotason sotametaforia. Ensimmäisissä aidsia käsittelevissä teksteissä militaris-

tinen kielenkäyttö ei ole kovin selvästi esillä, mutta sotametaforia on kuitenkin löydettävissä. Ne esiintyvät mikrotason metaforina; sairau- den luonteen kuvauksen yhteydessä.

1980-luvun alun aids-teksteissä lukijoita ei selvästi kutsuta yhteiseen taisteluun sairauden voittamiseksi, vaikka yksi kirjoittaja toteaa- kin yleisellä tasolla, että ”näin vakavan taudin ollessa kyseessä on ehdottomasti pyrittävä tekemään kaikki voitava” (Suomen Lääkärilehti 15/1983, 1420). Taisteluareena ei ole kuitenkaan vielä selvillä. Vi- hollinen on tiedossa ja sen ”luonteen” sanotaan olevan ”aggressiivi- nen” (Suomen Lääkärilehti 15/1983, 1419), mutta taistelun makro- tason osapuolia ei eritellysti kutsuta mukaan yhteiseen taisteluun ennen kuin tiedetään tarkemmin, miten toiminnassa tulisi edetä. Sotaa suun- nitellaan, mutta siihen ei ole täysitehoisesti vielä varustauduttu. Te- hokkaat aseet vihollista vastaan ovat keksimättä.

Myöhemmin 1980-luvulla aidsin vastaisen taistelun osapuolet määritellään selkeämmin ja sota virusta vastaan on käynnissä. Aidsin vastaiseen armeijaan kuuluvat lääketiede ja aika, jota tutkijat tarvitse- vat tehokkaiden lääkkeiden ja rokotuksen kehittämiseen. Terveysten- hoitohenkilökunta ja potilaat, silloin kuin he toimivat taudin etene- mistä ehkäisevästi, ovat aidsin vastustajia. Hi-viruksen ja ihmisten välinen taistelu tapahtuu lääketieteellisissä tutkimuslaitoksissa ja sai- raaloissa. Edellä mainittujen lisäksi potilaan ruumista voi pitää yhte- nä taistelun osapuolena sikäli, että siinä varsinainen taistelu sairautta vastaan tapahtuu. Ihmisellä on puolustusjärjestelmä, joka taistelee tunkeutujia, sairauksia aiheuttavia mikrobeja vastaan.

Suomen Lääkärilehden Octopus-palsta, jossa esitellään lyhyesti uusia lääketieteellisiä tutkimustuloksia vapaamuotoisempaan tyyliin kuin saman lehden artikkeleissa, kuvailee aidsin vastaista toimintaa näin:

Nyt Octopus, kiihkottoman ja asiallisen tiedon välityksen vaa- timaton ritari, heittäytyy tämän populistisen (tai ainakin popu- laarisen) aiheen kimppuun. AIDS näyttää erällä foorumeilla kirjoittaneen jonkinlaiseen populistiseen kirjoitteluun, ja velvollisuudentunnostakin Octopus haluaa kiillottaa oman haarniskansa. (..)

On kuitenkin syytä korostaa, että taudille on olemassa selvät riskiryhmät. Ennaltaehkäisy onkin näin ollen selkeää – verenuovuttajien veri on testattava ja seksuaalitapojen on muututtava. Hysteriaan ei ole aihetta ja sen lietsomista on vältettävä. Meidän vastuullemme lankeaakin oikean tiedon ja sen mukaisien asenteiden muokkaaminen. (Suomen Lääkärilehti 14/1986, 1335)

Ritari hyökkää aiheen kimppuun ollen samalla myös vaatimaton ja oikeiden asioiden puolustaja. Toiminta aidsia vastaan ei ole mahdollonta, koska on olemassa selvät riskiryhmät. ”Meidän”, lääkäreiden, tehtävänä on levittää oikeaa tietoa ja muokata asenteita. Toisin kuin jotkin muut tahot, lääkärit eivät levitä hysteriaa. Lääkäri, joka on esimerkissä ritari, on asiallisen ja kiihkkottoman tietäjän positiossa. Samanaikaisesti lääkäri on myös sotilaallinen toimija, joka tarkastelee tautia ”heittäytymällä sen kimppuun”.

Myös ihmisen kehoon yhdistetään mikrotason sotametaforista kuvausta. Mikrotason metaforia käyttämällä kuvataan ihmisen keho taistelulenttänä, jossa terveyttä ylläpitävät ja sairautta aiheuttavat toimijat ovat vastakkain. Immuunijärjestelmä tai kehon puolustusjärjestelmä muodostuu terveistä ja ”taistelevista” soluista, jotka torjuvat keholle haitalliset mikrobit ja pyrkivät palauttamaan kehon normaalitilaan. Aids on tässä suhteessa ongelmallinen sairaus, sillä keholla ei ole luonnostaan kykyä eliminoida oireyhtymän aiheuttajaa. Sairauden aiheuttaja, tässä tapauksessa nerokas hi-virus, on kehon ulkopuolinen vieras tunkeilija, joka ei sinne varsinaisesti kuulu. Mikrotason sotametaforat liitetään mikrobin tapaan levitä ihmisten kehoissa. Hi-virus personifoidaan esittämällä se erityisen kyvykkäänä toimijana. Virus on nerokas ihmisen tuhoaja:

Emme ole aikaisemmin joutuneet tekemisiin viruksen kanssa, joka on varmistanut leviämisensä yhtä nerokkaasti: Se tuhoaa juuri ne solut, joiden pitäisi puolustaa meitä infektioita vastaan. Se kulkeutuu aivoihin ja heikentää älyllisiä toimintoja. Se sallii isäntänsä elää vuosikautia tartunnanvaarallisena, ja siirtyy huomiota herättämättä seksuaalikontaktissa ihmisestä toi-

seen, jopa seuraavaan sukupolveen. (Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1409)

Virus ”osaa” tehdä valintoja; ”näyttää siltä, että virus on tullut jäädäkseen, koska se on valinnut kaksi elämää ylläpitävää elementtiä: veren ja sperman” (Suomen Lääkärilehti 22–23/1986, 2054). Hi-viruksen ”nerokkaasta” toimintavasta johtuu, että rokotetta sitä vastaan on vaikea keksiä. Kehon puolustusjärjestelmä ei voi tehdä virukselle mitään. ”HIV ei kohtaa immuunivastetta, koska se ei käy solujen ulkopuolella” (Suomen Lääkärilehti 34 /1992, 3246). Hi-virus osaa ”väistää” ja myös tuhota kehon oman puolustuksen, jolloin ”immuunivasteeseen perustuvat rokotteet” (Suomen Lääkärilehti 34/1992, 3246) eivät tehoa.

Viruksella ei ole tietoisuutta itsestään, eikä se pysty tietoiisiin tuhoa aiheuttaviin valintoihin. Huolimatta tästä mikrobi personifoidaan: se on kuin inhimillinen olento, jolla on vihollisen luonne. Mikrotason personifioivia sotametaforia käytetään siksi, että inhimillistä toimintaa kuvaavia termejä käyttämällä saadaan kompleksinen asia selitettyä järkevasti (Lakoff & Johnson 1980, 34). Metaforat ovat osa käsitteellistä välineistöä, joiden avulla mahdollistuu uusien, vaikeiden ja etäisten ilmiöiden ymmärtäminen (Chilton & Ilyin 1993, 9–10).

Voi kysyä, miksi keho mielletään nimenomaan puolustusjärjestelmäksi. Yksi selitys asialle on, että metafora kuvaa sitä, mitä solujen toiminnasta voi nähdä. Mikrobit ovat pieniä yksiköitä, mutta elektronimikroskoopin kautta niiden toimintaa on mahdollista havainnoida⁴⁷. Terveyttä ylläpitävät ja tuhoa aiheuttavat mikrobit näyttävät taistelevan keskenään. Kun jokin ilmiö nähdään, se voidaan ottaa jollain tavalla haltuun (Merleau-Ponty 1993, 27). Metaforinen mikrobien toiminnan kuvaus on tapa haltuunottaa ja käsittää viruksen liikkeet. Mikrobi ei ole tuntematon, kun siitä voidaan sanoa jotain ymmärrettävää. Vaikea asia tehdään ymmärrettäväksi mikrotason sota-metaforien avulla.

47. Elektronimikroskoopin kautta katsottuna sairauksia aiheuttavat virukset tunkeutuivat terveisiin soluihin ja aiheuttavat niissä solutuhoa. Virukset tarvitsevat lisääntyäkseen elävän organismin (isännän). (Kodin Lääkärikirjasto 1977, 206–209)

Aidsin vastaisessa mikrotason toiminnassa ei riitä, että potilaan keho taistelee omin ja lääkkeiden voimin sairautta vastaan. Mikrotason metaforin kuvataan potilaita, joille annetaan joko sairauden vastaisen taistelijan tai epidemian levittämistä edistävän vihollistoimijan luonne. Myös ihmisen mielen on oltava mukana sairauden ”kukistamisessa”. Sairauteen alistuva potilas on suuremmassa vaarassa menehtyä kuin taistelutahtoinen. Mikrotasolla potilas taistelee sairautta vastaan ollessaan toimija, joka pyrkii sekä henkisesti että käytännössä ”voittamaan” sairauden.

Varsinkin syöpää sairastavien keskuudessa on tutkittu millainen vaikutus ihmisen psyykellä on taudin voittamiseen. On todettu, että henkilöt, jotka taistelevat tautiaan vastaan selviytyvät paremmin kuin ne henkilöt, jotka luovuttavat henkisesti. HIV-taudin ollessa kysymyksessä henkilö jää helposti yksin. Taudista, jota pidetään häpeällisenä ja pelätään, on vaikea kertoa tuttavapiirissä, työpaikalla ja jopa omaisille ja läheisille. (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 859⁴⁸)

Syöpä on sairaus, jota vastaan potilas voi toimia joutumatta yhteisön ulkopuolelle. Aids sitä vastoin voi merkitä potilaalle yhteisön ulkopuolelle joutumista, yksinäisyyttä. Jos potilas ei voi kertoa tartunnastaan läheisilleen, ovat henkisen taistelun lähtökohdat heikot. Potilaalla ei ole yhteisöä, joka seuraisi ja tukisi hänen taisteluaan. Kirjoittaja korostaa, että tällaisessa tilanteessa ”organisoitu tukitoiminta on monien kohdalla ainoa mahdollisuus päästä edes puhumaan ongelmastaan. HIV-tartunnan kantajaan suhtaudutaan torjuvasti ja usein voimakkaasti syrjien” (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 859), jolloin potilaan henkinen taistelu sairautta vastaan on hankalaa. Terveiden yhteisön kannalta hiv-positiivinen potilas, eikä virus, muodostuu pelottavaksi ja torjuttavaksi viholliseksi.

Vuodesta 1986 alkaen makrotason sotametaforia käytetään aidsteksteissä epidemian vastaisten toimien kuvailussa. Aids on vihollinen, ja tärkeä ase sitä vastaan on oikea informaatio, joka on tärkeä aikana jolloin aidsia vastaan ei ole olemassa tehokasta rokotetta tai

48. Kirjoittaja on Aids-tukikeskuksen johtaja.

lääkettä. Tämän vuoksi ”on syytä jatkaa ja entisestäänkin tehostaa ennaltaehkäisyn strategiaa ja tukea adekvaattia terveystkasvatusta. Siten voidaan hidastaa aids-epidemian leviämistä ja voitetaan aikaa uusien torjunta-aseiden kehittelyyn” (Suomen Lääkärilehti 19–20/1991, 1864). Siirryn nyt tarkastelemaan teksteissä esiintyviä makrotason sotametaforia ja niiden tehtäviä. Erittelen aluksi tuberkuloositeksteissä käytettyjä makrotason sotametaforia ja sen jälkeen analysoin aids-tekstien vastaavia metaforia.

Makrotason sotametaforien tehtävät

Makrotason sotametaforia käytetään tuberkuloositeksteissä eniten 1940- ja 50-luvuilla. Niiden tehtävänä on kuvata yhteisön sairauden vastaista toimintaa ja sen päämääriä. Esimerkiksi 1940-luvulla ilmestynyt artikkeli on otsikoitu metaforisesti. Siinä korostetaan tuberkuloosin olevan ”Kansanterveyden vihollinen numero yksi” (Terveystaslehti 4/1947, 96). Sairaudelle määritellään metaforaa käyttäen vihollisen luonne, joka uhkaa koko kansanterveyttä. Sotametaforia käytetään toistuvasti myös artikkelin sisältötekstissä. Kirjoittaja korostaa, että ”taistelu keuhkotautia vastaan on kaikkien yhteinen asia. Se on todellista kansallista taistelua tuhoisinta tautivihollistamme vastaan” (Terveystaslehti 4/1947, 97–98). ”Sota” tuberkuloosia vastaan ei kuulu vain lääkäreille tai yksittäisille ihmisille, vaan kaikille Suomen kansalaisille.

Makrotason sotametaforien ensisijainen tehtävä onkin suostutella lukija uskomaan, että toiminta tartuntatauteja vastaan on erittäin tärkeää. Niitä käyttämällä pyritään varmistamaan taudin vastaisen toiminnan jatkuvuus ja pitkäjänteisyys niin kauan kuin se on tarpeen.

Kuten sota, myös sairausepidemia on tilanne, jota vastaan toimimaan kutsutaan ihmisiä laajoin joukoin. Makrotason sotametaforia käytetään, koska on tarve mobilisoida eri tahot hoitamaan vaikeaa tilannetta, tehdä kaikki mahdollinen, jotta elämän uhka vältettäisiin⁴⁹. (Lupton 1995, 61–63)

49. Myös Kari Huotari (1993,112) toteaa, että aidsista puhuttaessa taistelumetaforien käytön tarkoituksena on oikeuttaa yhteistyö eri viranomaisten välillä. Eri tahojen toimijoiden osallistumisen nähdään olevan aidsin vastaisessa työssä välttämättömiä.

Myös sairauden hoidon kuvauksessa käytetään makrotason sota-metaforia:

Taistelussa keuhkotuberkuloosia vastaan on parantolahoidolla jo lähes sadan vuoden ajan ollut tunnustettu, keskeinen asema. On pidetty selvionä, että ”sanatorio” on se paikka, johon keuhkotuberkuloosiin sairastuneen on mentävä saadakseen terveytensä takaisin. (Suomen Lääkärilehti 21/1949, 679)

Parantolahoito on tuberkuloosin vastaisen toiminnan yksi keino, mutta se ei ole yksin riittävä. Kirjoittajat toteavat, että ”tuberkuloosin hoito ei saisi olla pelkästään defensiivistä ja eristyksessä tapahtuvaa puolustusasemain lujittamista” (Terveystieteiden lehti 3/1957, 78), koska ”tuberkuloosipotilaat tulee palauttaa jälleen yhteiskuntaan” (Suomen Lääkärilehti 21/1949, 682). Potilaiden eristämällä tuberkuloosin vastaisena toimintana on rajat, koska potilaat eivät loppumattomiin ”taistele” tuberkuloosia vastaan. Tervehtyneet potilaat palaavat poikkeustilasta normaaliin arkipäivän tilaan.

Yhteisön kannalta entiset parantolapotilaat ovat ”työntekijöinä yhteiskunnan ylläpitäjiä”, mutta he ovat myös mahdollisina ”tartunnan levittäjinä sen vaara” (Suomen Lääkärilehti 21/1949, 679). Entisten tuberkuloosipotilaiden positio on siten kahtalainen. He ovat toisaalta yhteiskunnan rakentajia, mutta myös yhteisölle vaaraksi levittäessään tartuntaa. Näin ollen terveydenhuollon toimijoiden tulee olla jatkuvassa valmiustilassa sekä parantolassa olevien että sieltä lähteneiden potilaiden suhteen. Erityisesti entisten tuberkuloosipotilaiden ”elinmahdollisuuksia, työkykyä” ja toisaalta ”vaarallisuutta tartunnanlevittäjinä on selvitettävä” (Suomen Lääkärilehti 21/1949, 681).

Tuberkuloositeksteissä makrotason sotametaforien esiintyminen ei ole pysyvää, vaan niiden käyttö vaihtelee ajallisesti. Tarkasteltaessa vuosina 1946–1996 ilmestyneitä tekstejä on löydettävissä jakso, jolloin sotametaforat katoavat lähes täysin. Tämä jakso alkaa 1960-luvun lopulla, jolloin tuberkuloosin ei enää mainita olevan kansakunnan päävihollinen. Tuberkuloosin luonne kuvataan kuitenkin edelleen aggressiiviseksi, toisin sanoen se metaforisin ilmauksin personifoidaan luonteeltaan vaikeaksi ja hyökkääväksi.

Ensimmäinen sotametaforien käytön muutos esiintyy jo ennen 1960-lukua, vuonna 1953. Tilanteessa, jossa on olemassa tehokkaita lääkkeitä sairautta vastaan, ei ensisijainen taistelun kohde ole enää sairaus. Taistelu kohdistuu myös ”ympäristön ennakkoluuloihin, joita vastaan tuberkuloosityöntekijä vielä nykyäänkin joutuu taistelemaan” (Terveydenhoitolehti 9/1953, 188). Vaaran välttäminen ja pelko sairauden suhteen muuttuu vahingolliseksi, jos yhteisö suhtautuu sairaaseen kuin viholliseen, jota tulee karttaa, vaikka lääkkeiden avulla ja lähiyhteisön tuella hän voisi tervehtyä. ”Yksipuolisesti tuberkuloosin vaarallisuutta tähdentänyt vastustamistyö” (Terveydenhoitolehti 9/1953, 187) muuttuu ongelmalliseksi, kun sen seurauksena on pelkoa ja sairauden salailua. Tuberkuloosia kohtaan tunnettu pelko on liioiteltua ja siksi ”basillikauhu saisi jo täysin aiheettomana hävitä näyttämöltä” (Terveydenhoitolehti 4–5/1956, 113). Taistelua korostava kielenkäyttö ei kuitenkaan vielä tässä vaiheessa kokonaan häviä, vaan tuberkuloosi nähdään edelleen vihollisena. Se ”ei suinkaan ole mikään voitettu kanta maassamme. Uudet lääkkeet eivät ole mitään ihmerohjoja, joita syömällä basillit häviävät tai tauti kuin itsestään paranee” (Terveydenhoitolehti 6/1955, 146).

1960-luvulla tuberkuloosi ei ole enää mittava kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Tuberkuloosi on lähinnä marginaaliryhmien, kuten ”alkoholistien, asunnottomien ja asosiaalisten henkilöiden”, sairaus (Suomen Lääkärilehti 12/1975, 968). Tuberkuloosi ei ole enää kansakunnan päävihollinen, mutta sairausprosessia kuvataan edelleen mikrotason sotametaforin:

Tuberkuloottinen prosessi voi levitä sängen nopeasti, sekä vanhan tuberkuloosipesäkkeen aktivoituessa että uuden ulkoapain tulevan tartunnan seurauksena. Kaverni⁵⁰ voi toisinaan muodostua jopa muutamassa päivässä. Näin ollen ei ole ollenkaan ihmeteltävää, että edelleen todetaan pitkälle edenneitä keuhkotuberkuloositapauksia. (..) Keuhkotuberkuloosi voi olla hyvin vaikea tauti ja siihen saattaa liittyä muitakin kliinisiä ongelmia, (..). (Suomen Lääkärilehti 12/1975, 968)

50. Kaverni = ontelo. (Hervonen & Nienstedt 1992)

Militaristinen sotametaforiikka ei tule edellisessä esimerkissä niin selvästi esiin kuin monissa 1940- ja 50-luvun tuberkuloositeksteissä. Tuberkuloosi kuvataan kuitenkin siinä nopeasti eteneväksi ja aktiiviseksi prosessiksi. Tuberkuloosi on aggressiivinen toimija, joka osaa nopeasti ”aktivoitua, levitä ja muodostaa” onteloita ihmisen kehossa. Tuberkuloositaistelu yksittäisten tapauksien, ihmisten kehojen, sisällä jatkuu.

Laaja kansallinen ja kollektiivinen taistelu tuberkuloosia vastaan ei ole enää kuitenkaan tarpeen. Koko kansan ei enää tarvitse olla valmiustilassa tuberkuloosia vastaan. Lääkärien tehtävänä on edelleen huomioida sairauksia arvioidessaan tuberkuloosin mahdollisuus, ”tuberkuloosidiagnoosi on yhä haaste lääkäreille” (Suomen Lääkärilehti 12/1975, 968). Makrotasolla, terveydenhuollossa, on siis yhä pyrittävä vastaamaan tuberkuloosia koskevaan haasteeseen.

1960-luvulla tuberkuloositekstien militaristinen metaforiikka siis muuttuu. Kansaa ei enää nähdä kollektiivisena yksikkönä, jota suostutellaan toimimaan sairauden vähentämiseksi. Tuberkuloosi on pikemminkin marginaaliryhmien sairaus kuin kansantauti, eikä toimintaa sairautta vastaan tarvitse harjoittaa niin laajasti kuin aiemmin. Kansan taistelua korostavat metaforat häviävätkin teksteistä täysin. Näin ollen sotametaforien käytön vähenemiseen voi ajatella vaikuttavan tuberkuloosin epidemiologisen statuksen muuttuminen. Samalla taudin hoitokulttuuri muuttuu. Tuberkuloosista tulee koko kansan ongelman sijasta yksilön ongelma. Valistus ja hoito kohdistetaan aiempaa ensisijaisemmin yksilöille kuin kansalaisille.

1990-luvulle tultaessa epidemiologisen tilanteen nähdään vielä olevan kontrollissa, mutta itse sairauden mieltäminen ongelmaksi jatkuu. Sairauden hävitystyö ei ole lopussa.

Suomessa tuberkuloosi on hallinnassa, eikä sitä enää voida pitää kansantautina. Sairautta ei kuitenkaan vielä ole maastamme hävitetty. Keuhkotuberkuloosin ilmaantuvuus on suurempi kuin muissa pohjoismaissa yhteensä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että asiat olisivat meillä huonosti, tuberkuloositilanne on meillä hyvä ja muissa pohjoismaissa vielä parempi. Uusien tuberkuloositapauksen määrä puoliintuu vuosikymmenessä.

Ennusteita on helppo tehdä. Taudin hoitoaika on lyhyt, se ei yleensä uusiudu, ja jälkitarkkailun tarve on vähäinen. (Suomen Lääkärilehti 4/1989, 280)

Kun tauti näyttää taas alkavan levitä, otetaan makrotason sotametaforat heti käyttöön myös epidemian kuvauksessa. 1990-luvun alussa ongelmaksi muodostuu tuberkuloosin muoto, joka on resistentti; siihen eivät pure tuberkuloosiin muuten hyvin tehoavat lääkkeet. Resistentin tuberkuloosin ”hoito on epäkiitollista ellei mahdotonta”, mutta on kuitenkin päästy niin pitkälle, että ”osana taistelua resistenttiä tuberkuloosia vastaan on kehitetty menetelmä” (Suomen Lääkärilehti 14/1993, 1351), jonka avulla todetaan nopeasti onko kyseessä resistentti tuberkuloosi vai ei. Suomen ajattelun olevan vielä turvassa tuberkuloosin uudelta tulemiselta. Terveystieteiden tutkimuksessa on saavutettu ”epidemiologinen voitto, koska tuberkuloosi on kasautunut lähinnä vanhoihin ikäryhmiin, joiden sairaus puhkeaa usein jo nuoruudessa saadun tartunnan pohjalta (..) Jos tehokasta torjuntaohjelmaa jatketaan (..) tuberkuloosi pysyy kuristusotteessa” (Suomen Lääkärilehti 36/1995, 3962). Huolestuttavin tilanne on Yhdysvalloissa ja kehitysmaissa. Pakolaisuuden ja suuren liikkuvuuden aikana taistelussa sairautta vastaan ei enää riitä kansallinen valmius ja tehokkuus, vaan tarvitaan kansalliset rajat ylittävää yhteistyötä. Tämä koskee myös ”Suomea, joka on pakolaisten vastaanottomaa” (Suomen Lääkärilehti 14/1993, 1352). Kansan yhteinen uhka, tuberkuloosi, on muuttunut globaaliksi ongelmaksi.

Makrotason sotametaforia käytetään kuvattaessa taudin vastaista työtä. Terveystieteiden tutkimuksen on torjuttava tuberkuloosia erilaisin menetelmin ja ohjelmin. Tavallisia kansalaisia militaristisella kielenkäytöllä ei pyritä puhuttelemaan siten, että kansalaisia pyydetäisiin valmistautumaan uuteen taisteluun tuberkuloosia vastaan⁵¹. Makrotason sotametaforat kiinnittyvät terveydenhuoltojärjestelmään, jonka tulee valmistautua tuberkuloosin uudelleen tulemiseen.

51. Terveystieteiden tutkimuksessa viimeinen aineiston tuberkuloosi-aiheinen artikkeli ilmestyy 1970-luvun alussa. Tämän jälkeen tuberkuloosista kirjoitetaan vain Suomen Lääkärilehdessä, mikä osin selittää sen, ettei tavallista lukijaa ja kansalaista puhutella teksteissä.

Aidsin vastainen työ on sotametaforisesti ilmaistuna “hiv-tartunnan torjuntaa”, jonka uskotaan Suomessa toteutuvan “kohtuullisen hyvin” (Suomen Lääkärilehti 12/1992, 1168). Hiv-epidemian leviäminen ei ole kuitenkaan pysähtynyt. Hiv:n torjunnan tärkeyttä ei aina muisteta. Terveysvalistuksen ja aidsin vastaisen toiminnan kannalta ihmiset eivät torju virusta silloin, kun he suhtautuvat tartunnan leviämiseen huolettomasti. Makrotasolla potilas on yhteisön vihollinen levittäessään virusta tahallisesti tai tietämättään eteenpäin muihin ihmisiin.

HIV-tartunnan torjunnan onnistumisen mahdollisuudet ovat edelleenkin kohtuullisen hyvät. (..) Uusia tapauksia toki tulee, mutta ne on laskettava ”irrationaalisen käyttäytymisen” aiheuttamiksi erehdyksiksi, eikä niiden määrä toivottavasti sanottavasti kasva. (Suomen Lääkärilehti 12/1992, 1168)

Aids-teksteissä, joissa puhutaan hi-virusta levittävästä tai sen saavista potilaista, ei potilasta “kokonaisuudessaan” nimetä aids-torjunnan viholliseksi. Implisiittisenä esimerkissä on ajatus siitä, että ihmisellä on yksi luonteen piirre, irrationaalisuus, joka on aidsin vastaisen toiminnan vihollinen. Irrationaalisuus käyttäytymisessä, vapaa seksi ilman kondomia, on ihmisen kyvyttömyyttä hallita omia halujaan järkevällä tavalla. Tämä järjettömyys on inhimillisen erehdyksen aiheuttamaa.

Suhdetta haluihin ja nautintoihin voi pitää taistelusuhteena; niihin nähden on otettava vastustajan rooli, kuten sotilas tekee taistelussa. Vihollinen ei ole vain itsen ulkopuolella, vaan se on osa itseä. Taistelu halujen suhteen tapahtuu sekä ulkopuolisen vihollisen kanssa että suhteessa itseän. (Foucault 1998, 158–159⁵²) Esimerkiksi rationaali seksikäyttäytyminen vaatii sekä ulkopuolisen vihollisen, satunnaisen seksuaalikonaktin, että oman halun torjumista.

52. Foucault (1998) kuvaa Antiikin maailmaa. Hän siteeraa Platonin Lakeja, jossa todetaan: ”Silloin kun luonnostaan parempi puoli vallitsee huonompaa, ihmisestä käytetään kiittävää sanontaa ’hän hallitsee itsensä’. (..) oman itsensä voittaminen on ensimmäinen ja parhain, itsensä edessä tappiolla jääminen taas on kaikista häpeällisintä ja kehnointa.” (Foucault 1998, 160)

Kirjoittajat eivät totea suoraan, että omat halut olisi torjuttava. Pikemminkin ajatellaan, että ihmisen seksuaalisuus on olemassa oleva asia, eikä sen torjumista voi pitää tavoitteena, sillä ”ihmisten seksuaalikäyttäytymisestä johtuvia tartuntoja ei laeilla voida ehkäistä.” Tämän vuoksi ”asiallinen ja yksityiskohtainenkin informaatio on ainoa keinomme taistelussa tätä tappavaa virusta vastaan”. (Suomen Lääkärilehti 5/1986, 347) Seksuaalisuus on etenkin nuorille kokeilujen kenttä, ja heille ”on vaikea esittää vaatimusta pidättäytyä yhteen tuttuun ja turvalliseen seksisuhteeseen” (Suomen Lääkärilehti 35/1988, 3500).

SEXPO ry on selkeästi kiteyttänyt vaatiessaan seksuaalimyönteisyyttä aseksi aidsia vastaan: ”Nyt on syytä tukea ja tuoda esiin erilaisia turvallisia tapoja nauttia seksuaalisuudesta sekä vahvistaa tietoisuutta seksuaalisuuden myönteisestä merkityksestä ihmissuhteissa.” (Suomen Lääkärilehti 35/1988, 3500)

Riskiryhmien jäsenille ja muulle väestölle osoitettu seksuaalimyönteisyyttä korostava informaatio nähdään teksteissä ”aseena”, joka on ”paras suoja vaaran välttämiseksi” (Suomen Lääkärilehti 29/1988, 2852). Seksuaalimyönteinen informaatio koskee erityisesti kondomin käyttöä, joka on olennainen osa seksuaalimyönteisyyttä. Kondomi on suoja, joka ei päästä virusta, vihollista, kulkeutumaan kehosta toiseen.

Toisaalta seksuaalisuus nähdään asiana, jota tulisi välttää. Ainakin riskiryhmien edustajien tulisi vastustaa seksuaalisuuden houkutuksia pidättäytymällä siitä täysin, ”välttämällä seksikontakteja” (Suomen Lääkärilehti 16/1993, 1582) tai ”pitäytymällä yhteen seksuaalisuhteeseen” (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 876). Viimeksi mainitut selibaattia ja uskollisuutta koskevat käsityskannat eivät ole aineiston kirjoittajien, vaan he lainaavat sairaaloiden henkilökunnan ja suomalaisten ilmaisemia mielipiteitä aidsin torjunnan keinoista⁵³.

Informaatio ei tuhoa hi-virusta, mutta se voi torjua vihollisen hyökkäyksen. Aidsin torjuntaa korostava terveysvalistus ei aina johda toi-

53. Tämä kertoo osaltaan lääkäreiden tavasta valistaa suomalaisia. Lääkärit eivät suosineet 1980- ja 90-luvulla autoratiivisia ohjeita sen suhteen, miten ihmisten tulisi elää läheisissä ihmissuhteissa.

vottuun tulokseen. Valistus voi kohdistua epätoivottavalla tavalla potilaisiin. Terveysvalistuksen ja median metaforinen kielenkäyttö voi-kin stigmatisoida potilaat:

AIDS sai heti alkuun kielteisen, syvälle käyviä moraalisia pyö-
reitä synnyttävän stigman – sitä pidettiin melkein yksinomaan
homoseksuaalien ja iv-narkomaanien tautina. Kiihkeimmissä
kannanotoissa puhuttiinkin uskonnollista paatosta muistutta-
valla tavalla korkeampien voimien kostosta väärin toimineita
kohtaan.

Tällaisista asenteista joutuvat nykyiset ja tulevatkin potilaat
vielä kauan kärsimään. (Suomen Lääkärilehti 16/1986, 1486)

Esimerkissä viitataan julkisuudessa esitettyihin metaforisiin aja-
tuksiin siitä, että väärin toimineille ”aids on rangaistus” (Lupton 1994,
72). ”Korkeammat voimat kostavat” ryhmille, jotka ovat käyttäneet
suonensisäisiä huumeita tai harrastaneet suojaamatonta seksiä. Aidsin
mieltäminen ”kostoksi väärin toimineita kohtaan” on metaforinen
ylilyönti, jota esimerkin kirjoittaja pitää potilaille vahingollisena asen-
teena. Militaristisella metaforiikalla onkin kaksi puolta. Taistelusta
puhuminen yhdistää ihmisiä ja tehostaa aidsin vastaista toimintaa.
Toisaalta kamppailua ja uhkaa korostava kielenkäyttö personifioituu
viruksen lisäksi joihinkin ihmisryhmiin, mikä aiheuttaa ryhmiin kuu-
luvulle potilaille kärsimystä.

Mikro- ja makrotason toimijat

Edellä on käynyt ilmi, että tuberkuloosi- ja aids-teksteissä käytetään
sekä mikro- että makrotason sotametaforia. Makrotason metaforia
käytetään koko kansan, väestön tai maailman tuberkuloosin vastaisen
toiminnan kuvauksissa. Mikrotason sotametaforat taas liittyvät sai-
rauden tai sitä aiheuttavan mikrobin toimintatavan esittämiseen.
Mikrotasolla taistelu tapahtuu ihmisen kehossa, joka pyrkii ”kukista-
maan” sairauden ja sen aiheuttajan.

Mikro- ja makrotason sotametaforien käytössä on havaittavissa ajal-
lisiä muutoksia. Tuberkuloosin vastainen toiminta esitetään sodan

jälkeisinä vuosikymmeninä kansan taisteluna, johon kutsutaan mukaan kaikkia Suomen kansalaisia. Taistelun muotoja ovat kansalaisten valistaminen ja tuberkuloosin hoito, joka tapahtuu paitsi parantoloissa myös kansalaisten kodeissa. Parantolat nähdään puolustusasemina, joista käsin taistelu tuberkuloosia vastaan yleensä onnistuu. Tavoitteena on kuitenkin myös palauttaa tervehtyneet potilaat takaisin arkielämän tilaan tekemään kansan varallisuutta kartuttavaa työtä.

Kuten edellä olen tuonut esiin, mikrotason sotametaforat kiinnittyvät useisiin toimijoihin, kuten potilaisiin ja heidän kehoonsa. Lisäksi mikrotason toimijana voi pitää aikaa, joka on aidsin vastaisessa toiminnassa mukana yhtenä ulottuvuutena.

Mikrotasolla aika, potilaat ja hi-virus saavat joko vihollisen, taisteijan tai auttajan roolin. Ihmisen keho esitetään järjestelmänä, joka yrittää puolustautua vieraita tunkeilijoita vastaan. Makrotason toimijat ovat lääketieteen tutkijoita, terveydenhuollon henkilöstöä ja vapaaehtoisjärjestöjä, jotka kaikki osallistuvat aidsin torjuntaan. Viime kädessä koko ”ihmiskunta etsii raivoisasti rokotetta tai muuta parannusta tautiin” (Suomen Lääkärilehti 22–23/1995, 2325).

Mikrotason toimijoita kuvataan personifioivin metaforin. Aikaan ja hi-virukseen liitetään ihmisen luonnetta ja toimintatapoja kuvaavia määreitä (Lakoff & Johnson 1980, 33). Aika on aids-taistelussa sekä vihollinen että auttaja, joka on potilaiden ja lääketieteen puolella. Vihollinen aika on sikäli, että aika potilaan tartunnan ja varsinaisen sairastumisen välillä on pitkä. Terveeksi itsensä tunteva hiv-potilas voi levittää tietämättään tai tietoisestikin virusta eteenpäin muihin ihmisiin. Toisaalta tästä samasta syystä potilaat ja lääketieteen tutkijat saavat ”lisää” aikaa. Uusia lääkkeitä voidaan kehittää tulevaisuudessa, jolloin jo pitkään hiv-positiivisina olleet potilaat saattavat saada apua ennen sairauden varsinaista aids-vaihetta.

Ihmisen keho puolustautuu ulkopuolisia tunkeilijoita vastaan. Aidsin vastaisen työn päävihollinen on uhkaava hi-virus, jota vastaan toimitaan erilaisin keinoin. Hi-virus personifioidaan sotametaforin tuhoajaksi ja ihmisen kehon viholliseksi. Kehon puolustusjärjestelmä jää neuvottomaksi eikä osaa tehokkaasti taistella hi-virusta vastaan. Kehon immuunipuolustusjärjestelmä ei kykene tuhoamaan hi-virusta, joka on ”nerokas” (Suomen Lääkärilehti 14/1988, 1411) vihollinen.

Ihmiset eivät olekaan ainoita toimijoita maailmassa. Ihmisten, yhteiskuntien, kulttuurin ja erilaisten objektien lisäksi kaikkialla on toimijoita, joilla on ”salaisia pyrkimyksiä”, ja jotka toimivat ”menestyksekkäästi”. Miljoonat pienet toimijat liikkuvat ilman, että näkisimme niitä. (Latour 1988, 35) Metaforisen kielenkäytön avulla tehdään ymmärrettäväksi paljain silmin näkymättömien toimijoiden liikkeet. Esimerkiksi Emily Martin (1997) esittää ruumiillisuutta käsittelevässä artikkelissaan, että ihmisen keho voidaan metaforisesti nähdä taistelulenttänä, jossa julmat hyökkääjät ja peräänantamattomat puolustajat, eli erilaiset mikrobit, sotivat keskenään. Sotilaallisten mikrobien voi myös tulkita esittävän sukupuolta, eri rotuja ja luokka-asemia. Osa mikrobeista kuvataan älykkäämmiksi ja vaativampia tehtäviä hoitaviksi kuin toiset, jotka esitetään feminiinisinä ja vähemmän kehittyneinä tai villeinä barbaareina. Mikrobeilla on siis metaforisessa mielessä erilaisia luokka-asemia kehon puolustusjärjestelmän hierarkiassa. Ihmisen ruumis on organisoitunut kuin globaali systeemi. (emt., 548–550) Näin ajatellen ”nerokasta” hi-virusta voi pitää vaarallisena kehon vihollisena, joka pyrkii ottamaan ”johtajan” aseman mikrobien ”maailmassa” eli ihmisen ruumiissa.

Mikrotasolla potilaat ovat aids-taistelussa sekä vihollisia että viruksen vastaisia taistelijoita. Vihollinen potilas on suhtautuessaan aidsiin tietoisien välinpitämättömästi tai vastuuttomasti, mikä teksteissä tarkoittaa lähinnä turvallisten seksitapojen unohtamista. Viholliseksi potilaan tekee myös ihmisen luonteessa oleva irrationaalisuus, joka voi saattaa järkevänkin ihmisen toimimaan vastuuttomalla tavalla. Aidsin suhteen ihmisen irrationaalisuus edustaa vihollista. Potilaat ovat myös aids-epidemian leviämisen rajoittajia taistellessaan henkisesti sairautta vastaan tai harjoittaessaan turvallista seksiä.

Makrotasolla hi-virusta vastaan torjutaan erilaisin keinoin. Myös makrotason metaforat ovat personifioivia sikäli, että makrotason toimijoihin liitetään erilaisia piirteitä. Esimerkiksi lääketiede on toimija, joka ei ole vielä onnistunut löytämään lopullista ratkaisua aidsiin; ”lääkehoidossa ei mitään läpimurtoa ole näkyvissä” (Suomen Lääkäri-lehti 34/1992, 3245). Lääketieteen kehittämien aidsin vastaisten lääkkeiden lisäksi aids-taistelun keskeinen keino onkin terveystieteiden, jonka keskeinen sisältö liittyy turvallisista seksitavoista informoimiseen.

Informaatiolla on oma tehtävänsä. Turvallisia seksitapoja koskevan informaation tehtävänä on estää epidemian leviäminen. Terveystieteiden keskeinen sanoma on kondomin käytön korostus. Kondomi on aidsin ja muidenkin tautien torjunnassa ”hyvä suoja kaikkia seksitauteja vastaan” (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 811). Kondomi on suojakilpi hi-virusta vastaan.

Sairauden vastaisen makrotason toiminnan kuvaaminen torjuntana ja taisteluna on määrittely, joka kertoo sosiaalisen todellisuuden luonteesta (Aro 1999, 42). Tekstien kirjoittajat ilmaisevat taistelumetaforia käyttäessään sen tavan, jolla paitsi sairauteen, niin myös sairauteen liittyvään toimintaan suhtaudutaan. Makrotasolla sairauden vastaiset toimijat muodostavat metaforisesti ilmaistuna taistelukentän, jossa aidsia hoidetaan, tutkitaan ja jossa tehdään sairautta koskevaa valistustyötä. Taistelun johdossa ovat lääkärit ja lääketieteen tutkijat, mutta aidsin vastainen toiminta ei ole pelkästään lääketieteen sisäistä. Teksteissä korostetaan myös vapaaehtoistoiminnan tärkeyttä, joka nähdään olennaisena osana aidsin torjuntaa. Lopuksi, koska ”aids-ongelma on yhteinen” ja ”kansainvälinen” (Suomen Lääkärilehti 29/1988, 2851), käydään sairauden vastaista taistelua metaforisessa mielessä koko maailmassa.

Metaforisen kielenkäytön muutokset

Luvun alussa esitin kysymyksen, mitä funktioita metaforilla on tuberkuloosia ja aidsia käsittelevissä teksteissä. Kiinnitin erityisesti huomiota sotametaforien käyttöön ja analysoin, millaisia funktioita niiden käytöllä on. Aineistossa käytetään paljon muitakin kielikuvia kuin sotametaforia, mutta militaristiseen kielenkäyttöön keskittymistä ja analysointia puolsi se, että sotametaforat ovat aineistossa yleisimmin käytetty metaforatyyppi. Kuten edellä toin esiin, mikrotason sotametaforia käytetään läpi koko tutkimusjakson. Makrotason metaforia ei esiinny teksteissä vuosina 1976–85. Kiinnostavaa tässä olikin erityisesti se, että makrotason sotametaforia ei käytetä silloin, kun sairaus-epidemiaa ei ole tarpeen hillitä kollektiivisiin toimijoihin vetoamalla.

Makrotason sotametaforien häviäminen tuberkuloositeksteistä liittyi siihen, että tuberkuloosin muuttuessa laajalle levinneestä kansantaudista marginaaliryhmien sairaudeksi, ei ole enää syytä kutsua mukaan useita tahoja toimimaan ongelman ratkaisemiseksi. Kansan yhteinen taistelu keuhkotautia vastaan on päättynyt. Sotametaforia aletaan käyttää jälleen, kun tuberkuloosi alkaa uudelleen yleistyä ja eri tahojen on syytä olla valmiina toimimaan epidemian leviämisen ehkäisemiseksi. Historiallisesti tarkasteltuna sotametaforia, ja muitakin metaforatyyppejä, käytetään eniten sairausepidemian laajenemisvaiheessa tai sairauden ilmaantuessa ”näyttämölle” uudestaan. Tuberkuloositeksteissä metaforien käyttö vähenee sairauden muuttuessa marginaaliryhmien sairaudeksi.

Aids-teksteissä sotametaforia käytetään aluksi vain sairauden luonteen kuvauksessa, mikrotasolla. Hi-virukselle, ”viholliselle”, tehdään luonteenpiirteet. Mikrobi on kasvoton, joten sille rakennetaan kasvot kuvaamalla virus aggressiiviseksi. Kyseessä on mikrotason sotametafora, joka kuvaa vihollisen luonnetta. Myöhemmin, kun kuva aidsista on selkeytynyt, aletaan sotametaforia käyttää myös epidemian vastaisen makrotason toiminnan kuvauksessa. Eri tahoja kutsutaan mukaan yhteiseen ”taisteluun” aids-epidemian kukistamiseksi. ”Taistelua” ei kuitenkaan kuvata yhtä kansalliseksi kuin tuberkuloosin yhteydessä tehdään. Pikemminkin kuin ”yhteistä taistelua”, aidsin vastainen työ on ”torjuntaa”, jossa tärkeinä osapuolina toimivat eri terveydenhuollon toimijoiden lisäksi vastuulliset potilaat.

Tarkastelu osoittaaakin, että militaristisen kielenkäytön ensisijainen funktio on vakuuttaa lukija sairauden vastaisen toiminnan tarpeellisuudesta. Sinänsä metaforien käytössä lääketieteellisissä teksteissä ei ole mitään ihmeellistä, koska intertekstuaalisuus ja viittaukset tarkastelun alaisen sfäärin ulkopuolisiin elementteihin, ovat kaikessa kielenkäytössä yleisiä. Esimerkiksi ihmisen ruumiille annetaan koneen ominaisuuksia: ruumis on epäkunnossa, kun se haavoittuu tai sairastuu. Vastaavasti jotain mekaanista laitetta, kuten tietokonetta, verrataan ihmiseen, kun se oikuttelee tai saa viruksen. Lääketieteen yhteydessä sotametaforien käyttöä voi sikäli pitää luontevana, koska käytännön lääkärin työ on viime kädessä taistelua sairauksia vastaan (Ross 1989, 36).

Potilaiden kannalta militaristisen kielenkäytön seuraus on negatiivinen, jos vakavia sairauksia sairastavat joutuvat yhteisön silmissä vihollisen leiriin. Militaristinen kielenkäyttö korostaakin, että sairaus ei ole välttämättä kaikkien yhteinen asia (Ross 1989, 39). Sotametaforilla on siten kaksi puolta: niiden käyttö luo sekä yhteisyyttä että erillisyyttä. Taistelussa on aina vihollisia ja potilaat viruksen kantajina joutuvat helposti vihollisen puolelle (Ross 1989, 36). Sotametaforien käyttöä voikin kritisoida siitä, että se luo sairauden ja potilaiden ympärille uhkaavan ja vahvasti negatiivisävytteisen ilmapiiirin (Sontag 1991). Sota ja sairaus on yhdistelmä, joka sulkee sairastumisen arkielämän ulkopuolelle, poikkeustilaan. Esimerkiksi ”sota syöpää vastaan” oli idea, joka esitettiin tieteen ulkopuolelta ja monet lääketieteen tutkijat vastustivat sitä. Tästä huolimatta useat ryhmät saivat rahoittajat vakuuttuneiksi juuri militaristisen kielenkäytön avulla, ja osa tutkijoistakin käytti militaristista strategiaa. (Kendall & Wickham 1999, 110) Metaforat eivät paikannu jonkin yhden tahon omaisuudeksi ja alkulähteeksi, vaan niiden synty ja käyttöönotto on monien sosiaalisten toimijoiden dynaamisen toiminnan tulosta.

Sotametaforat ovat tutkimissani teksteissä niin yleisiä, että niitä voi nimittää hallitseviksi eli juurimetaforiksi (ks. Ricoeur 2000, 108). Militaristiset metaforat kertovat lääketieteellisen todellisuuden luonteesta ja sitä hallitsevasta merkitysheyksestä, jonka avulla sairauksista puhutaan (vrt. Aro 1999, 41). Militaristinen kielenkäyttö korostaa lääketieteen vahvuutta ja pyrkimystä voittaa ”kaikki sairaudet”. Pyrkimys voittoon merkitsee yksilön kannalta joko voittoa tai häviötä, molemmat eivät voi olla yhden ihmisen elämää. Juha Siltala (1992) toteaa, että nykysuomalaisilta puuttuu kehikko, jossa heikkous ja vahvuus voisivat vaihdella samojen ihmisten normaalitiloina. Voittajat ja häviäjät kuuluvat eri todellisuuksiin. (emt., 431)

John Shotter (1994) toteaa, että metaforien käyttöä ei voi välttää, mutta on mahdollista välttää joutumasta metaforien satimeen. Metaforat rajoittavat ajattelua ja toimintamahdollisuuksia, jos tiettyjä metaforia pidetään ainoina oikeina tapoina esittää asioita. Metaforat ovat kuvauksen välineitä, joita voidaan vaihdella. Esimerkiksi tieteellinen edistyminen ei ole argumentoinnissa saavutettuja voittoja, vaan kykyä vaihtaa aihetta, sanastoa ja metaforia. (Shotter 1994, 100, 132)

Lääketieteessä ja terveysvalistuksessa tämä voisi merkitä sitä, että sotametaforat eivät sovi joka yhteyteen. Kyse ei ole siitä, saako metaforia käyttää vai ei, vaan siitä, minkälaisia metaforia missäkin yhteydessä käyttää. Eri tahoja makrotason toimintaan kutsuttaessa taistelusta puhuminen voi tehostaa toimintaa. Mikrotasolla yksittäisten ihmisten kuvaaminen väärin toimineiksi vihollisiksi sitä vastoin stigmatisoi potilaat, mikä saattaa monin tavoin vaikeuttaa sairauden vastaista työtä.

5. Sairaus, yhteisö ja yksilö

Sairaus on aina ongelmallinen asia sekä yksilön että yhteisön kannalta. Sairauden merkityksellisyyttä voidaan painottaa sen mukaan, mitä haittoja siitä seuraa yksittäisen ihmisen elämään tai toisaalta, mitä menetyksiä sairastamisesta yhteiskunnalliselta kannalta seuraa. Esimerkiksi yksittäisen potilaan kannalta sairastuminen merkitsee arkipäivän elämän muutosta, joka voi tarkoittaa työn keskeyttämistä ja potilaalle määritellyn päiväjärjestyksen noudattamista. Yhteiskunnan kannalta sairaus merkitsee työkykyisten kansalaisten muuttumista ”pois käytöstä” olevaksi resurssiksi, joka ei työvoimana ole rakentamassa yhteistä maata. Erilaiset tavat puhua yksilöstä ja yhteisöstä sairauksien yhteydessä liittyvät myös siihen, kenelle sairauksia koskevat vastuukysymykset osoitetaan. Sairausepidemian laajetessa ensisijaisiksi vastuunkantajiksi voidaan nimetä tietyt väärin toimineet yksilöt tai ryhmien edustajat. Vastuu voidaan nähdä myös laajemmin koko yhteiskunnan asiana, jolloin vastuunkantajatahoja on useita.

Tässä luvussa pyrin selvittämään, miten eri tavoin sairauksia käsittelevissä teksteissä painotetaan yksilöllisyyttä ja toisaalta yhteisöllisyyttä. Analysoin, miten sairauksista kirjoitettaessa korostetaan yhteisöllisyyden erilaisia variaatioita. Kysyn myös miten yksilö, esimerkiksi potilas tai lääkäri, on teksteissä mukana. Kolmanneksi selvitan muuttuvaa yksilön ja yhteisön välistä suhdetta teksteissä kysymällä, milloin ja millaisissa tilanteissa kulttuurisesti merkityksellisiä muutoksia on nähtävissä.

Erotan tarkastelussa kaksi päädiskurssia: kollektivistisen ja individualistisen. Näiden diskurssien sisällä on erilaisia painoituksia, joissa toimijat – sairaudet, potilaat ja terveydenhoitohenkilökunta – merki-

tyksellistetään. Individualistisen diskurssin erottamisen kriteerinä on toimijoiden yksilöllisyyttä korostavien lausumien kartoittaminen teksteistä. Esimerkiksi potilaat voidaan määritellä sairautensa hoitajina vastuullisiksi tai vastuuttomiksi, jolloin kyseessä on individualistinen diskurssi. Individualistisessa diskurssissa sairaus on ensisijaisesti yksilöiden, ei koko kansakunnan tai väestön, ongelma. Kollektivistinen diskurssi on kyseessä silloin, kun kirjoittajat paikantavat itsensä, sairauden tai potilaat jonkin yhteisön tai kategorian jäseneksi. Kirjoittaja edustaa silloin ”meitä”, joka voi tarkoittaa terveydenhoitohenkilökuntaa, Suomen kansaa tai väestöä. Sairaus on kollektivistisessä diskurssissa kansallinen tai jonkin tietyn riskiryhmän ongelma, ja potilaat positioidaan kansakunnan tai jonkin kategorian jäseniksi.

Diskurssien kartoittamisen lisäksi analysoin sitä, miten eri aikoina teksteissä painotetaan yksilöä ja yhteisöä. Historiallinen tarkastelu tekee ymmärrettäväksi erilaiset tavat ja muutokset, joilla yhteisöistä ja yksilöistä puhutaan. Eri aikoina esiintyy vaihtelevia tapoja merkityksellistää sairauteen liittyviä toimijoita. Nimitän eri aikoina esiintyviä yksilöä ja yhteisöä koskevia puhetapoja kulttuurisiksi kausiksi.

Luku etenee siten, että aluksi tuon esiin, missä määrin kollektivistista ja individualistista puhetapaa aineistossa esiintyy. Sen jälkeen siirryn tarkastelemaan kollektivistisen diskurssin esiintymistä lähemmin. Kollektivistisen diskurssin eri variaatioiden määrittelyn ja määrällisen esiintymisen esittelyn jälkeen lähden tarkastelemaan yhteisöllisyyttä ja yksilöllisyyttä koskevia puhetapoja yksityiskohtaisemmin aineistoesimerkkien tulkinnan kautta. Painopiste on silloin diskurssien muutosten kartoittamisessa, jota jäsennän erottamalla aineistosta ajallisesti kolme toisiaan seuraavaa kulttuurista kautta.

Kollektivistinen ja individualistinen diskurssi

Yksilöt ja erilaiset yhteisöt esiintyvät hyvin yleisesti tutkimissani teksteissä. Tästä syystä voikin puhua kahdesta vallitsevasta diskurssista, kollektivistisesta ja individualistisesta, jotka näyttävät esiintyvän yleisesti koko tutkimusjaksolla. Näiden kahden erilaisen diskurssin esiintymistä aineistossa analysoin aluksi erittelemällä tekstejä sen mukaan,

esiintyykö niissä kollektivistisia tai individualistisia lausumia. Esimerkiksi, jos tuberkuloosia käsittelevässä tekstissä puhutaan koko Suomen kansaa uhkaavasta vaarasta, katson sen sisältävän kollektivistista diskurssia. Individualistista diskurssia sisältää teksti, jossa puhutaan vastuuntuntoisesta sairautensa loppuun hoitavasta yksilöstä.

Diskurssit eivät ole sillä tavalla toisensa poissulkevia, että yksi teksti edustaisi välttämättä vain yhtä diskurssia. Yhdessä artikkelissa voi olla sekä kollektivistista että individualistista diskurssia sisältäviä lausumia.

Jaan vuosien 1946–1996 välisen ajanjakson kolmeen tarkastelujaksoon ja esitän, missä määrin kullakin jaksolla esiintyy kollektivistisia ja individualistisia lausumia sisältäviä tekstejä. Ensimmäinen tarkastelujakso, vuodet 1946–64⁵⁴, on aikaa jolloin Suomen kansan merkitystä painotetaan voimakkaasti tuberkuloositeksteissä. Silloin korostetaan “taistelun keuhkotautia vastaan olevan kaikkien yhteinen asia. Se on todellista kansallista taistelua tuhoisinta tautivihollistamme vastaan” (Terveystieteiden aikakauslehti 4/1947, 97). Toisella tarkastelujaksolla, vuosina 1965–1982, tuberkuloosi ei olekaan enää koko kansan vaara, se on siirtynyt marginaaliryhmän ongelmaksi. Tuberkuloosin hoito on onnistunutta, mutta edelleen vaikeutena ovat ”vakavasti häiriintyneet potilaat, joiden elämäntavat ovat epäsäännölliset” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2257). Viimeinen tarkastelujakso alkaa vuonna 1983, jolloin ensimmäiset aidsia käsittelevät kirjoitukset ilmestyivät Suomen Lääkärilehdessä. Vuosien 1983–1996 välinen aika on jakso, jolloin sairaus nähdään riskinä, joka toisaalta uhkaa Suomen väestöä, mutta myös yksilöitä, jotka toimivat taudin tarttumista edistävällä tavalla. Riskien välttämiseksi korostetaan aidsia koskevan tiedottamisen tärkeyttä, jonka tulee kohdistua sekä ”riskiryhmiin että yleisesti muuhun väestöön” (Suomen Lääkärilehti 7/1986, 620).

Vaikutelmani aineistosta on, että yhteisöllisyyden painotus teksteissä vaimenee mitä lähemmäs nykyaikaa tullaan. Vastaavasti yksilön painottaminen näyttää korostuvan uudemmissa teksteissä. Taulukossa 6. esitän, missä määrin kollektivistisia ja individualistisia lausumia aineistossa esiintyy kolmen eri tarkastelujakson aikana.

54. Kyse ei ole siitä, että kaudet seuraisivat yksiselitteisen erilaisina toisiaan, vaikka erotankin kaudet vuosien tarkkuudella. Jokaisella kaudella on yhteisiä piirteitä. Kauden päättyminen tiettyyn vuosilukuun kertoo siitä, että tietty yksilölliseen ja kollektivistiseen diskurssiin liittyvä painotus lakkaa esiintymästä. Painotus voi tulla esiin myöhemmin, mutta satunnaisemmin ja vaimeampana kuin aiemmin.

Taulukko 6. Kollektivistisia ja individualistisia lausumia sisältävien tekstien määrät⁵⁵

Tarkastelujaksot	Tekstien määrä	Kollektivistiset	Individualistiset
1946–1964	43 (100%)	42 (98%)	32 (74%)
1965–1982	12 (100%)	12 (100%)	11 (92%)
1983–1996	81 (100%)	74 (91%)	52 (60%)

Taulukosta 6. voi nähdä, että kollektivistisen ja individualistisen diskurssin muutokset kolmen tarkastelujakson aikana eivät ole kovin suuria. Kollektivistisia lausumia sisältävien tekstien määrä on suurempi kuin individualistisia sisältävien tekstien koko tutkimusjakson ajan. Kollektivistisia lausumia esiintyy lähes kaikissa teksteissä ensimmäisen tarkastelujakson aikana, vuosina 1946–1964, ja niitä sisältävien tekstien määrä on suuri toisella ja viimeiselläkin tarkastelujaksolla. Individualistisia lausumia sisältävien tekstien määrässä ei tapahdu kovin suurta vaihtelua kolmen tarkastelujakson aikana. Ensi-vaikutelma siitä, että individualistiset lausumat lisääntyisivät radikaalisti mitä lähemmäs nykyaikaa tullaan, ei näytä pitävän paikkansa. Päinvastoin, individualistista diskurssia esiintyy hieman vähemmän viimeisellä tarkastelujaksolla.

55. Kollektivistisia ja individualistisia lausumia sisältävien tekstien määrät on laskettu seuraavasti. Ensimmäisen tarkastelujakson tekstien yhteismäärä on 43. Kollektivistisia lausumia löytyy tällä jaksolla yhteensä 42:sta tekstistä ja individualistisia 32:sta tekstistä. Prosenttiluku kertoo, että kollektivistisia lausumia esiintyy ensimmäisellä jaksolla 98:ssa prosentissa vuosien 1946–1964 teksteistä. Individualististen lausumien edustus on vastaavasti 74%. Tekstien laskeminen on siis yksinkertaista luokittelua ja prosenttilaskua, eikä sen ole tarkoitus edustaa kvantitatiivista tutkimusta, vaan toimia laadullisen tarkastelun tukena ja analyysin yhtenä osana. Laskemisen tarkoitus on osoittaa, että aineistossa esiintyy puhetapoja koskeva muutos, jota on syytä tarkemmin diskursianalyttisin menetelmin analysoida. Toisen tarkastelujakson vähäisen tekstien määrän selittää se, että tuberkuloosi on 1960-luvun loppupuolelle tullessa päässyt kansantaudin luonteestaan, eikä siitä ole enää tarpeen tiedottaa yhtä usein kuin aiemmin. Vastaavasti viimeisen tarkastelujakson tekstien runsaus johtuu siitä, että aids on uutena tartuntatautina vilkkaan kirjoittelun kohteena.

Kollektivistisen diskurssin variaatiot

Kollektivistisen ja individualistisen diskurssin esiintyminen ei näytä radikaalisti muuttuvan aineistossa kolmen tarkastelujakson aikana. Kuitenkin tekstejä lukiessa saa sellaisen vaikutelman, että kollektivistista diskurssia painotettaisiin huomattavasti vahvemmin 1940–60 -luvuilla kuin 1980- ja 1990 -luvuilla, jolloin näytettäisiin korostavan yksilöllistä vastuuta. Kollektivistiseen diskurssiin liittyy 1940–50 -lukujen teksteissä vahva paatos, mikä osaltaan saattaa synnyttää vaikutelman siitä, että kyseisen ajan kirjoitukset ovat lähes yksinomaan kollektivismia korostavia. ”Meisyys”⁵⁶ on juhlava ja kohtalokas asia sodanjälkeisessä Suomessa.

Jotta vaikutelmaa kollektivistisen diskurssin painotuksen muuttumisesta voisi testata, erittelen taulukossa 7. tarkemmin kollektivistista diskurssia. Diskurssien muutosta tuleekin analysoida yksityiskohtaisemmin tutkimalla kollektivistisen diskurssin eri variaatioita. Koska erityisesti kollektivistisen diskurssin vähäinen muutos ja vahva esiintyminen koko tutkimusjakson ajan näyttää ennakko-olettamukseni vastaiselta, keskityn kollektivistisen diskurssin tutkimiseen. Niinpä seuraavassa analysoin, miten eri tavoin kollektiivisuudesta puhutaan ja miten kollektivistisen diskurssin eri variaatiot esiintyvät aineistossa eri aikoina.

Tämän analyysin tulokset raportoivassa taulukossa 7. ovat mukana tekstit, joissa painotetaan kollektivistisuutta. Erotan teksteistä erilaisia tapoja painottaa kollektivistisuutta sen mukaan, millaisia yhteisöllisyyden variaatioita teksteissä painotetaan. Kollektivistisen diskurssin variaatioita erotan aineistosta neljä; niitä ovat puhe Suomen kansasta ja väestöstä sekä terveydenhoitohenkilökunnasta ja potilaiden tai kirjoittajien perheistä.

56. Meisyys-ilmaisua käyttää Klaus Weckroth (1992, 131).

Taulukko 7. Kollektivistisen diskurssin variaatiot⁵⁷

Tarkastelujaksot	Tekstit	Kansa	Väestö	Henkilökunta	Perhe
1946–1964	43	41(95%)	11(26%)	24(56%)	15(35%)
1965–198	21	26(50%)	4(33%)	6(50%)	2(17%)
1983–1996	81	7(7%)	68(84%)	57(70%)	15(19%)

Tarkastelu osoittaa, että vähiten näyttävät teksteissä muuttuvan terveydenhoitohenkilökuntaa ja perhettä sisältävät kollektivistisen diskurssin variaatiot. Terveydenhoitohenkilökuntaa ja lääketieteen tutkijoita koskevassa puheessa ei näytä olevan huomattavan suuria määrällisiä muutoksia tutkimusjakson eri periodien välillä. Viimeisellä tarkastelujaksolla terveydenhoitohenkilökunta ja lääketieteen tutkijat ovat vahvemmin läsnä teksteissä kuin kahden ensimmäisen jakson aikana. Yksi selitys tälle on aids-tekstien suuri määrä vuosina 1983–1996. Aidsia aletaan tutkia ja sen hoitotapoja miettiä, jolloin myös terveydenhoitohenkilöstö on vahvasti teksteissä läsnä. Perheestä puhuminen ei myöskään määrällisesti tarkasteltuna muutu kovin paljon. Ensimmäisellä kaudella perhe on kansakunnan perusyksikkö ja sille kohdistetaan keuhkotautia koskevia valistusohjeita. Viimeisellä kaudella perheestä kirjoittaminen muuttuu lähinnä viittauksiksi potilaiden lähimpiin ihmissuhteisiin tai puheeksi potilaskategoriasta,

57. Kollektivistisen diskurssin eri variaatioiden laskemisen peruste on seuraava: jos tekstissä puhutaan Suomen kansasta ja maastamme sekä potilaiden työkyvystä, se sisältyy diskurssin variaatioon ”kansa”. Variaatioon on laskettu mukaan myös sellaisia tekstejä, joissa puhutaan muista maista kuin Suomesta, mutta joissa Suomi rajataan kansalliseksi yksiköksi. Vastaavasti, jos sairaus nähdään väestön ongelmana, se edustaa kollektivistisen diskurssin variaatiota ”väestö”. Tässä variaatiossa puhutaan myös Suomesta, mutta maan sairaustilanne nähdään vahvasti globaalina ongelmana. Muita kollektivistisen diskurssin variaatioita ovat puheet terveydenhuollosta ja -henkilökunnasta sekä lääketieteen tutkijoista. Mikäli tämä teema esiintyy tekstissä, olen luokitellut sen sisältyvän variaatioon ”henkilökunta”. Neljäs variaatio on ”perhe”, johon olen sisällyttänyt myös tekstit, joissa ei mainita sanaa perhe, mutta puhutaan äideistä ja lapsista sekä lausumat, joissa kirjoittajat viittaavat omaan perheeseensä. Yksi teksti voi edustaa useampaa kuin yhtä kollektivistisen diskurssin variaatiota.

jonka muodostaa äiti ja pieni lapsi. Terveystenhoitohenkilökuntaa ja perhettä koskevat muutokset eivät näin tarkasteltuna ole kuitenkaan kovin suuria, joten en puutu tässä luvussa lähemmin niihin.

Sen sijaan taulukko 7. osoittaa, että kansakuntaa koskeva puhe vähenee olennaisesti tutkimusjakson aikana. Kansasta puhumisen tilalle tulee puhe väestöstä. Väestöpuhe ei ole niin voimakkaasti metaforista ja moraalista sävyiltään kuin kansapuhe. Väestöstä puhuttaessa ei viitata sairauksien vastaiseen taisteluun, johon koko väestön olisi ryhdyttävä. Pikemminkin väestöä käytetään epidemiologisen repertuaarin osana, kun esimerkiksi kerrotaan miten suuri osa Suomen väestöstä sairastaa tuberkuloosia. Väestöpuhe ei siis ole niin moraalisesti latautunutta ja metaforisesti väritynyttä kuin kansakunta-puhe, eikä väestöstä puhuttaessa viitata sellaisiin seikkoihin kuten väestön onni tai työkyky, mikä taas kansakunnasta puhuttaessa on mahdollista. Väestöä ei personifioida kollektiivitoimijaksi samalla tavalla kuin kansaa.

Kolme kulttuurista kautta

Edellä tuli esiin, että kollektivistinen diskurssi ei ole aineiston teksteissä vähentynyt, mutta se on laadullisesti muuttunut. Aiemmin korostetun kansapuheen sijasta on alettu puhua väestöstä. Jotta tätä muutosta voisi ymmärtää tarkemmin, esitän seuraavassa aineistoesimerkkejä analysoimalla teksteissä käytettyjä erilaisia tapoja puhua sairauden yhteydessä kansasta, väestöstä ja yksilöstä. Erotan aineistosta kolme tarkastelujaksoa, joita jatkossa nimitän kulttuurisiksi kausiksi. Kullakin kaudella on omat erityiset painotuksensa, jotka liittyvät yhteisöä ja yksilöä koskeviin kirjoittamisen tapoihin. Erotan kaudet vuosien tarkkuudella, mille tulen jatkossa esittämään perusteet. Kausien tarkka erottaminen vuosisatasolla toisistaan ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei mitään samantyyppisiä korostuksia esiintyisi eri kausina. Esimerkiksi jokaisella kulttuurisella kaudella puhutaan vastuuttomista yksilöistä. Kuten seuraavassa tulen osoittamaan, yksilön vastuuttomuus suhteutetaan kuitenkin kollektivistisuuteen eri tavoin.

Ensimmäinen kulttuurinen kausi sijoittuu vuosiin 1946–1964. Tämä kausi on vahvan suomalaisen kansakunnan aikaa, jolloin Suomi nähdään yhtenäisenä entiteettinä. Tällä kaudella kirjoittajien yhtenä päämääränä on pyrkimys voittaa kansan yhteinen vihollinen, tuberkuloosi, joka heikentää kansakuntaa ja sen elävää voimaa. Tavoitteena on muodostaa onnellinen ja vahva Suomen kansa, jonka jäsenet ovat terveitä ja työkykyisiä. Yksilö nähdään nationalistisen yhteisön, kansan osana, ei niinkään yksittäisenä rationaalisena toimijana. Yksilöllä on moraalisia velvollisuuksia kotia, työtä ja kansakuntaa kohtaan. Eri-tyisesti miehen velvollisuus palauttaa ja pitää yllä työkykyänsä on kirjoittajien mukaan tärkeä. Lääkärin velvollisuus on antaa suoria ohjeita ja opettaa kansalaisia siinä, miten tuberkuloosin leviäminen voitetaan ja sairaus parannetaan.

Nationalistista painotusta ei enää löydy aineistosta vuoden 1965 jälkeen. Tuberkuloosi on edelleen Suomen ongelma, mutta se ei ole kansantauti, vaan lähinnä marginaaliryhmän sairaus. Yksilö on tällä kaudella joko rationaali tai irrationaali toimija. Rationaali potilas hoitaa sairautensa, noudattaa annettuja ohjeita ja paranee, koska lääketiede on voittanut sodan tuberkuloosia vastaan ja siihen on olemassa tehokkaat ja parantavat lääkkeet. Irrationaaleja potilaita ovat niin sanotut niskoittelevat alkoholistikroonikot, jotka eivät ota vastuuta itsestään ja hoida tuberkuloosiaan kunnolla, vaikka se tehokkaan tuberkuloosin hoidon puolesta olisi mahdollista.

Viimeisen kauden erottamisen kriteeri on ensimmäisen aidsia käsittelevä artikkelin ilmestyminen vuonna 1983 Suomen Lääkärilehdessä. Sairaus, sekä tuberkuloosi että aids, nähdään riskinä Suomen väestölle, josta on erotettavissa erilaisia sairastumiselle alttiita riskiryhmiä. Yksilö on tällä kaudella rationaali toimija, joka ottaa vastuun itsestään ja osaa välttää riskit, jos hän on saanut ja omaksunut tarpeellisen sairauden leviämistä koskevan informaation. Vastuu sairastumisesta on pääasiassa yksilöllä itsellään.

Nämä kolme kulttuurista kautta, joille on leimallista tietynlainen, ”ajan henkeen” kuuluva tapa puhua kansakunnasta, väestöstä ja yksilöistä, tekee kulttuurisena kontekstina ymmärrettäväksi sen edellä tehdyn havainnon, että kollektivistinen diskurssi muuttuu 1940-luvulta 1990-luvulle tultaessa. Seuraavassa tarkastelen yksityiskohdaisemmin aineistoesimerkkien valossa tätä muutosta.

Vahva Suomen kansa

Tapa, jolla sodan jälkeen kansasta puhutaan, on kansan yhtenäisyyttä juhlallisesti korostava, nationalistinen. Tuberkuloosi nähdään Suomen uhkana ja jokaisen kansalaisen vihollisena⁵⁸. Potilaat ovat kansakunnan resurssi. Heidät tulee pelastaa työhön ja toimintaan palvelemaan kansakuntaa. Lääkärit johtavat tätä taistelua, jonka päämääränä on onnellinen ja työkykyinen kansa. Parhaita hoitopaikkoja tuberkuloosipotilaille ovat hygieeniset parantolat, jotka sijaitsevat eristyneillä paikoilla kaukana ”terveestä” yhteiskunnasta. Nationalistinen ja moralistinen painotus alkaa murentua tämän jakson lopulla.

Kun on kulunut muutamia harvoja vuosikymmeniä, onkin uuden sukupolven ehdittyä kasvaa kaiken todennäköisyyden mukaan keuhkotauti kansantautina Suomesta hävitetty. Mitä tämä merkitsee kansallemme, sen työkyvyille ja elämänonnelle, siitä saamme käsityksen, jos muistamme, että yksin kulumassa olevan vuosisadan aikana keuhkotautiin kuolleiden luku Suomessa on ollut 300 000. Nykyisen sukupolven velvollisuutena on hävittää tämä kansan surma. (Terveydenhoitolehti 11–12/1953, 238)

Vuosien 1946–1964 teksteissä puhutaan kansasta, jolloin tavoitteena on kansalaisten vahva työkykyisyys⁵⁹. Tuberkuloosi nähdään uhkana, joka voi tuhota kansan ja sen perheiden onnen. Kuvaukset ovat ensisijaisesti kollektivistisellä tasolla; toimijat edustavat kotia ja

58. Kansallinen painotus löytyy myös esimerkiksi kuppaa käsittelevistä Terveydenhoitolehden teksteistä. Vuonna 1947 esitetään: ”kaikki tietävät tuberkuloosin olevan kansakunnan uhka, mutta kuinka moni tietää, että sukupuolitaudit ovat lähes yhtä vaarallisia kansan terveydelle?” (Terveydenhoitolehti 4/1947, 88)

59. Ammattilääketieteessä tämä näkyi lääketieteellisen katseen laajenemisena muihin kuin työn terveystieteisiin. Lääkärit kiinnittivät ammattitautien hoitamisen lisäksi huomiota siihen, että ylipäättään työn teon edellytykset olivat tehokkaita. Pyrkimyksenä oli ”saada terveydeltään ja ominaisuuksiltaan sopiva henkilö hoitamaan kutakin pyörää yhteiskunnassa”. Vuonna 1951 toimintansa aloittanut työterveyslaitos vahvisti osaltaan teollistuvaa yhteiskuntaa palvelevaa tiedontuotantoa, jossa toisen maailmansodan jälkeen alkoi korostua entistä vahvemmin erikoistuminen ja työnjako. (Kettunen 1994, 386–387)

kansaa, yhtenäistä kokonaisuutta (Koivunen 1995, 105). Tällä en tarkoita etteikö yksilöitä kuvattaisi kauden teksteissä, vaan sitä, että toimijat ovat ensisijaisesti nationalistisia subjekteja:

Tuberkuloosi on todella se kansanterveyden vihollinen, jonka kanssa meidän maassamme kaikkein useimmat henkilöt joko suoranaisesti tai välillisesti ovat joutuneet kosketuksiin. Se on tuonut ja tuo murhetta ja surua koteihin enemmän ja murskaa kauniita tulevaisuudensuunnitelmia julmemmin kuin mikään muu tauti. (..)

Valistustyö kohdistetaan ennen kaikkea koteihin, joissa keuhkotautia on todettu. Näissä kodeissa tähän työhön koulutetut terveyssisaret käyvät neuvoja ja ohjeita antamassa ja kodin terveydellisiä oloja järjestämässä. Yhteiskunnan taholta järjestetään myös Calmette-rokotus ja muut toimenpiteet, joilla tautia torjutaan. Mutta myös kunkin yksilön on tässä oltava mukana. Jokaisen on kaikin tavoin tuettava tätä yhteistä taistelua, ja jokaisen on mm., jos alkaa tuntea oireita, joista vanhastaan tiedetään, että niiden takana piilee keuhkotauti, kiiruhdettava lääkäriin. (Terveydenhoitolehti 4/1947, 98)

Yksilö mainitaan esimerkissä yhtenä kansallisen taistelun osapuolena. Yksilön moraalinen velvollisuus on osallistua tuberkuloosin vastaiseen taisteluun. Kaikkien on tunnettava vastuunsa, ei vain joidenkin rajattujen ryhmien jäsenten. Potilaiden tehtävänä on parantua tuberkuloosista, jotta he voisivat palata tekemään työtä yhteiskunnan hyväksi. Kansan onni on kiinni siitä, että vastuuntuntoiset potilaat hoitavat itsensä ajoissa ja jatkavat kesken jääneitä töitään.

Toivottavaa olisi, että nopeasti saavuttaisimme sen tavoitteen, että mahdollisimman monet keuhkotautipotilaat palaisivat yhteiskuntaan työkykyisinä ja että heidän terveytensä ja työkykynsä säilyvät. (Terveydenhoitolehti 1/1955, 75)

Potilaiden työkykyisyyttä ei pohdita tarkemmin yksilötasolla, esimerkiksi käsittelemällä tuberkuloosin vaikutuksia nuoren miespotilaan työmahdollisuuksiin. Miesten työkyky on kuitenkin tärkeä osa kan-

san onnea ja miesten työ nähdään vaativana. Mies- ja naispotilaiden välille tehdäänkin ero työkyvyn palauttamisen suhteen. Miesten työn jatkaminen sairaudesta toipumisen jälkeen on vaikeampaa kuin naisten:

Nuorimmassa ikäryhmässä on ero eri sukupuolten myöhäistulosten kesken varsin vähäinen. Kuolleisuus ja lievä invalidius on melkein sama, vain täysin ansiotyöhön kykenemättömien määrä on miehillä paljon suurempi kuin naisilla, mikä voi johtua erilaisista työmuodoista. Nainen saattaa suorittaa kotiaskareet tai ansaita esim. käsitöillä sellaisissakin taudin aiheuttamissa olosuhteissa, joissa yksinomaan raskaampiin työmuotoihin tottunut mies on täysin ansiokyvytön. (Suomen Lääkärilehti 15/1958, 700)

Naiset tekevät ”kevyitä” töitä, kuten kotiaskareita tai käsitöitä miesten tehdessä raskaampaa työtä. Miesten olisi näin ollen tervehdyttävä täysin, jotta he voisivat jatkaa fyysistä kuntoa vaativaa työtä. Miespotilaiden sairaudesta toipumisen prosessi esitetään siis tavallaan vaativampana kuin naispotilaiden tervehtyminen. Palaan tähän seikkaan tarkemmin seuraavassa luvussa.

Hygieniä ja moralistinen terveyskasvatus

Vahvasta Suomen kansasta puhuttaessa keskeisiä ovat ohjeet, joita kirjoittajat lukijoilleen antavat. Kirjoittajat kasvattavat lukijoitaan hygieniää koskevin ohjein⁶⁰. Hygieniasta kirjoittaminen on moralistista. Kirjoittajat esittävät arvioita siitä, millainen on hyvä ja puhdas koti tai Suomen kansalainen.

Lääkäri valvoo sekä ”potilaan että yhteiskunnan etuja”, koska hänellä on niitä kohtaan tiettyjä ”velvollisuuksia” (Suomen Lääkärilehti 23/1948, 680). Tuberkuloosi koskettaa yksilöitä, mutta se on myös

60. Hygienia-termin alkuperä löytyy kreikkalais-roomalaisesta mytologiasta, jossa Hygieia on terveyden jumalatar. Hänen nimensä elää edelleen sanassa hygieniä. Hygieia oli laivalääkäri Askepioksen tytär. Askepios paransi Kreikassa ihmeellisellä tavalla monia sairauksia. (Henrikson 1999, 308)

koko kansakunnan uhka. On siis selvää, että tuberkuloosin vastustustyö koskee koko Suomen kansaa, mutta lisäksi voi kysyä, kenelle ja millä tavoin terveystkasvatus tarkemmin sanottuna osoitetaan. Terveystkasvatuksen pääkohde on suomalainen koti, jolle taudin uhka asettaa erityisiä vaatimuksia.

Keuhkotautiparantoloiden aikaisempia ”lääkkeitä” on edelleenkin käytettävä. Näitä ovat raikas, puhdas ilma ja puhtaus muusakin suhteessa, riittävä lepo ja runsas, sopiva ravinto.

Mitä olisi pisaratartunnan välttämiseksi tehtävä? (..) Huoneiden tuuletus on tästä syystä erittäin tärkeä asia. Vain kunollinen ns. ristituuletus on tehokasta. Jos on kylmä ilma, voidaan tuuletus suorittaa hyvin nopeasti, minuutissa parissa. Seinissä olevat lämpövarat lämmittävät ilman nopeasti entiselleen ja vieläpä, jos ilma on ollut kosteata, lämpötila nousee tuuletuksen jälkeen. (Terveydenhoitolehti 1/1955, 66)

Kodissa olisi pystyttävä käyttämään tuberkuloosin hoidossa tarvittavia ”lääkkeitä”. Kodin olisi oltava puhtautta, terveellistä ravintoa ja lepoa tarjoava paikka. Erityisen tärkeää on, että koti on siisti ja hygieeninen, vapaa tuberkuloosi-bakteereista. Tuberkuloosi-bakteeri edustaa teksteissä likaa, jota vastaan hygieniää lisäävin toimin taistellaan.⁶¹ Bakteerit ovat erityisen likaisia joutuessaan ihmisen ulkopuo-

61. Hygieniä oli Suomessa esillä jo 1800-luvun lopulla, jolloin tavoitteena oli koulia yksilöistä siivoja ja vastuullisia isänmaan jäseniä (Apo 1998, 99–100, Halmesvirta 1998, 14). Puhtaus ei koskenut vain yksilöitä, vaan koko kansa haluttiin nähdä puhtaana ja terveenä (Henriksson 1998, 133). 1900-luvun alkupuolella hygieniä näkyi keuhkotaudin vastaisissa julisteissa, joissa kehoitettiin luomaan puhdas, tuuletettu ja valoisa koti (Alasuutari 1992, 112). Hygieniää korostavia kampanjoita tehtiin 1960-luvulle asti. (Hietala 1992,72).

Hygienian projekti on vanha, se alkoi ennen bakteerin keksimistä. 1800-luvun hygieenisistä toimia olivat esimerkiksi katujen lakaisu ja juomaveden puhdistus. Hygieniä ymmärrettiin myös sosiaalihygieneiksi, millä nykyään tarkoitetaan sellaisia toiminnan muotoja kuten sosiaalipolitiikka, terveydenhuolto, vanhusten hoito, ruoka- ja henkilökohtainen hygieniä. (Hietala 1992, 73, 187). 1800-luvun lopulla hygieniä liitettiin bakteereihin (Jauho 1997, 61). Hygienian projekti keskittyi taudin aiheuttajiin, mikrobeihin. Ennen tätä se oli ollut toimintaa ilman selvää, näkyvää kohdetta. (Latour 1988, 45–48). Hygienian noudattamiselle oli olemassa selkeä argumentti; puhtaus on tärkeää ihmisten terveyden edistämisen ja sairauksien leviämisen estämisen kannalta. Hygieniä ei ollut tärkeää vain yksittäisten ihmisten, vaan koko kansakunnan hyvinvoinnin kannalta. Puhtautta pidettiin myös kansakunnan sivistystason mittana, joka vuonna 1933 ilmestyneessä Terveydenhoitolehdessä määritettiin ”sen mukaan, miten paljon ne kuluttavat saippuaa ja vettä vuodessa”. (Kuusi 1995, 54–55)

lelle (Jauho 1997, 65), lattialle tai ilmaan. Ihmisten, varsinkin keuhkotautisten, elinympäristön tulee olla siisti ja siten vaaraton. Tuuletus on yksi toimenpide, jolla saadaan huoneeseen aikaan ”lääke” eli puhdas ilma. Lääke-sana on lainausmerkeissä, koska lääketiede on jo kehittänyt tehokkaita lääkkeitä ja rokotuksen tuberkuloosia vastaan. Muutama vuosi myöhemmin ”lääkkeet” ovat enää vain apukeinoja, joita ei välttämättä tarvitse käyttää. ”Tuberkuloosin hoidossa on nykyisin pääasia lääkkeitä; ruoka, lepo ja raitis ilma ovat vain apukeinoja, joista hoidon aikana on joskus tingittävä” (Terveydenhoitolehti 11/1960, 413).

Keuhkotaudin korostetaan tarttuvan kahta eri tietä:

Keuhkotautitartunta leviää siis elävästä tartunnanlähteestä, keuhkotautia sairastavasta ihmisestä. Se vaara, joka uhkaa keuhkotautisen käyttämien vaatteiden, hänen asuntonsa, hänen kirjojensa, hänen työvälineittensä taholta, on mitättömän pieni. Pääasia on elävä tartunnanlähde.

Jos keuhkotautia sairastanut kuolee, riittää jälkipuhdistukseksi perinpohjainen asunnon suursiivous ja hyvä tuuletus. Astiat ja pesuvaatteet pestään, ja niitä vaatteita, joita ei voida pestä, tuuletetaan ja piestään ulkona, ja sillä hyvä.

(Terveydenhoitolehti 1/1955, 64)

Keuhkotauti tarttuu elävästä tartunnanlähteestä tai sairaan käyttämistä esineistä⁶², joskin jälkimmäisten tartuttavuutta pidetään hyvin pienenä. Tekstissä ei esimerkiksi kehoteta läpikotaisin desinfioimaan tai hävittämään potilaan käyttämiä vaatteita. Pisaroina leviävä tartunta estetään yskimisen ja sylkemisen hallinnalla.

Pisaratartunnan ja pölytartunnan vaarallisuuden eroista oli aikaisemmin kiistelty, osa tutkijoista korosti pölyntyvien yskösten ja osa

62. 1900-luvun alun Terveydenhoitolehdestä ollaan erityisen huolissaan tartunnoista, jotka voivat tapahtua esineiden välityksellä tai erilaisissa tilanteissa, joissa on paljon ihmisiä yhteenkokoontuneina. Tartuntaa välittävistä esineistä Terveydenhoitolehdestä mainitaan esimerkiksi kirjekuoret, kirjat, ruokailuesineet, raha ja ruumisarkkujen kantohihnat. Kokoukset ja jumalanpalvelukset ovat tilanteita, joissa tuberkuloosi leviää ja kirkoissa sylkemisestä kehoitetaan luopumaan. (Jauho 1997, 63)

pisaratartunnan vaaraa (Jauho 1997, 63)⁶³. Suomen Lääkärilehdessä molemmat tekijät, siisteys ja yskimisen hallinta, esitetään olennaisina huomioon otettavina seikkoina tartuntavaaran vähentämisessä:

Parisenkymmentä vuotta on ollut vallalla käsitys, että tartunta siirtyy ihmisestä toiseen etupäässä yskiessä tai aivastaessa sinkoilevien pienten eritepisarain välityksellä, mutta nykyisin nostaa jälleen päätään aikaisempi käsitys, että pölytartunta on sitä tärkeämpi. Lienee parasta myöntää kummallekin käsitykselle oikeutus ja sanoa, että yskivä ja epäsiisti ihminen on suhteellisen tartuntavaarallinen, siisti ja yskänsä hallitseva suhteellisen vaaraton. (Suomen Lääkärilehti 3/1948, 37)

Lääkäri on terveyskasvatuksen auktoriteetti, joka kertoo kansalaisille kuinka heidän tulee toimia yskiessään ja sylkiessään. Oikea yskimisen tapa esitetään toteavasti arvioiden, kuten edellä, yskän hallitseva ihminen on suhteellisen tartuntavaaraton. ”Henkilö, joka on kasvatettu siisteihin elintapoihin ja jolla on mahdollisuus niitä noudattaa, on aivan toisessa asemassa kuin se, jolla näitä etuja ei ole” (Suomen Lääkärilehti 3/1948, 37). Ohjeita esitetään myös käskymuodossa; valistettaville osoitetaan menettelyohjeita kuinka keuhkotauti pysyy aisoissa. Hallitsematon sylkeminen on tapa, jonka kirjoittajat koettavat saada kuriin. Suomen kansalaisten olisi opittava hallitsemaan yskimisensä ja sylkemään oikeaan paikkaan⁶⁴.

63. Mikko Jauho (1997) toteaa, että pisaratartunta edusti 1930-luvun Terveystieteiden lehdessä uuden, yksilöivemmän ajan muotoa. Enää ei niinkään korostettu näkyvää likaa, jota voitiin erilaisin siivoustoimin poistaa, vaan painopiste siirtyi tartuntaa levittäviin yksilöihin, joiden tuli oppia sylkemään ja yskimään oikein. Pisaratartuntaan nojaavat toimenpiteet olivat näkyvän lian poistamiseen nähden yksilöivämpiä. (Jauho 1997, 63–64) Sylkemisen ja yskimisen hallintaa voikin pitää yhtenä itsekontrollin muotona, joka on opittavissa ja sisäistettävissä. Tutkimusjakson ensimmäisen kauden teksteissä kuvailaan sekä elinympäristön hygienian että itsekontrollin tärkeyttä. Siivoaminen on edelleen tärkeää, mutta sitäkin olennaisempaa on oppia hallitsemaan itsensä – yskänpuuskat ja sylkeminen.

64. Sylkeminen on ollut yksi suomalaisten käytösoppaiden huolen aihe. Aino Sinnemäki (1988) lainaa suomalaista käytösopasta vuodelta 1886: ”Ei sovi sylkeä. Terveillä ihmisillä ei ole tarvetta siihen; heillä on liiallinen sylkeminen ainoastaan paha tapa. Keuhkotautiset ovat pakotetut sitä tekemään; mutta ei kenenkään sovi sitä tehdä julkisissa paikoissa, käyttämättä sitä varten asetettuja astioita. Maahankin sylkeminen on pidettävä sopimattomana. Samoin ei katujen käytävilläkään sovi sylkeä, sillä löytyyhän sitä varten käytävien vieressä katuojat. Jollei muu keino auta, sopii sylkeä nenäliinaansa.” →

Ennen maailmassa oli kaikkialla nähtävänä kieltotauluja: Älä sylje lattialle! Tämä ei tarkoittanut vain sitä, että on rumaa ja siivotonta liata lattioita limaisilla ysköksillä, vaan päätarkoituksena oli sanoa: Älä levitä keuhkotautitartuntaa! Kun näet yskökset saivat lattialla kuivua ja niitä sitten kuivalla luudalla lakaisitiin, nousi ilmaan ysköspölyä ja sen mukana, kun niin sattui, miljoonia tuberkkelibasilleja.

Ei enää syljeksiä lattialle. Mutta edelleenkin maassamme on suuret määrät keuhkotautia sairastavia, edelleenkin paljon yskittää ja syljeksiään, mutta ei enää lattialle, vaan sylkyastiaan. (Terveystieteiden aikakauslehti 1/1955, 5)

Sylkeminen nähdään pahana ja vaarallisena tapana. Tuberkuloosibakteeri on vaarallinen lattialla, mutta ei suljettavassa sylkyastiassa. Sylkeminen kuvataan Terveystieteiden aikakauslehden julkisena tapahtumana; ei esimerkiksi yksilöimällä kuka sylkee, onko se mies, nainen vai lapsi, joka jo osaa lukea kieltotaulujen tekstit.

Sosiaalidarwinismi

Hygieniasta kirjoittamisen lisäksi ensimmäisellä kulttuurisella kaudella esitetään sosiaalidarwinistisia arvioita kansan vahvuudesta. Tuberkuloosibakteeri ei piiloudu vain likaan, joka on lattialla, tai potilaan erittämiin tartunnanvaarallisiin yskänpisaroihin. Bakteeri voi kulkeutua vielä hienojakoisemmin perintötekijöiden mukana ihmisistä ja suvuista toisiin (Jauho 1997, 64). Vahvaa Suomen kansaa painottaessaan kirjoittajien esittämä juonne teksteissä on puhtaaseen rotuun perustuva ajattelu. Maailmansotien välisen ajan aatteellisessa ilmastossa esiintyi ajatus yksilöiden keskinäisestä ja kansojen välisestä olemassaolon taistelusta. Taustalla oli biologistinen, Darwinin ajatuksista johdettu ajattelumalli, jonka mukaan yhteiskunnassa on voittajia ja häviäjiä, viimeksi mainittujen ollessa heikoimpia ja elinkel-

Sisätiloissa sylkemisestä kirjoitetaan käytösoppaissa vuoteen 1931 asti, tämän jälkeen niissä käsitellän vain ulko- ja julkisissa tiloissa sylkemistä. Vuonna 1984 kysytään, olisiko syytä palauttaa ”Älä sylje lattialle” -taulut julkisiin tiloihin ja liikennevälineisiin, koska sylkeminen on taas yleistynyt. (Sinnemäki 1988, 111–112)

vottomimpia. (Jauho 1997, 165⁶⁵). Tämä ajattelumalli esiintyy vielä sodan jälkeisissä Terveydenhoitolehden teksteissä.

Suomen kansan suurin rikkaus on kansan elävä voima, sen henkisesti ja ruumiillisesti terveet, työkykyiset kansalaiset. Keuhkotauti on tämän elävän voiman pahin hävittäjä. Viime vuosien suurten menetysten jälkeen meidän on ponnistettava entistäkin enemmän kansamme elävän voiman pelastamiseksi tuholta. (Terveydenhoitolehti 4/1948, 76)

Esimerkissä koko kansa nähdään kokonaisuutena, jonka arvokkaimman osan muodostavat terveet ja työkykyiset kansalaiset. Kansan rikkaus on uhattuna keuhkotaudin vuoksi, ja sen vuoksi “meidän”, lääkäreiden, on toimittava kansan rikkauden pelastajina. Kirjoittajat korostavat siis työkykyisten kansalaisten tärkeyttä maan vaurauden kannalta, heikkojen elinkelvottomuutta tai yhteiskunnallista taakkaa ei eksplisiittisesti korosteta. Ajatus siitä, että osa kansasta on resurssina työkyvyttöntä, on esimerkissä implisiittisesti läsnä.

Puhe kansan elävästä voimasta alkaa muuttua 1950-luvun lopulla, jolloin tuberkuloosi alkaa menettää laajalle levinneen kansantaudin luonnettaan. Muun muassa kohonnut elintaso on parantanut kansan vastustuskykyä. Luonnostaan heikot henkilöryhmät ovat kuolleet usein ilman jälkeläisiä, kuten seuraava kirjoittaja toteaa:

On erittäin tärkeätä tietää, että koko meidän kansamme vastustuskyky tuberkuloosin suhteen on viime vuosikymmeninä hyvin suuresti lisääntynyt. Yhteiskunnasta ovat vuosikymmenten kuluessa hävinneet pois henkilöryhmät, joilla luonnostaan

65. 1900-luvun alun Terveydenhoitolehden artikkeleissa esiintyi ajatus luonnonvalinnasta, jonka mukaan yhteiskunnassa tulisi vallita vahvojen ja heikkojen välinen kilpailu. Vahvojen jäädessä henkiin kansan kuntoisuus paranee, kun heikot eivät ole rappeuttamassa sukuaan. Toisaalta terveydenhoito pitää heikkoja hengissä samalla kiihdyttäen degeneraatioketäytystä. Monet kirjoittajat kuitenkin kielsivät luonnonvalintateoriaa johdetut näkemykset, eikä terveydenhoidon lakkauttamisen ajatuksesta puhunut kukaan. Kyse ei ollut vastakkainasettelusta perinnöllisyys- ja kasvatusdiskurssin välillä; molempien yhteisenä tavoitteena oli terve kansa. Sosiaalidarwinistisen ajattelun ja terveyskasvatuksen välistä ristiriitaa ei kuitenkaan lehdessä pyritty lopullisesti ratkaisemaan. (Jauho 1997, 167–168)

on ollut hyvin heikko vastustuskyky tuberkelibasilleihin nähden; he ovat jo usein nuorina kuolleet ilman jälkeläisiä. Yhteiskunta on näin luonnollisella tavalla puhdistunut heikoista yksilöistä. Lisäksi viime vuosien kohonnut elintaso, etenkin suuresti parantunut ravinto, on kohottanut vastustuskykyämme. (Terveydenhoitolehti 4–5/1956, 112)

Esimerkissä on havaittavissa käänne aiempaan sillä tavoin, että enää ei puhuta huolesta kansan elävän voiman häviämisestä, vaan todetaan suoraan, että nyt on päästy eroon heikoista yksilöistä, jotka eivät ole onneksi ehtineet lisääntyä. Puhe kansan elävästä voimasta on ollut osa rotuhygieenistä ajattelua, joka nyt alkaa rapautua. Sosiaalidarwinistiset ilmaukset ovat korostetusti esillä silloin kun rotuhygieeninen ajattelu ei ole enää itsestään selvää.

Kaiken kaikkiaan darwinistinen painotus on kuvatulla kaudella selkeämmin nationalistisiin ilmauksiin verrattuna marginaalisempi. Vaikka rotu-ajattelu ja nationalismi kietoutuvat toisiinsa (Kaikkonen 1985, 21, 31), ei enää toisen maailman sodan jälkeen mielellään viitata ajatukseen puhtaasta rodusta. Vahvaa Suomen kansaa korostavalla kulttuurisella kaudella potilaiden tervehtymisen ja työkykyisyyden tavoite liitetään mieluummin nationalistisista arvoista kansan ja kodin onneen, kuin perinnöllisesti heikkoihin yksilöihin (vrt. Alasuutari 1992, 111).

Onnistunut tuberkuloosin hoito ja niskoittelevat potilaat

Toisella kulttuurisella kaudella nationalistinen painotus muuttuu. Kansakunnan ja sen perheiden onni ei ole enää selkeästi tekstien teemana. Yksilön vastuuta korostetaan toisin kuin ensimmäisellä kaudella; hieman kärjistäen sanottuna potilas ei ole enää passiivinen terveyskasvatuksen kohde, vaan tietoa hankkiva subjekti, joka osaa ilman autoritatiivisia käskyjäkin soveltaa terveyskasvatuksen ohjeita sairauden hoitoon ja ehkäisyyn. Kirjoittajat alkavat puhua kansan sijaan väestöstä, jota erilaiset riskit uhkaavat. Tällä kaudella lääkärit

ovat tehokkaan ja tuberkuloosin hoidossa menestyneen terveydenhoitojärjestelmän edustajia.

Nationalistinen painotus alkaa hävitä tutkimusaineiston lehdissä 1950-luvulla ja 1960-luvun lopulla ”kansallista paatosta” edellä kuvatulla tavalla ei enää löydy⁶⁶. Vuoden 1964 jälkeen ei enää puhuta Suomen kansan ja sen kotien onnesta. Tartuntataudit uhkaavat edelleen Suomea, mutta ne eivät ole pelkästään kansallisia ongelmia, vaan maailmanlaajuisia vitsauksia. Tuberkuloosi nähdään kansainvälisenä ongelmana tutkimusjakson ensimmäisellä kaudellakin, mutta se kuvataan kansallisessa kontekstissa; eri Euroopan mailla, Suomi mukaan lukien, on ”omat tuberkuloosin vastaiset ohjelmansa” (Terveydenhoitolehti 6–7/1949, 143). Erosta maailman rikkaiden ja köyhien maiden mahdollisuudesta hoitaa ongelmaa ei ensimmäisellä kaudella puhuta. Vuonna 1964 tuberkuloosin sanotaan olevan kansainvälinen ongelma, joka koskee kaikkia. Suomi ei ole enää moraalisin painotuksin kuvattu vahva yksikkö, vaan osa kansainvälistä yhteisöä, jolla on yhteisiä terveysongelmia.

Tuberkuloosi on kansainvälinen terveysongelma, ja se on ratkaistava tältä pohjalta. Vaikkakin tuberkuloositilanne vaihtelee suunnattomasti siirryttäessä kehitysalueilta korkeasti teollistuneisiin maihin, se on vakava asia kaikille. (Terveydenhoitolehti 9/1964, 40)

Niskoittelevat alkoholisti-kroonikot

Yksilötasolla potilas aletaan 1960-luvun lopun teksteissä nähdä subjektina, jonka tulee oma-aloitteisesti ottaa vastuuta tervehtymisestään tilanteessa, jossa tehokkaita lääkkeitä tuberkuloosia vastaan on ole-

66. Ilmeisesti lääkärikunnassa tapahtui laajemminkin näihin aikoihin irtiottoa kansallisiin ja muihin rajattuihin ryhmiin sitouviin arvoihin nähden. Esimerkiksi ryhmä lääkäreitä perusti Lääkärit ilman rajoja -järjestön vuonna 1971. Sen tarkoituksena on antaa terveydenhoidollista apua maailman osissa, joissa on sotia ja muita katastrofeja. Järjestö otti etäisyyttä rotuun, uskontoon ja politiikkaan liittyviin kysymyksiin ja korosti toimisaan neutraalisuutta. Järjestö tarjoaa apuaan universaalien lääketieteellisen etiikan nimissä. (Doctors Without Borders 1999)

massa. On potilaasta itsestään kiinni, haluaako hän parantua vai ei. Toimimalla vastuuntuntoisesti ja rationaalisti sairaus on voitettavissa.

Tässä pienoisyhteiskunnassa, jossa eri yhteiskuntaluokat seurustelevat suvereenisti keskenään, ei edes pultsareita erotettaisi muiden yhteydestä, vaan heidät otettaisiin auliisti mukaan muiden elämään, elleivät he itse erottaisi itseään muista rähisemällä ja juopottelemalla ”mustasti” hankitulla viinallaan. (Terveydenhoitolehti 7/1973, 41)

Naispuolinen tuberkuloosi-potilas kuvaa ”tuberkuloosisairaalan miljöötä, jossa pultsarit ovat ongelmana” (Terveydenhoitolehti 7/1973, 41). Tuberkuloosi ei ole enää kansantauti ja periaatteessa sen esiintyminen Suomessa voitaisiin minimoida olemattomiin. Edelleen yhteiskunnassa on kuitenkin toimijoita, jotka estävät lääketieteen lopullista voittoa tuberkuloosista toteutumasta, vaikka kyseessä on ”sairaus, josta nykyään paranee, jos vain itse tahtoo, viettää säännöllistä elämää ja on tunnontarkka lääkityksen suhteen. On omassa vallassa, haluaako parantua” (Terveydenhoitolehti 7/1973, 42). Naiset ovat miehiä valmiimpia hyväksymään tuberkuloosin hoidon kliiniset ohjeet, joiden noudattaminen johtaa paranemiseen (Kivistö 1967, 27).

Tuberkuloosi on ensisijaisesti irrationaalisti toimivien yksilöiden sairaus, lähinnä miespuolisten alkoholistien, jotka pitävät sairautta eräänlaisena ”elinkeinonaan” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 47). Parantolassa ollaan aika, joka tarvitaan kuntoon tulemiseen, mutta ei täydelliseen tervehtymiseen, siellä käydään hankkimassa voimia vapaan elämän viettoon. Tuberkuloosi on siirtynyt kodeista ja eristetyistä tuberkuloosi-parantoloista alkoholisti-kroonikkojen mukana ”jonnekin ympäröivän kaupungin humuihin” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 47).

Kerrottakoon yksi esimerkki: elämänsä rappiolle ryypännyt entinen toimittaja tuotiin resuisena ja likaisena korkeassa kuumeessa keuhkotautiparantolaan. Sitä ennen hän oli ollut jo yli kolmekymmentä kertaa hoidettavana eri sairaaloissa. Muutaman hoitoviikon ajan sairaalassa kuntouduttuaan mies yk-

sinkertaisesti oli kävellyt tiehensä lääkehoidon ulottumattomiin. Tauot lääkityksessä olivat muodostuneet niin pitkiksi, että basillit keuhkoissa niiden aikana pääsivät virkistymään ja lisääntymään.

Tällä kerralla saatiin potilaan lähes 40 asteen kuume laskemaan tehokkailla antibiooteilla parissa viikossa. Koko ajan jatkettiin myös tuberkuloosin lääkehoitoa. Kuntouduttuaan potilas rupesi tekemään pikku kävelyretkiä sairaalan puistossa. Eräänä aamuna todettiin hänen jälleen pyrähtäneen jonnekin ympäröivän kaupungin humuihin. Seuraavan kerran hänet tavattiin sairaalan portteja kolkuttamasta parin viikon kuluttua jälleen kuumeisena ja huonokuntoisena. Mies otettiin osastolle ja jatkettiin piirileikkiä siitä mihin edellisellä kerralla oli jääty. (Terveydenhoitolehti 2/1969, 47)

Hoidon epäonnistuminen ei ole kiinni sosiaalisista aspekteista potilaan elämässä, vaan siitä, että potilas on kuin leikkivä lapsi, jolla ei ole pitkäjännitteisyyttä viedä hoitoa loppuun. Ongelma on osittain ratkaistu, koska pätevää lääketieteellistä hoitoa on saatavilla. Tuberkuloosi-basilli on ”voitettu”, mutta osa potilaista ei kuitenkaan suostu toimimaan tavalla, joka takaisi hoidon onnistuneen lopputuloksen. Esimerkin mies ei ole ”kiltti potilas, joka syö erittäin pitkäaikaisen lääkekuurinsa, lepää ja viettää säännöllistä elämää. (..) Perus-syy sille, että tuberkuloosia vielä esiintyy, on hoidon onnistumisen riippuminen kyseisestä ihmisestä itsestään” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48). Potilas ei aina noudata hoito-ohjeita. Alkoholismiin ajatellaan liittyvän yhteiskuntaa vastustavia piirteitä, mikä tuberkuloosin hoidossa näkyy hoitojärjestelmän vastustuksena: potilas ”käy kai-kin keinoin sitä vastaan” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48).

Lääkkeiden syömättä jättäminen on eräs yleisimmin käytetyistä menetelmistä. Tuberkuloosilääkkeitä saattaa löytyä sairaalan puistosta, WC:stä, vuodevaatteista, niitä voi lennellä potilaan rintataskusta hänen riisuessaan paitaansa lääkärin kierron yhteydessä, niitä tavataan karanneen potilaan jälkeensä jättämien tavaroiden joukosta jne. (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48)

Niskoittelevat tuberkuloosipotilaat ryhtyvät ”lääkelakkoon” (Roth 1963, 52). Mitä näitten miesten kanssa oikein pitäisi tehdä?

On katsottu tarpeelliseksi perustaa alkoholistihuoltola, joka samalla on parantola. On perustettu parantolaan osasto, johon tilapäisesti (korkeintaan 4 kk kerrallaan) voidaan eristää vaikeahoitoiset potilaat. Tietoisuus henkilökohtaisen vapauden rajoittamisesta on vaikuttanut hillitsevästi alkoholin väärinkäyttöön ja helpottanut järjestyksen ylläpitoa. (Suomen Lääkäri-lehti 24/1971, 2260)

Potilas, joka toimii parantolan sääntöjen vastaisesti, antaa terveydenhoitohenkilökunnalle lisää valtaa päättää potilaan hoitamisen tavoista (Roth 1963, 51). Edellisessä otteessa kirjoittaja kertoo Ruotsin hoitojärjestelmästä, jossa alkoholia liikaa käyttävät tuberkuloosipotilaat on eristetty erityiseen parantolaan. Tuberkuloosilain⁶⁷ (649/1948, 15§; 355/1960, 17§) mukaan tämä olisi ollut mahdollista Suomessakin, mutta näin ei kuitenkaan käytännössä tapahtunut. Eriyisiä suljettuja parantoloita ei perustettu, vaikka potilaiden tahdonvastainen hoito oli lain mukaan mahdollista ja niin joidenkin potilaiden kohdalla meneteltiinkin: osa parantoloista oli tavallaan ”suljettuja”. Virallisesti suljettujen parantoloiden perustamista ei katsottu tarpeelliseksi, koska lääkehoito oli tehokasta ja valtaosa kroonikoista parantui niiden avulla. Myös hoitohenkilökunnan asenteita pyrittiin muovaamaan vähemmän tuomitseviksi, mikä todennäköisesti edesauttoi potilaiden halua hoitaa itseään. (Härö 1992, 195)

Tuberkuloosia saa hoitoon sopeutumaton potilas vapaasti levittää vain sen vuoksi, ettei ole kehitetty sairaalaosastoja, joissa on asian luonteen vaatima henkilökunta. Alkoholistien ja mui-

67. Tuberkuloosilaissa (649/1948, 15§) säädettiin, että ”jos henkilö syyllistyy laitoksen järjestyssääntöjen törkeään tai jatkettuun rikkomiseen taikka luvattomasti poistuu laitoksesta, voi lääninhallitus parantolan tai laitoksen ylilääkärin tai johtajan taikka terveydenhoitolausautakunnan esityksestä määrätä hänet sijoitettavaksi niskoitteleville keuhkotautisille järjestettyyn erikoishoitolaitokseen”. Vuoden 1960 (17§) laissa ei enää puhuta niskoittelevista keuhkotautisista, vaan ”ympäristölle tartunnanvaarallisista tuberkuloosia sairastavista henkilöistä, jotka laiminlyövät määräyksiä ja ohjeita”.

den päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien pakkohoito ei tuota helposti pysyviä tuloksia, tästä on osoituksena AA-kerhotoiminnan myönteiset tulokset verrattuna hoitoon suljetussa osastossa. (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2261)

Pakkoon perustuva hoito ei tuota tuloksia, ”sillä ei voiteta muuta kuin aikaa, eikä potilaan alkoholiongelmia siten voida ratkaista” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2261). Potilas, ”asosiaalisuudestaan” huolimatta, nähdään yksilönä, jolla on resurssit paranemiseen käytettävissä. Kirjoittaja esittää tavoitteen, että ”olisi perustettava puolisoluljettuja osastoja hoitoon sopeutumattomia potilaita varten” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2262). Niistä sopeutuneet ja hoidossa onnistuneet potilaat voitaisiin siirtää tavallisiin parantoloihin. Tämä toimisi eräänlaisena palkintona tai ”kannustimena parantolayhteisöön sopeutumisessa” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2262).

Valistettavina ”hoitoon sopeutumattomat” potilaat ovat ”niin sanotun kovan linjan” kohteita, joilta alkoholin käyttö kielletään ja jotka rikkeiden ilmaantuessa poistetaan parantolasta. Toinen tapa kohdella potilaita on suhtautua heihin ”hellemmin, taivuttelemalla heitä suostuvaisiksi hoitoon”. (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48) Potilas nähdään suoran ylhäältä alas suuntautuvan moraalisen ja kieltoävytteen terveysvalistuksen kohteena samaan tapaan kuin ensimmäisellä kaudella. Hän voi toimia tuberkuloosin leviämisen kannalta joko oikein tai väärin. Mutta potilas on myös itsenäinen yksilö, jolla on niin halutessaan resurssit hoitaa itseään ja tervehtyä. Lääkärin tehtävänä on ymmärtää tämä asia ja hoitaa potilaansa tartuntavaarattomiksi, eikä ”siirtää vastuuta muille ja hylätä vaikeimpia potilaitaan” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2261).

Kun hygieniata painottava kirjoittelu muuttuu puheeksi niskoiteivista potilaista, aletaan puhua riskistä saada tuberkuloosi. Riski on käsite, jota aletaan käyttää teksteissä 1960-luvun lopulla. Tuberkuloosin riskiryhmänä pidetään tuberkuloosi-kroonikkoja, joita ei voi hoitaa parantoloissa.

Aivan erityisen suuren riskiryhmän muodostavat tb-kroonikot, jotka usein erittävät resistenttejä tb-basillikantoja, jotka lapsen siirryttyään aiheuttavat jo primaarivaiheessa hoitovaikeuk-

sia. Erityisen suuren riskin muodostavat myös asosiaaliset tb-kroonikot, joita alkoholismien ja muiden käyttäytymishäiriöiden takia ei voida hoitaa parantoloissa. Nämä henkilöt liikkuvat kontrolloimattomina yhteiskunnassa, vaikka tämäkin riski olisi lain puitteissa sopivin keinoin torjuttavissa.

(Suomen Lääkärilehti 3/1968, 168)

Toisella kulttuurisella kaudella ongelmana ovat siis tuberkuloosikroonikot, jotka niskoittelevuuden lisäksi muodostavat riskiryhmän, johon on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tuberkuloosilaki antaa mahdollisuuden pakottaa kroonikot hoitamaan itseään. Kuten aiemmin esitin, toisin kuin edellisessä esimerkissä, pakkoon perustuvaa hoitoa eivät kirjoittajat pidä ongelman ratkaisuna. Yksilöitä ei enää ohjata autoritatiivisin ohjein kuten ensimmäisellä kaudella pääosin tehtiin. Ajatus yksilön omasta vastuusta sairauden hoidon suhteen on teksteissä entistä korostuneemmassa asemassa.

Väestön ja yksilön riskit

1980-luvulla ilmestyneissä teksteissä ei suomalaisista enää puhuta kansalaisina vaan väestönä, jota tartuntatautien riskit uhkaavat. Terveysvalistuksen tehtävänä on tarjota informaatiota eri riskiryhmille ja väestölle, jotta vastuunsa tuntevat yksilöt osaisivat soveltaa tietoa erilaisissa riskitilanteissa.

Tuberkuloosista kirjoittaminen hiljenee 1980-luvun tutkimusaineiston lehdissä. Kotilääkäri-lehdessä ei ilmesty yhtään tuberkuloosia käsittelevää kirjoitusta vuosina 1983–1996, Suomen Lääkärilehdessä sen sijaan tuberkuloosista puhutaan. Sairaus ei ole enää mittava ongelma ja sen katsotaan ”olevan hallinnassa, vaikkakaan sitä ei ole kokonaan maasta hävitetty” (Suomen Lääkärilehti 4/1989, 280). Kirjoittajat eivät enää pohdi ”niskuroivien” potilaiden aiheuttamia ongelmia, vaan keskustelevat Suomen Lääkärilehdessä ovatko tuberkuloosin hoito- ja seulontamuodot osittain tarpeettomia Suomessa.

Tuberkuloosi ei ole kansantauti, vaan sen katsotaan olevan riski, joka voi koskettaa ”pientä osaa väestöstä”. Keuhkokuivauksiin ei enää kannata koko kansan osallistua, vaan ainoastaan niiden, joilla on ”ta-

vallista suurempi riski sairastua tuberkuloosiin”. Keuhkotuberkuloosin riskiryhminä kirjoittajat mainitsevat ”iäkkäät henkilöt, eräät terveydenhuollon tehtävissä toimivat, pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat, lasten parissa työskentelevät ja merimiehet”. (Suomen Lääkärilehti 4/1989, 283)

1990-luvulla tilanne muuttuu. Lääkäreitä kehoitetaan olemaan ”viisaita ja kaivamaan keuhkotautioppikirjoja esiin ja kertaamaan mitä keuhkotuberkuloosista sanottiinkaan. (...) Optimistit ovat loihe lainsuoneet, että tuberkuloosi olisi kehittyneissä maissa häviävä ilmiö”. Todellinen tilanne on, että lääkkeille vastustuskykyiset tuberkuloosin muodot ”marssivat esiin” (Suomen Lääkärilehti 14/1993, 1352):

Uusina riskitekijöinä havaittiin – yllätys, yllätys – HIV-positiivisuus ja huumeiden käyttö. Joka viides nykilaikäiskauhkotautainen sirottelee ympäristöönsä tällä hetkellä taudin resistenttiä muotoa, jonka hoito on epäkiitollista ellei mahdollista. (Suomen Lääkärilehti 14/1993, 1351)

Hiv-positiivisuus heikentää potilaiden vastustuskykyä ja siksi tuberkuloosi tarttuu heihin erityisen helposti. Tuberkuloosi ja aids voivat siis olla samanaikaisesti yhden potilaan sairauksia. 1990-luvulla useissa tutkimusaineiston artikkeleissa ja muissa teksteissä puhutaankin sekä tuberkuloosista että aidsista. Molemmat taudit ovat riskejä, jotka koskettavat Suomen väestöä, josta erotetaan etenkin erilaisia aids-riskiryhmiä, sekä yksilöitä, jotka voivat tahtomattaan tai tietoisesti ottaa elämässään sairastumisen mahdollisuutta lisääviä riskejä⁶⁸.

68. Riskejä painottava puhetapa on läsnä suurimmassa osassa kauden teksteistä. Löysin 12 aids-aiheista Suomen Lääkärilehden tekstiä, joissa ei puhuta riskeistä tai riskiryhmistä. Nämä tekstit ovat lähinnä lyhyitä tiedotuksia, tutkimusten esittelyjä muista lääkäri-lehdistä tai uutiskirjeitä Yhdyshalloista (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 859–860; Suomen Lääkärilehti 5/1990, 379; Suomen Lääkärilehti 8/1992, 717; Suomen Lääkärilehti 27/1992, 2532–2535; Suomen Lääkärilehti 16/1993, 1581–1582; Suomen Lääkärilehti 26/1993, 2479; Suomen Lääkärilehti 6/1995, 601–602; Suomen Lääkärilehti 18-19/1995, 2097; Suomen Lääkärilehti 12/1995, 1434–1436; Suomen Lääkärilehti 30/1995, 3235; Suomen Lääkärilehti 36/1995, 3954; Suomen Lääkärilehti 34/1996, 3669-3673). Muissa, 58:ssa, teksteissä riskeistä puhutaan. Kotilääkäri -lehden neljästä tekstistä yhdessä ei ole puhetta aids-riskeistä (Kotilääkäri 3/1995, 55). Tuberkuloosia käsittelevistä kauden teksteistä kolmessa ei puhuta riskeistä (Suomen Lääkärilehti 5/1988, 414–415; Suomen Lääkärilehti 18–19/1995, 2126–2128; Suomen Lääkärilehti 36/1995, 3962).

Riskiryhmät ja väestö

1980-luvun alussa riskiryhmät määritellään tutkimusaineistossa hyvin selkeästi. Riskiryhmiin kuuluvat ”homo- ja biseksuaalit miehet, intravenöösiin huumeiden käyttäjät, hemofiilikot ja haitilaiset” (Suomen Lääkärilehti 26/1983, 620). Kirjoittajat viittaavat yhdysvaltalaisiin tutkimustuloksiin määritellessään riskiryhmiä, mikä selittää haitilaisten mukana olon teksteissä. USA:ssa haitilaisten siirtolaisten osuus aids-potilaista oli 1980-luvulla suuri. Suomessa asuvien haitilaisten mahdollista määrää ei tekstissä kerrota. 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla ilmestyneissä teksteissä haitilaisia ei enää lueta riskiryhmäksi. Mieshomoseksuaalit riskiryhmänä ovat eniten esillä Suomen Lääkärilehdessä. Syy tähän on yksinkertaisesti se, että ensimmäiset todetut hiv-positiiviset potilaat olivat mieshomoseksuaaleja tai suonensisäisten huumeiden käyttäjiä: ”Yhdysvalloissa heidän osuutensa aids-potilaista on yli 90% ja Euroopassa noin 70%” (Suomen Lääkärilehti 26/1983, 620).

Aidsin riskiryhmiin lasketaan koko kauden ajan ”homoseksuaaliset miehet ja ne, joilla on useita seksipartnereita” (Suomen Lääkärilehti 36/1990, 3310). Lisäksi tutkimusaineiston teksteissä puhutaan prostituoitujen, terveydenhuoltohenkilökunnan, huumeiden käyttäjien, naisten, lasten ja ulkomaanmatkaajien riskistä saada hiv. Riskiryhmien korostamisessa ei nähdä ongelmia, mutta poikkeuksiakin aineistossa on.

Puhuminen homoista tai homomiehistä riskiryhmänä ei ensinnäkään tavoita kaikkia niitä, joilla on ollut miesten välisiä seksuaalikontakteja – ja usein oloissa, joissa tartuntariski on ilmeinen – koska osa näistä miehistä ei pidä itseään homoseksuaalina. Toisaalta se taas lukee riskiryhmiin kuuluviksi ihmisiä, joilla ei elämäntapojensa vuoksi juurikaan ole tartuntariskiä.

Edelleen se antaa virheellisen kuvan ikään kuin homoseksuaalisuus tai homoseksuaalinen sukupuoli kontakti sinänsä olisi riski. (Suomen Lääkärilehti 13/1986, 1223⁶⁹)

69. Tekstin kirjoittaja on ammatiltaan toimittaja.

Riskiryhmästä puhuminen ei tuo selvästi esiin sitä, että kyse on tietynlaisesta käyttäytymisestä, johon sisältyy riskejä. Riski koskee koko Suomen väestöä ja siksi tiedottamisen pitäisi ”tavoittaa erityisesti ne ihmiset, joilla käyttäytymisensä vuoksi on tartuntariski, ja saada heidät muuttamaan käyttäytymistään” (Suomen Lääkärilehti 13/1986, 1224). Väestöstä, siis ei kansasta, puhuttaessa suomalaisten edellytetään toimivan vastuuntuntoisesti tilanteessa, jossa terveystieteiden politiikka perustuu vapaaehtoisuuteen ja myönteisyyteen:

Suomen HIV-tilanne osoittaa, että ehkäisevät keinot ja laaja terveystalv palvelujärjestelmä voivat onnistua aids-epidemian torjunnassa, vaikka rokote ja parantava lääkitys vielä puuttuvatkin. Tärkeää on, että myönteinen tulos saavutetaan vapaaehtoisella ja myönteisellä terveystalv politiikalla. Tämä edellyttää kuitenkin väestön vastuuntuntoista suhtautumista. (Suomen Lääkärilehti 24/1989, 2385)

Diskurssien yksi tärkeä tehtävä on organisoida ihmiset yhteisöihin (Fairclough 1992, 134). Väestöpuheen funktiona on kuvata Suomen hiv-epidemiaa ja niitä toimenpiteitä, joita maassa olisi tehtävä.

Räjähdyksestä tuskin voidaan puhua Suomen lukujen mittasuhteissa, mutta kehityksen kääntyminen on synkettänyt viromaiset. Suurin osa tänä vuonna ilmi tulleista tartunnoista on nimittäin tuoreita, 1989–90 saatuja, vaikka ihmisillä pitäisi jo olla tietoa tartunnan vaarasta. (..) Myös heteroseksuaaleista erottuu selvä riskiryhmä: kaikkiaan yli puolet suomalaisista on saanut tartunnan ulkomailla, tavallisimmin Euroopan maissa tai Afrikassa. Tänä vuonna selvitetystä heteroseksuaalisesta kontaktista saaduista 16 tartunnasta 9 on suomalaisilla ja näistä 8 on saanut tartunnan oleskellessaan ulkomailla. Suomalaisen asenteita kuvastaa se, että esimerkiksi Namibiassa palveluiden YK-miesten joukossa oli kaikkiaan noin 100 sukupuolitautitapausta tai -epäilyä. Varotoimet olivat selvästi pettäneet, vaikka vaarasta oli tiedotettu. (Suomen Lääkärilehti 30/1990, 2677)

Ihmisillä pitäisi jo olla tarpeeksi tietoa siitä, miten hiv tarttuu, mutta silti tartuntoja ilmenee. Terveysvalistusta on annettu, joten ongelma ei ole tiedotuksen puute. Syinä tartunnan saamiseen ovat suomalaisten asenteet ja varotoimien pettäminen. Elämäntyyliin ja asenteisiin liittyvät elementit suhteutetaan riskiin (Seale 1998, 82); väärät asenteet ja varotoimien, kondomin käytön, unohtaminen tekevät suomalaisista ulkomailla oleskelijoista selvän riskiryhmän. Puhuttaessa ulkomaanmatkailijoista riskiryhmänä ei tehdä eroa homo- ja heteroseksuaaliin kontakteihin. ”Tartunnat on hankittu ulkomailla, mikä osoittaa suomalaisten matkailijoiden olevan käyttäytymiseltään riskiryhmä” (Suomen Lääkärilehti 34/1991, 3279). Riskiryhmään siis pääsee, jos matkustaa ulkomaille ja käyttäytyy hi-viruksen suhteen riskialttiisti.

Riskiryhmien käytöllä teksteissä on kaksi funktiota. Kuten edellä on tullut esiin, 1980-luvulla aids-epidemiaa kuvataan riskiryhmien avulla. Kerrotaan kuinka paljon sairastuneita on kussakin riskiryhmässä ja verrataan, mikä riskiryhmistä on tilastojen kannalta merkittävin. 1980-luvulla ryhmä on homoseksuaalit, mutta kyseisen vuosikymmenen lopulla tilastot muuttuvat niin, että yhä useammin hi-viruksen tartuntatie kulkee miehestä naiseen tai päinvastoin, ”heteroseksuaalisissa kontakteissa” (Suomen Lääkärilehti 29/1988, 2851). Riskiryhmät ovat osa lääketieteellistä raportointia, silloin kun epidemian määrällistä laajuutta kuvataan.

Toinen riskiryhmien käytön funktio on terveydenhoitoalan työntekijöiden työn helpottaminen. Terveysvalistus osataan kohdentaa tehokkaasti juuri niille henkilöille, joita hi-viruksen tarttuminen saattaa eniten koskea.

Lohduttomat ennusteluvut pelottavat ja aiheuttavat ahdistusta yhteiskunnassa. On kuitenkin syytä korostaa, että taudille on olemassa selvät riskiryhmät. Ennaltaehkäisy onkin näin ollen selkeää – verenluovuttajien veri on testattava ja seksuaalitapojen on muututtava. Hysteriaan ei ole aihetta ja sen lietsoamista on vastustettava. Meidän vastuullemme lankeaakin oikean tiedon ja sen mukaisten asenteiden muokkaaminen. (Suomen Lääkärilehti 14/1986, 1336)

Sen lisäksi, että terveydenhoitoalan henkilöstö tietää, miten toimia taudin ehkäisyn ja testauksen suhteen, riskiryhmien olemassaolo lieventää pelkoa. ”Meidän”, lääkäreiden, tehtävänä on tuoda esiin, että hysteria on tarpeetonta. Selkeät riskiryhmät eivät kuitenkaan toimi työn selkeyttäjänä enää samalla tavalla kauden loppupuolella. Teksteissä aletaan puhua 1980-luvun lopulla siitä, että ”vaikka on olemassa riskiryhmiä, aids on jokaisen ihmisen ongelma. Tartunnan voi saada yhtä hyvin kotimaassa kuin ulkomailla, yhtä hyvin heteroseksuaalisessa kuin homoseksuaalisessa kontaktissa.” (Suomen Lääkärilehti 29/1988, 2852) Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksessa tuodaan esiin riskiryhmiin perustuvan työn muutos terveydenhoitohenkilökunnan kannalta.

Lisäksi terveydenhuoltohenkilökunta joutui vastakkain erilaisien asenteiden kanssa. HIV-tartunnan saaneen kohtaaminen aiheuttaa hämmennystä; kyseessä voi olla samanikäinen ja samaan sosiaaliluokkaan kuuluva henkilö, joka on saanut tartunnan sukupuoliyhteydessä. Olisi helpompi ajatella, että HIV-tartunnan saanut on prostituoitu, suonensisäisten huumeiden käyttäjä, seksin ”suurkuluttaja” tai homoseksuaali. (Suomen Lääkärilehti 24/1995, 2410)

Kun aids on kaikkien riski, merkitsee se sitä, että kuka tahansa terveydenhoitoa tarvitseva voi olla potentiaalinen viruksen kantaja. Esimerkiksi lääkäri ei voi enää selkeästi niputtaa tartunnan saaneita tiettyjen ryhmien jäseniksi. Riski on ylittänyt 1980-luvun alussa määritellyt rajat, se on tunkeutunut kaikkialle, myös terveydenhoitohenkilökunnassa voi olla tartunnan kantaja. Lääkäri voi siis kohdata vastaanotollaan hiv-positiivisen lääkärin tai hoitajan. Mikään asiantuntijajärjestelmä ei voi suojella ketään kaikilta riskeiltä (Seale 1998, 84). Riskit kohdistuvat myös asiantuntijoihin itseensä.

Riskit yksilölle

Sen lisäksi, että aids esitetään riskiryhmiä ja koko väestöä koskevana riskinä, sairaus kuvataan yksilön riskinä. Aids-teksteissä puhutaan yksilöistä, jotka toimivat tai eivät toimi tartunnan saamisen ja leviämisen suhteen riskialttiilla tavalla. Yksilöä ei kuvata moraalisiin termein ja nationalistisia arvoja painottaen, kuten ensimmäisellä kaudella tehdään. Yksilö ei myöskään ole esimerkiksi huumeiden käyttäjänä kuin kuriton lapsi, jota terveydenhoitohenkilökunta koettaa suostutella hoitoon. Riskien ottaminen tai ottamatta jättäminen liittyy yksilön kontekstissa ihmisen taitoon ja haluun olla rationaalinen ja vastuullinen.

Oma tartuntariski arvioidaan väärin, koska terveen näköistä kumppania ei epäillä viruksen kantajaksi. HIV-tartunnan toteamisen jälkeen kadutaan omaa varomattomuutta, mutta yhä useammin kysytään: ”Miten on mahdollista, että kumppani ryhtyi kanssani suojaamattomaan seksiin, vaikka oli HIV-positiivinen?” (..) Aina on niitä, jotka välttelevät aktiivisesti tietoa tartunnasta, vaikka tietävät menettävänsä mahdollisuuden hoitoon ja rokotekokeiluihin. Usein he elävät kuten ennenkin kuvitellen välttävänsä vastuun muiden tartuttamisesta sillä, etteivät tienneet tartunnastaan. (Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1425)

Tartunnan riski on opittavissa ja tiedostettavissa oleva asia ja tähän seikkaan terveystietoisuus pyrkiikin vaikuttamaan. Aina tartunnan mahdollisuutta ei osata arvioida oikein tai omasta mahdollisesta hiv-positiivisuudesta ei haluta ottaa selvää. Hiv-tartunnan saaneet jaeetaan varomattomiin ja tietoisesti vastuuta vältteleviin potilaisiin. Hiv-tartunnan saaneen ”terveen näköisyys” lisää tartunnan riskiä, samoin mahdollisuus elää terveen elämää niin kuin ennen tartunnan saamista.

Aids-teksteistä löytyy samantapaisia yksilötason hygieniaan ja käytäytymiseen liittyviä ohjeita, kuin ensimmäisen kauden tuberkuloosi-teksteissä oli. ”Hi-virus on eristetty syljestä” (Suomen Lääkärilehti

9/1987, 811), mutta syljen merkitystä tartuntatienä pidetään hyvin pienenä. Suuteleminen ei ole tartunnan suhteen vaarallista eikä sylkemisestä puhuta aids-teksteissä mitään⁷⁰.

Syljen sijaan sperma ja veri ovat eritteitä, jotka tulee rajata pois lähellä olevien ihmisten ulottuvilta ja hävittää huolellisesti. Ohjeiden tyyliä hiv-positiiviselle potilaalle ei näyttäisi olevan paljontaan eroa verrattuna keuhkotautisten ”älä syljeskele” -ohjeisiin.

Älä anna henkilökohtaiseen hygieniaan liittyviä tavaroitasi, kuten hammasharjaasi tai parranajokoneitasi, toisten käyttöön. Älä myöskään anna käyttämiäsi ruiskuja ja neuloja muiden käyttöön. Pakkaa käyttämäsi neulat ja partakoneen terät muoviseen tai metalliseen tölkkiin, sulje se huolellisesti ja hävitä talousjätteen mukana. (Suomen Lääkärilehti 15/1993, 1466)

Vaikka esimerkissä puhutellaan suoraan potilasta, kyseessä on Suomen Lääkärilehden artikkeli, jossa annetaan ohjeita lääkäreille, kun heidän tulee menetellä kohdatessaan hiv-potilaan. Ote on osa potilasohjetta, jonka lääkäri voi antaa vastaanotolla olevalle potilaalle. Ohje vaikuttaa vähemmän moralisoivalta verrattuna syljeskelyä koskeviin tuberkuloosin leviämistä koskeviin ohjeisiin. Tyyli on kuitenkin sama: potilasta käsketään olemaan tekemättä tiettyjä asioita. Syy tähän on tapojen ja tiedon muuttuminen ajan myötä, vielä 1950-luvulla oli tarpeen erikseen korostaa, että sylkeminen on paha ja tuberkuloosin tarttumista edistävä tapa. Nykyään tuberkuloosi tuskin leviäisi ensisijaisesti sylkemällä, koska aikuiset ihmiset harvemmin harrastavat sitä sisätiloissa. Sen sijaan ohje, mitä tehdä injektio-neulalle, johon on saattanut käytössä joutua hiv-positiivista verta, ei vaikuta vanhanaikaiselta tai lapselle osoitetulta. Koska asia ei ole yleisesti tiedossa tai tiedostettu, tietoa asiasta tarvitaan, jotta hiv-positiiviset potilaat osaisivat hävittää esimerkiksi käyttämänsä ruiskut oikein. Ero

70. Syvien suudelmien vaaroista ei myöskään mainita suurelle yleisölle ja nuorille suunnatuissa valistuslehtisissä tai netissä löytyvässä aids-informaatiassa (Aids-tukikeskus 1991, Lääkintöhallitus 1988, HIV/AIDS 1999). Kaikki aidsista -kirjassa todetaan kuitenkin, että syvät suudelmät eivät kuulu seksiin, jos toinen partnereista on hiv-positiivinen (Valle 1993, 38).

Kyöneleistä tutkimissani lehdissä ei puhuta. Mary Douglas (2000, 195) tuo esiin, että sylki ja genitaalieritteet nähdään saastaisempina kuin kyneleet. Itkeminen ei ole saas-
→

ensimmäisen kauden ohjeiden antamistapaan on myös siinä, että ohjeita ei yleensä anneta kieltomuodossa. Esimerkiksi ei sanota, että käytettyä ruiskua ei saa heittää lasten leikkipaikoille tai puistoihin, vaan ainoastaan kerrotaan ruiskun oikea hävittämistapa.

Kolmannella kulttuurisella kaudella kollektivistinen diskurssi kohdistuu siis väestöön ja erilaisiin riskiryhmiin. Väestö nähdään eräänlaisena epidemiologisena karttana tai kenttänä, jonka sisällä on erityistoimia ja informaatiota tarvitsevia riskiryhmiä. Yksilöstä puhuttaessa painotetaan omaa vastuuta ja sitä, että vastuun tulee ulottua myös toisiin ihmisiin. Valistuksessa ja sairauksien hoidosta kirjoitettaessa pyritään aiempaa enemmän korostamaan vapaaehtoisuutta ja myönteisyyttä. Yksilö esitetään informaatiota omaksumaan kykenevänä subjektina, joka osaa käytännön tasolla ottaa tiedon huomioon.

Kansan kasvatuksesta väestön informointiin

Luvun alussa esitin kysymyksen, miten eri tavoin sairauksia käsittelevissä teksteissä painotetaan yksilöllisyyttä ja toisaalta yhteisöllisyyttä. Kysyin myös, milloin ja millaisissa tilanteissa kulttuurisesti merkityksellisiä, kollektivistista ja individualistista diskurssia koskevia, muutoksia on nähtävissä. Kollektivistisen diskurssin eri variaatioita tutkimalla sain selville, että kansaa koskeva painotus vähenee 1960-luvun lopulla ja väestöön liittyvät painotukset lisääntyvät 1980-luvulle tultaessa.

Edellä kuvaamani kolmen kulttuurisen kauden aikana puhe yhteisvastuullisesta kansatoimijasta muuttuu väestöpuheeksi. Nationalismia korostava puhe asettaa ensisijalle kollektiivin, kansan ja perheen, ei yksilön, onnen ja vahvuuden. Suomessa koti, yhteinen uskonto ja isänmaa ovatkin olleet merkityksellisiä 1960-luvulle asti. Tärkeinä pidettyjen yhteisöjen, kuten kodin ja kansan, ”tilalle ei ole 1960-luvun jälkeen noussut vastaavia kestoosuosikkeja” (Lehtonen 1996, 17). 1960-luvulla kansakunta muuttuu teksteissä toiminnan kentäksi tai

tuttavaa, vaan se on silmien puhdistautumista. Tässä lienee selitys sille, miksi tekstikohdissa, joissa selvitetään kuinka hiv ei tartu, ei mainita kyyneleitä. Niiden mainitsemisen erikseen ei ole tarpeen, koska itkemiseen ei liity likaisen tai tartuttavan merkitystä.

epidemiologiseksi kartaksi, jota aletaan yhä useammin nimittää väestöksi. Väestö on toiminnan kenttä siinä mielessä, että väestö nähdään erilaisista ryhmistä koostuvana kokonaisuutena. Ryhmille, joita nimitetään riskiryhmiksi, osoitetaan sairauksia koskevaa informaatiota. Tämän lisäksi myös väestölle kokonaisuutena pyritään tiedottamaan, mistä tartuntataudeissa on kysymys. Epidemiologinen kartta väestö on silloin, kun selvitetään missä määrin sairautta esiintyy eri puolilla Suomea tai eri ikä- tai sukupuoliluokissa.

Väestöä käytetään teksteissä neutraalimpana käsitteenä kuin kansaa. Väestöön ei liitetä painokkaita vaatimuksia yhteisestä taistelusta sairauksia vastaan. Kirjoittajat puhuvat esimerkiksi 1940- ja 1950-luvun tuberkuloositeksteissä ”Suomen kansan yhteisestä vihollisesta”. Kollektivistisen diskurssin väestövariaatiossa ei enää kirjoiteta ”väestön yhteisestä taistelusta”, vaan siitä, miten ja missä määrin sairaus koskee Suomen väestöä. Näin ollen väestöstä puhuminen ei sisällä samanlaista retorista kutsua yhteiseen toimintaan sairautta vastaan kuin mitä kansasta kirjoitettaessa tehdään. Väestöön ei ylipäätään liitetä samanlaisia arvoja kuin kansapuheeseen, jossa korostuu vahva me-henki ja yhteisvastuu. Väestöstä puhuttaessa ei painoteta koko väestön onnea tai yhteistä tulevaisuutta.

Ensimmäisen kauden teksteille on ominaista hygienisten seikkojen painottaminen. Hygieniaa korostava terveystkasvatus tutkimissani teksteissä on moralistista siinä mielessä, että kirjoittajat opettavat lukijoitaan toimimaan oikein. Valistus on osittain käskymuotoista ja sisältää opettavaisia esimerkkejä siitä, kuinka ei tule toimia. Hygienian korostaminen loppuu 1960-luvun tuberkuloositeksteissä. Kansalaisiin kohdistuvan hygienian vaatimuksen ”tilalle” tulee puhe riskistä.

Käsitteenä riski on epämääräinen ja liukuva. Tutkimissani teksteissä riskillä tarkoitetaan sekä väestötasolla esiintyviä riskejä että yksilön ottamia terveydellisiä riskejä. Riski kiinnitetään erilaisiin ryhmiin, mutta samalla se voi koskettaa kaikkia ihmisiä ollen siten potentiaalisesti läsnä kaikkialla. Sairauksia käsittelevissä teksteissä riski on ensisijaisesti negatiivisesti latautunut käsite. Riskin mahdollisuus esitetään asiana, joka on yksilön opittavissa ja tietyn keinoin vältettävissä. Moraalinen toimija on teksteissä yksilö, jonka tulee ottaa vas-

tuu oman sairautensa hoidosta ja tartunnan leviämisestä väestöön. Moraalinen toimija ei ole ohjailtava lapsi, vaan aikuinen yksilö, joka on tietoinen mahdollisista elämässään ottamista riskeistä. Terveystensä suhteen yksilön tulisi elää riskitöntä elämää. Ensisijainen peruste riskien välttämiseksi on yksilön oma hyvinvointi, ei niinkään Suomen kansan vahvuuden turvaaminen. Riski liitetään teksteissä nimenomaan yksilön toimintaan, mutta myös väestötasolla siitä kirjoitetaan riskiryhmien yhteydessä.

Kysymys edellisen pohjalta on, miksi kansa muuttuu teksteissä väestöksi ja yhteisvastuuseen pohjautuva puhetapa ensisijaisesti yksilön riskejä korostavaksi. Analyysin pohjalta tähän voi vastata siten, että kansalaiset asemoidaan 1980- ja 1990-luvun teksteissä yhä harvemmin ”ohjailtaviksi lapsiksi”, joita pitää autoritatiivisin ohjein valistaa. Sen sijaan puhutaan väestöstä, johon kuuluu erityisiä informoitavia riskin piirissä olevia ryhmiä. Jukka Törrösen (1999) mukaan 1980-luvulta alkaen on yhä voimakkaammin korostunut uusi kansanterveysajattelu, jossa kansalaisille pyritään siirtämään entistä enemmän päätäntävaltaa yksilöllisen elämän toteuttamisessa. Yksilön on yhteisöllisyyden sijaan ”asemoiduttava sitä vahvemmin itseensä” (Törrönen 1999, 94). Kansaa ei pidetä ohjailtavana yksikkönä, mutta yksilö voi itse oikeaa informaatiota omaksuttuaan ohjata käyttäytymistään toivottuun suuntaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että yksilöt aina onnistuisivat kansanterveyttä koskevien tavoitteiden toteuttamisessa (Petersen & Lupton 1996, 179). Vallitsevien terveyttä koskevien normien ja yksilön toiminnan välillä on monimutkainen suhde.

Kyse ei ole siitä, etteikö vahvaa Suomen kansaa painottavalla kulttuurisella kaudella painotettaisi ollenkaan yhteisöllisen vastuun lisäksi yksilön omaa vastuuta. Yksilö kuitenkin kiinnitetään suuremman määrän kansalliseen yhteisöön kuin ensimmäistä kautta seuranneilla kulttuurisilla kausilla. Yhteiskuntaa uhkaavat vaarat, kuten tartuntataudit, saadaan minimoitua kaikkien kansalaisten toimiessa tiettyjä sääntöjä noudattaen. Yhteiskunnan muuttuessa 1960-luvulta alkaen globaalimpaan suuntaan (Paasi 1998, 240) tulee selkeän ja hallittavan ”meisyyden” tilalle toiminnallinen kenttä, jonka eri osille kirjoittajat sanansa osoittavat. Toisin kuin kansanyhteisöistä koos-

tuvassa uhkien ja vaarojen maailmassa, globaalissa maailmassa ei riskejä voi hallita kansakunnan yhteishenkeen vetoamalla. Riskien hallinnassa lähdetään yksilötasolta. Mitä suuremmassa määrin yksilöt tiedostavat riskien mahdollisuuden ja osaavat välttää niitä, sitä paremmin yhteiskuntaruumis voi.

Myös Pertti Alasuutari (1996) tuo esiin sodanjälkeisessä Suomessa tapahtuneen muutoksen, jossa on nähtävissä sosiaali- ja terveydenhoitoalan asiantuntijoiden aseman tasa-arvoistuminen suhteessa asiakkaisiin. Alasuutari erottaa Helsingin Sanomien ja eri ammattilehtien pääkirjoituksia koskevassa analyysissä kolme kulttuurista kautta ja sosiaalista vaihetta. Ensimmäinen vaihe sodan jälkeen on moraalitalouden vaihe, jolle on ominaista moraalinen periaate kansallisesta yhteisvastuusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilehdissä on tällä kaudella ominaista viittaaminen yleisiin, altruistisiin periaatteisiin työn ja ammatin moraalisena perustana. Esimerkiksi sairaanhoitajien kuvataan tekevän kutsumustyötä, jolla on selvä tarkoituksensa. (Alasuutari 1996, 105, 125)

1960-luvun lopulle ja 1970-luvulle sijoittuu toinen kausi, jota Alasuutari nimittää suunnittelutalouden vaiheeksi. Tehokas ”tieteellinen” suunnittelu ja organisointi nähdään tärkeänä yhteiskunnallisten ongelmien ratkaisussa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista sosiaalityöntekijät näkevät itsensä ”oireiden poistajien” lisäksi yhteiskunnallisten ongelmien tutkijoina, mikä edesauttaa suunnittelemaan yhteiskuntaa vähemmän ongelmalliseksi. Tavoitteena on yhteiskunta, jossa kaikki toimii tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti sekä yksilön että yhteisön kannalta. (Alasuutari 1996, 108, 135)

Kolmas kulttuurinen kausi alkaa 1980-luvun alussa, jolloin yksilön, kilpailun ja markkinoiden aspektit korostuvat. Sosiaali- ja terveysalalla muutos ei ole yhtäkkinen, vanhat elementit kulkevat rinnan uusien kanssa, mutta muutos näkyy ainakin niin, että entistä useammin potilaan sijasta hoitotyön kohde käsitteellistetään maksavan asiakkaan metaforan puitteissa. (Alasuutari 1996, 112, 152) Alasuutari (1998, 171) toteaa, että ”modernien yhteiskuntien kansalaisten paikka on muuttunut, kun väestöä puhutellaan asiakkuuden viitekehyksessä; tällöin puhuja esittäytyy enemmänkin asiakaspalvelijan kuin henkisen johtajan ja opettajan asemassa.” Tutkimassani aineistossa sama

asia tulee esiin, kun lääkärit pyrkivät autoratiivisen opetustyylin sijasta tarjoamaan oikeata informaatiota, jota yksilöt voisivat omaksua ja soveltaa elämässään. Kansalainen ei ole ensisijaisesti sivistystoimenpiteiden kohde (Alasuutari 1998, 171), vaan rationaalinen ja aktiivinen yksilö, jonka oletetaan kykenevän harjoittamaan itsekontrollia riskien keskellä. Yhteiskunnalliset toimijat, kuten lääkärit ja muut terveydenhuoltoalan tahot, eivät yleensä pakota yksilöä hoitamaan itseään. Rationaalisen itsestä huolehtimisen lähtökohta on yksilössä itsessään. Hänen tulisi kyetä käyttämään terveydenhuollollisia resursseja hyväkseen.

6. Potilas toimijana, kohteena ja kokijana

Sairauksista kirjoitettaessa esitellään paitsi itse sairaus, sen luonne ja leviämisen tavat, myös terveydenhuollon ja potilaiden osuus ongelman hoidossa. Esimerkiksi tuberkuloosi- ja aids-teksteissä potilaiden esitetään toimivan sairauden hoitoa ja tutkimista sekä sen leviämisen ehkäisemistä edistävällä tavalla. Potilaan esitetään myös käyttäytyvän tavalla, joka pikemminkin estää kuin edistää sairauden vastaisen toiminnan toteutumisen. Potilaan toiminta voi teksteissä konkreettisen tekemisen lisäksi esiintyä erilaisina kokemuksina ja tunteina, jotka joko edesauttavat tai hidastavat paranemista. Mies- ja naispotilaiden välillä saattaa olla eroja siinä, miten he suhtautuvat sairauteensa ja pyrkivät hoitamaan itseään. Potilas voi myös olla kohteen asemassa silloin, kun häntä valistetaan, hoidetaan tai tutkitaan. Tässä luvussa on kyse potilaiden positioiden esiintymisen analysoinnista tuberkuloosia ja aidsia käsittelevissä teksteissä. Millaisissa erilaisissa positioissa potilas tutkimissani teksteissä esiintyy?

Toisen maailmansodan jälkeiset vuosikymmenet olivat Suomessa vahvaa yhteisöllisyyden aikaa. 1960-lukua voi pitää eräänlaisena individualismin nousun, yksilöradikalismin ja yleisen liberalisoitumisen vuosikymmenenä (Tuominen 1991, 390–391, Piispa 1997, 256). Tämä on näkynyt myös terveydenhuollossa. Nykyään potilaan roolia pidetään passiivisen sijasta aktiivisena ja sairauden tilan haltuunottavana (Lillrank & Seppälä 2000, 118).

David Armstrong (1984) on tutkinut vuosina 1935–1975 Englannissa ja Yhdysvalloissa ilmestyneitä sosiaali- ja lääketieteellisiä tekstejä. Hän tuo esiin, että potilaan positiossa on edellä mainittujen vuosien kuluessa tapahtunut muutos. Potilaan näkökulmaa ja sen esiin

tuomisen tärkeyttä on lääketieteessä alettu yhä enenevässä määrin korostaa. Potilasta ei pidetä ainoastaan tarkasteltavana fyysisenä objektina, jota tutkitaan lääketieteellisin menetelmin. Potilaan persoonallisuutta pyritään ymmärtämään ja hänen subjektiviteettinsa huomioidaan hoitotyössä. Lääkärin ja potilaan tapaaminen on kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta, ei niinkään lääkärin objektina olevaan potilaaseen kohdistamaa tutkivaa katsetta. Lääkärin yhdeksi tehtäväksi on muotoutunut potilaan kuunteleminen ja ymmärtäminen. Potilaan tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen on osa sairauden tutkimista, jota ei enää ymmärretä pelkästään tarkasti fyysisesti paikannettavaksi oireeksi tai katseen tavoitettavissa olevaksi merkiksi. Potilas voi esiintyä tuntevana ja kokevana subjektina sekä yhteisön jäsenenä, jolla on omat oikeutensa. Tämä teksteissä havaittavissa oleva muutos potilaan siirtymisestä objektista subjektiksi ei välttämättä aina toteudu lääketieteellisissä käytännöissä, mutta se merkitsee kuitenkin aiempaa suurempaa mahdollisuutta ottaa huomioon potilaan näkökulma hoitotyössä ja tutkimuksessa. (Armstrong 1984, 737–743)

Näkykö potilaan asemaa koskeva muutos myös suomalaisessa tuberkuloosia ja aidsia koskevassa kirjoittelussa? Esitetäänkö potilas 1940- ja 50-luvun teksteissä pikemminkin osana Suomen kansaa tai suurta valistettavien joukkoa kuin itsenäisenä toimistaan vastaavana yksilönä? Edelleen, onko niin, että 1960-luvulla tartuntataudeista kirjoitettaessa aletaan korostetummin puhua potilaasta toimivana ja kokevana yksilönä. Mikäli näin tapahtuu, on todennäköistä, että potilaiden positioinnissa tapahtuu muutos kohteen sijasta toimivan ja kokevan potilaan korostumisen suuntaan tutkimusjakson aikana. Selvitän tässä luvussa myös sitä, millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä nais- ja miespotilaiden positioinnissa tutkimissani teksteissä esiintyy. Ensisijaisena tavoitteena sukupuolten välisessä tarkastelussa on saada selville, onko nais- ja miespotilaiden kohteen, toimijan ja kokijan positioissa tapahtunut sellaisia muutoksia, jotka kertoisivat potilaan yksilöllisyyden noususta. Näin nais- ja miespotilaiden positioiden tarkastelu nivoutuu luvun pääkysymykseen, joka koskee potilaan yksilöllistymisessä tapahtunutta mahdollista muutosta.

Potilaan positioita tutkiessani tarkoitan positioilla sellaisia kuvauksia, joissa kirjoittaja esittelee potilaan erilaisia tapoja toimia, tun-

tea tai kokea sairauteen liittyviä asioita. Olennaista tässä yhteydessä on kysyä, millaisessa suhteessa potilas toimijana on omaan sairauteensa, itseensä ja siihen yhteisöön, jossa sairautta hoidetaan, tutkitaan tai kokemuksellisesti käsitellään. Potilas voidaan esimerkiksi kuvata välinpitämättömäksi oman sairautensa suhteen, jolloin hän ei piittaa itsestään, lääketieteen tarjoamista hoitokeinoista tai lähiympäristön ihmisistä, joihin sairaus voi tarttua.

Luku etenee siten, että aluksi tuon esiin, missä määrin potilas esiintyy toimijan, kohteen tai kokijan positioissa tutkimusjakson aikana. Tämän jälkeen siirryn tarkastelemaan mies- ja naispotilaiden positioiden esiintymistä aineistossa. Tarkastelen mies- ja naispotilaiden kolmen position määrällistä esiintymistä sekä laadullisesti lähemmin sitä, kuinka potilas teksteissä positioidaan toimijaksi, kohteeksi ja kokijaksi. Lopuksi mietin, onko potilaan asema muuttunut tutkimusjakson aikana.

Potilaiden positioiden esiintyminen aineistossa

Potilaista kirjoitetaan eri tavoin tutkimissani teksteissä. Potilas on mukana, tavalla tai toisella, jokaisessa tuberkuloosi- tai aids-tekstissä. He ovat sairaita tai sairastumisen uhan tai riskin piirissä olevia potilaita, mies- tai naispotilaita ja lapsipotilaita. Potilaat määritellään joko kohteiksi, toimijoiksi tai kokijoiksi sen mukaan, millainen on kirjoittajan tarkastelun luonne. Esimerkiksi lääketieteellisen tutkimuksen tuloksia esittelevässä tekstissä potilaalle annetaan voittopuolisesti tutkimuksen kohteen positio. Positio ei ole sillä tavoin itsenäinen teksteissä esiintymisen suhteen, että yhdessä tekstissä olisi käytössä vain yksi positio. Potilaan erilaisia positioita voi tekstissä olla yksi tai useampi, ja niiden esiintymisen määrä yhden tekstin sisällä vaihtelee.

Toimijan positio on kyseessä silloin, kun potilas toimii aktiivisesti sairautensa hoidon, tutkimuksen tai sen leviämisen suhteen. Hän esiintyy teksteissä toimijana sekä negatiivisessa että positiivisessa mielessä. Potilaasta toimijana on kyse esimerkiksi silloin, kun hän hoitaa vastuullisesti omaa sairauttaan. Potilas on negatiivisessa mielessä aktiivinen toimija silloin, kun hänen mainitaan levittävän tarttuvaa sairaut-

ta vastuuttomasti muihin ihmisiin tai kun hänet kuvataan välinpitämättömäksi sairautensa hoitajaksi.

Kohteen positiossa potilas esiintyy teksteissä silloin, kun hänet sijoitetaan tekstissä sairauden tai lääketieteellisen tutkimuksen kohteeksi. Potilasta hoidetaan, tutkitaan tai hänelle annetaan lääkitys. Potilas esiintyy teksteissä myös valistuksen kohteena; potilaalle annetaan terveyden edistämistä koskevia kehotuksia tai hänelle osoitetaan informaatiota.

Kokevan potilaan positio on käytössä tekstissä silloin, kun kirjoittaja kuvaa potilaan sairauteen liittämiä tunteita ja kokemuksia. Kokijasta kirjoitettaessa painotetaan sitä, että yksittäisellä potilaalla on esimerkiksi sairaudesta johtuvia omia murheita, jotka ovat osa sairauden kulkua. Myös terveiden suhtautuminen sairaisiin kuvataan kokemuksena, joka vaikuttaa sairaisiin. Sairas kokee tautinsa vuoksi häpeää ja salailun tarvetta terveiden ihmisten ennakkoluulojen edessä.

Potilaiden erilaisia positioita etsin aineistosta siten, että katson löytyykö yksittäisistä teksteistä edellä kuvaamiani positioita. Esimerkiksi, jos kirjoittaja mainitsee potilaan käyttäytyvän vastuuttomasti tuberkuloosin leviämisen suhteen, tulkitseen tekstissä käytetyn potilaan toimijan positiota. Potilas voi esiintyä samassa tekstissä myös sellaisessa toimijan positiossa, jossa hän hoitaa tunnollisesti sairauttaan ja varoo tartuttamasta muita. Kohteen positiota käytetään, kun potilasta hoidetaan, tutkitaan tai häntä valistetaan. Kokijan positio esiintyy tekstissä silloin, kun kirjoittaja kuvaa potilaan tuntevana ja kokevana subjektina.

On syytä huomata, että potilas on jo yksi positio lääketieteellisessä diskurssissa. Potilas on positiossa, jossa hänellä on terveydenhuollon asiantuntijoihin verrattuna vähemmän oikeuksia tehdä päätöksiä, laatia diagnooseja tai käyttää lääketieteen terminologiaa. (Burr 1996, 143) Tässä luvussa ei ole kuitenkaan kyse vain potilaan position vertaamisesta asiantuntijoiden positioihin, vaan ensisijaisesti erilaisten potilaan positioiden esittämisen tapojen analysoinnista ja niiden suhteutumisesta teksteissä esiintyviin toimijoihin (Langenhove & Harré 1999, 15). Potilaiden positioita määrittää niiden suhde erilaisiin individualistisiin ja kollektivistisiin toimijoihin, kuten lääkärei-

hin, terveydenhuoltojärjestelmään, perheeseen, läheisiin ihmisiin ja Suomen kansaan. Myös sairautta voi pitää toimijana, johon potilaan positio suhteutetaan.

Tutkimusjakso on jaettu neljään tarkastelujaksoon. Tarkastelujaksojen kriteerit ovat lähes samat kuin edellisessä luvussa. Ensimmäinen tarkastelujakso sijoittuu vuosiin 1946–1964. Tänä aikana lehdissä kirjoitetaan tuberkuloosista, joka koskettaa tuberkuloosipotilaiden lisäksi koko Suomen kansaa. Toisen tarkastelujakson aikana, vuosina 1965–1982, tuberkuloosi ei ole enää vakava kansantauti. Se on lähinnä tiettyihin erityisryhmiin kuuluvien miespotilaiden ongelma. Edellisessä luvussa analysoin vuosien 1983–1996 tekstejä yhtenä ryhmänä. Tässä luvussa jaan edellä mainitut vuodet kahteen tarkastelujaksoon, vuosiin 1983–1989 ja 1990–1996. Perustelu liittyy aids-potilaiden esiintymisen tapoihin tutkimissani teksteissä. 1980-luvulla ilmestyneissä teksteissä aids on lähinnä riskiryhmiin kuuluvien potilaiden ja yksilöiden ongelma. 1990-luvulla aids nähdään 1980-lukuun verrattuna yleisemmin koko väestöä koskevana riskinä. Myös naispotilaat aletaan nostaa 1990-luvun teksteissä entistä enemmän omana ryhmänä esiin.

Vaikka tarkastelen potilaiden positioiden esiintymisen tapoja edellä mainittujen tarkastelujaksojen aikana, en tee sitä edellisen luvun tapaan selvästi kronologista periaatetta noudattaen. Analysoin potilaan kohteen, toimijan ja kokijan positiota omissa kappaleissaan. Esitän kutakin positiota koskevassa analyysissä kyseessä olevan position erityispiirteiden lisäksi tutkimusjakson aikana tapahtuneita muutoksia. Kahden ensimmäisen tarkastelujakson potilaiden positioiden laadullisessa tarkastelussa keskityn tuberkuloositextien analysointiin. Kahden viimeisen tarkastelujakson laadullisen analyysin keskiössä ovat aids-tekstit.

Jotta potilaiden eri positioiden esiintymistä ja niiden mahdollisista muutoksista teksteissä saisi käsityksen, on aluksi katsottava, miten potilaiden positiot esiintyvät teksteissä neljän eri tarkastelujakson aikana. Seuraavassa taulukossa on nähtävissä, missä määrin potilas esi-

tetään kohteena, toimijana tai kokijana tuberkuloosi- ja aids-teksteissä vuosina 1946–1996 (taulukko 8.)⁷¹.

Taulukko 8. Potilaan positiot tuberkuloosi- ja aids-teksteissä

Tarkastelujaksot	Tekstien määrät	Potilas kohteena	Potilas toimijana	Potilas kokijana
1946–1964	43 (100%)	36 (84%)	12 (28%)	11 (26%)
1965–1982	12 (100%)	12 (100%)	8 (67%)	3 (25%)
1983–1989	35 (100%)	33 (94%)	24 (69%)	11 (31%)
1990–1996	45 (100%)	41 (91%)	23 (51%)	10 (22%)

Taulukosta 8. voi huomata, että potilaan positioiden muuttumisesta yksilöllisen toimijan suuntaan ei näytä kovin suuresta määrin tapahtuvan. Potilaan positioiminen toimijaksi on selvästi yleisempää kolmen viimeisen tarkastelujakson aikana kuin vuosina 1946–1964. Potilaan kohteen positiossa ei näytä tapahtuvan olennaista muutosta. Kokijan positio ei myöskään nouse keskeisempään asemaan mitä lähemmäs nykyaikaa tullaan, ja ylipäätään sen esiintyminen teksteissä on vähäistä.

Potilaan positioiden muuttumista kohteesta kokijan suuntaan ei siis näytä suuresta määrin tapahtuvan vuosina 1946–1996. Kuitenkin tekstejä lukiessa syntyy vaikutelma siitä, että potilas on nykyään ”enemmän” yksilö kuin ennen. Jotta vaikutelmaa siitä, että potilas on viimeisinä vuosikymmeninä muuttunut yksilöllisemmäksi ja vastuullisemmaksi toimijaksi verrattuna 1940–50 -lukuun voisi tar-

71. Potilaiden positioiden esiintymisen laskemisessa on noudatettu samaa periaatetta kuin luvun neljä eri diskurssien määrän tarkastelussa. Ensimmäisen tarkastelujakson tekstien yhteismäärä on 43. Potilas toimijana löytyy tällä jaksolla yhteensä 12:sta tekstistä, potilas on kuvattu toiminnan kohteeksi 36:ssa tekstissä ja kokijaksi 11:ssa tekstissä. Prosentit on laskettu suhteuttamalla kunkin position määrällinen osuus koko kauden tekstimäärään, joka siis ensimmäisellä kaudella on 43. Prosenttiluku kertoo, että potilas toimijana esiintyy ensimmäisellä jaksolla 28:ssa prosentissa vuosien 1946–1964 teksteistä. Potilas on kohteena 84:ssä prosentissa ja kokijana 26:ssa prosentissa em. vuosien teksteissä.

kentaa, analysoin yksityiskohtaisemmin nais- ja miespotilaiden esiintymistä tuberkuloosi- ja aids-teksteissä. Tarkastelen sekä määrällisesti että aineistoesimerkkien valossa myös tarkemmin laadullisesti sitä, miten nais- ja miespotilaiden positiot teksteissä esitetään. Kahden ensimmäisen tarkastelujakson laadullisen analyysin painopiste on tuberkuloositeksteissä. Vuosia 1983–1996 tarkastellessani keskityn aids-teksteihin.

Nais- ja miespotilaiden esiintymisen positioiden analysointi on siis jatkossa keskeistä, mutta kyse ei ole ensisijaisesti sukupuolten välisten erojen analyysistä, vaikka tätäkin teemaa tulen tarkastelussani sivuamaan. Sukupuolten välisten erojen analysointia tärkeämpi selitys mies- ja naispotilaiden analyysiin mukaan ottamiselle on, että tätä kautta on mahdollista saada tarkempi käsitys potilaan positioiden mahdollisesta kulttuurisesta muutoksesta kuin ainoastaan potilaan kategoriaa analysoimalla.

Erilaisten potilaiden positioiden esiintymistä aineistossa voi verrata tarkastelemalla niiden määrää tuberkuloosi- ja aids-teksteissä. Näin on mahdollista saada käsitys siitä, lisääntyvätkö potilaiden aktiivisuuden ja individualistisuuden kuvaukset teksteissä vuosien 1946–1996 aikana. Määrällinen tarkastelu ei kuitenkaan vielä kerro ”kaikkea”. Laadullisesti tekstejä analysoimalla voi saada tarkemman kuvan siitä, millaisia positioita mies- ja naispotilaista kirjoitettaessa käytetään. Esimerkiksi toimijan positio ei välttämättä ole laadullisesti samanlainen mies- ja naispotilaan kohdalla.

Nais- ja miespotilaat toimijoina

Tuberkuloosi- ja aids-teksteissä kirjoitetaan yleisemmin potilaista, jolloin ei tarkemmin määritellä kumman sukupuolen edustaja potilas on. Potilas on neutraali kategoria, jonka yhteydessä ei mainita sukupuolta. On myös tekstejä, joissa potilas on aidsia tai tuberkuloosia sairastava henkilö tai sairastumisen uhan tai riskin piirissä oleva yksilö, mies, nainen tai lapsi⁷².

72. Mies- ja naispotilaan erottamiselle teksteistä voi määritellä tietyt kriteerit. Naispotilaan erottamisen kriteeri teksteissä on, että potilaasta kirjoittamisen yhteydessä tuodaan eksplisiittisesti esiin, että kysymyksessä on naispuolinen potilas. Hän voi olla nainen, →

Kun nais- tai miespotilaat esiintyvät teksteissä aktiivisina toimijoina, he voivat joko levittää sairautta tai estää sen leviämistä omilla toimillaan. Potilaat osallistuvat myös eri tavoin sairautensa hoitoon, jolloin he saavat teksteissä toimijan position. Taulukossa 10. esitetään, missä määrin nais- ja miespotilaat sekä potilaat esiintyvät teksteissä toimijoina neljän tarkastelujakson aikana.

Taulukko 9. Naispotilaat, miespotilaat ja potilaat toimijoina

Tarkastelujaksot	Tekstien määrät	Naispotilas toimijana	Miespotilas toimijana	Potilas toimijana
1946–1964	43 (100%)	11 (26%)	7 (16%)	12 (28%)
1965–1982	12 (100%)	3 (25%)	3 (25%)	8 (67%)
1983–1989	35 (100%)	4 (11%)	14 (40%)	24 (69%)
1990–1996	45 (100%)	13 (29%)	8 (18%)	23 (51%)

Taulukosta 9. voi nähdä, että nais- ja miespotilaan toimijana esittämisessä ei ole kovin suuria eroja tarkastelujaksojen aikana lukuun ottamatta vuosia 1983–1989, jolloin miespotilas on naispotilasta selvästi useammin toimijan positiossa. Voikin kysyä, mikä selittää tämän miespotilaiden toimijuuden korostumisen edellä mainittuina vuosina.

raskaana oleva potilas tai äiti. Prostituoiduista kirjoittaminen ei vielä tarkoita, että kyseessä on naispotilas, ellei kirjoittaja sitä erikseen mainitse. Teksteissä esiintyvät ”sukupuolettomat” prostituoidut ovat siten luokassa potilas ja tämä ryhmä sisältyy potilaiden positioita koskevaan taulukkoon (taulukko 10). Sama pätee käsitteeseen homoseksuaali. Homoseksuaaleista puhuttaessa tulkitseen kyseessä olevan ”pelkän” potilaan, mikäli kirjoittaja ei erikseen tekstissä mainitse puhuvansa mieshomoseksuaaleista. Miespotilaasta katson kirjoitettavan silloin, kun tekstissä esiintyy sana mies, isä tai mieshomoseksuaali. Yhdessä tekstissä voidaan kirjoittaa yhdestä tai useammasta erilaisesta mies- tai naispotilaasta.

Nais- ja miespotilas toimijana

Naispotilas esiintyy vuosien 1946–1964 tuberkuloositeksteissä lähinnä perheenäitinä. Naispotilas on viidessä tekstissä perheenäiti, joka huolehtii lapsista ja hoitaa kotia. Miestä ei teksteissä kuvata edellä mainittuja tehtäviä hoitamassa. Lääkärikirjoittajat kuvaavat naispotilaan aktiivisena toimijana taudin leviämisen kannalta kielteisin esimerkein. Etenkin pienet lapset ovat vaarassa, kun keuhkotautinen äiti saattaa yskiä ”suoraan vasten lapsukaista”, joka on hänen sylissään ja tämän jälkeen ”seuraukset kyllä tulevat pian näkyviin” (Terveydenhoitolehti 4/1947, 97).

Tuberkuloosia sairastava äiti on aktiivisena toimijana tekstissä, jossa kuvataan taudin leviämisen uhkaa. Naispotilas esitetään lukijalle esimerkkinä, joka toimii tuberkuloosin oireet tuntiessaan epätoivottavalla tavalla.

Erikoisen kohtalokkaaksi käy perheenäidin sairastuminen. Hänellä on raskas työ ja aivan säännöstelemätön työpäivä, joka häntä väsyttää ja laihduttaa ja selittää hänen alikuntoisuutensa. Hän ei katso olevan aikaa mennä lääkäriin. ”En minä sairas ole enkä sitä paitsi kuitenkaan voi itseäni hoitaa. Kuka sitten pitäisi kodista huolta?” kuulee tällaisen työllä liiaksi kuormitetun äidin marttyyrin ilmein sanovan. Tämä on kuitenkin vaarallista itsepetosta. Kun on kysymyksessä keuhkotuberkuloosi, joka pitemmälle kehittyneenä aina on tarttuva tauti, on uhkaamassa ei ainoastaan sairaan itsensä, vaan myös jonkun rakkaan omaisen elämän tuhoutuminen. Keuhkotuberkuloosi on todettava ennen kaikkea niissä henkilöissä, jotka hoitavat lapsia. (Terveydenhoitolehti 2/1947, 45)

Kirjoittaja osoittaa, että tuberkuloosia sairastava potilas on kodin ja lasten hoitajana taudin leviämisen kannalta vaarallisessa positiossa. Äidin aktiivinen toimijuus kotona on omiaan levittämään sairautta muihin perheenjäseniin. Hän on näitä tehtäviä jatkaessaan vaaraksi itselleen ja perheelleen. Sairas äiti ei voi hoitaa kotia, koska hän levittää samanaikaisesti tartuntaa, kun esimerkiksi siivoaa tai hoitaa lap-

sia. Sairas äiti ei voi luoda puhdasta kotia⁷³. Naispotilaan vastuuttomuus suhteutetaan kodin- ja lastenhoitoon. Vastuullinen kodin- ja lastenhoito on sairauden tilassa toteutettuna vastuutonta toimintaa.

Perheenäidin olisi siirryttävä tämän ristiriidan ratkaisevaan potilaan positioon, johon eivät kuulu kodin siivouksesta ja lapsista huolehtiminen. Kirjoittaja osoittaa lukijalle, että potilaan toiminta on vahingollisia, koska se voi edistää tuberkuloositartunnan leviämistä. Naisen huolehtivaisuus ja vastuullisuus ovat tuberkuloosia sairastettaessa epätoivottavia toiminnan muotoja. Potilas rakentaa itselleen toimijan position, jossa ei mahdollistu tuberkuloosin hoito tai tutkimus.

Myös miespotilas esiintyy toimijana, jonka menettely ei ole tuberkuloosin leviämisen kannalta toivottavaa. Hän ei mene lääkäriin tarkastuttamaan itseään. Tällainen toiminta on ”leväperäistä” ja ”vastuutonta” (Terveydenhoitolehti 11/1960, 396).

Erittäin valitettavana on pidettävä väärää suhtautumista pienois-kuvauksiin. Ei ole suinkaan harvinaista kuulla suorastaan kerskuen selostettavan, miten ”tämä poika ei joka vuosi juokse näyttämässä vanhoja pilkkujaan lääkärille”, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkittava, jolla on todettu tuberkuloosin jättämiä arpia ehdoin tahdoin välttää tutkimuksia. (Terveydenhoitolehti 11/1960, 413)

Miespotilas esitetään poikana, joka ylpeilee uskalluksellaan olla menemättä lääkäriin, vaikka on aiemmin sairastanut tuberkuloosia. Miespotilaan vastuuttomuus ilmenee vääränlaisena rohkeutena. Miehen rohkeus, jota pidetään yleensä arvostettuna ominaisuutena, on tuberkuloosia sairastettaessa epätoivottava toiminnan muoto. Miespotilaalle rakennetaan tekstissä vastuuttoman toimijan positio, jossa

73. Tuberkuloosia sairastavan voi ajatella olevan ”likainen” toimija, joka on terveen ja ”puhtaan” toimijan vastakohta. Keuhkotautinen äiti on ”likainen”. Likainen on kulttuurinen kategoria, ei likainen äiti konkreettisesti mielessä. Se on vastakohta kategorialle, jossa äiti nähdään hyvänä, puhtaana ja rakastavana henkilönä, joka hoitaa pyyteettömästi kotia ja lapsia. Sairas äiti on myös kulttuurisessa mielessä tabu. (Frykman & Löfgren 1987, 168) Esimerkiksi sairaan äidin veri tai maito on ruumiin yksityisen ja ulkopuolisen rajalla. Ne eivät vahingoita muita jäädessään äidin ruumiiseen, mutta ruumiin ulkopuolelle joutuessaan infektoitunut veri tai maito ylittävät rajan ja muuttuvat vaaraksi.

ei mahdollistu tuberkuloosin hoito tai tutkimus. Sairauden hoito vaatisi potilaalta sairauden tilan tai sen tutkimisen mahdollistavaa toimintaa ja rohkeutta asettua tutkimuksen kohteen positioon.

Nais- ja miespotilaan työkyky tuberkuloositeksteissä

Naisen ja miehen toimintatavan luonteen lisäksi tuberkuloositeksteissä tuodaan esiin, että nais- ja miespotilaan työkyvyn menettäminen on valitettavaa. Tuberkuloosiin sairastuminen merkitsee sitä, että arkipäivän aktiivinen toiminta keskeytyy. Sairaus on toimija, joka ei kysy kohteeltaan aikaa, milloin voi saapua paikalle.

Sairaus ei milloinkaan tule sopivaan aikaan. Työmiehellä on juuri hyvät työansiot, maanviljelijällä kiireelliset työt kesken, nuori nainen ehkä naimisiin menossa, ylioppilaalla on tärkeä tentti edessä. (Terveydenhoitolehti 2/1947, 46)

Esimerkissä ylioppilas on sukupuolineutraali ilmaisu, josta ei voi päätellä, onko kyseessä mies vai nainen. 1940-luvulla ilmestyneessä tekstissä ylioppilas on kuitenkin oletettavammin mies kuin nainen. Miespotilaan toiminta suhteutetaan työhön, joka tapahtuu kiireellisessä maanviljelyksessä tai työmiehen töissä, josta saa hyvää palkkaa. Naispotilas ei ole työntekijä, vaan nuori, aviosäätyyn menossa oleva nainen. Kun mies esitetään suhteessa työhön, rahaan ja koulutukseen, on nainen suhteutettu mahdollisen uuden siviilisäädyn saavuttamiseen.

Myös teksteissä, joissa esitellään tuberkuloosista parantuneen potilaan työhön paluun mahdollisuuksia, jako miesten ja naisten tehtäviin on eksplikoitu:

(..) täysin ansiotyöhön kykenemättömien määrä on miehillä paljon suurempi kuin naisilla, mikä voi johtua erilaisista työmuodoista. Nainen saattaa suorittaa kotiaskareet tai ansaita esim. käsitöillä sellaisissakin taudin aiheuttamissa olosuhteissa, joissa yksinomaan raskaampiin työmuotoihin tottunut mies on täysin ansiokyvytön. (Suomen Lääkärilehti 15/1958, 700)

Kun on kyse potilaiden palauttamisesta ”työkykyisiksi yhteiskunnan jäseniksi” (Suomen Lääkärilehti 21/1949, 695), on se tuberkuloosista parantuneelle naispotilaalle helpompaa kuin miehelle. Kun tuberkuloosia sairastavan perheenäidin työpäivä on ”raskas ja aivan säännöstelemätön” (Terveydenhoitolehti 2/1947, 45), niin parantunut naispotilas voi jo ”suorittaa askareita” kotona (Suomen Lääkärilehti 15/1958, 700). Parantuneelle miespotilaalle työnteko on vaikeaa, koska miehet yleensä tekevät raskaita töitä kodin ulkopuolella, eikä niistä tuberkuloosia sairastunut mies välttämättä selviydy.

Kirjoittajat ovat naispotilaista puhuessaan lähinnä huolestuneita siitä, että tuberkuloosia sairastava äiti voi tartuttaa lapsensa. Naispotilaat ovat tuberkuloositeksteissä lähinnä äitikansalaisia. Miespotilaat sitä vastoin ovat ensisijaisesti kansakunnan rakentajia, joiden työkyvyn palauttaminen on tärkeää. Lääkärien tavoitteena on, että ”potilaamme voivat täysin pätevinä ammattimiehinä siinä missä terveekin omalla työsarallaan hoitaa heille kuuluvat tehtävät” (Suomen Lääkärilehti 2/1953, 59). Naisen ja miehen kansalaisuuden esittäminen ei noudatakaan samaa logiikkaa (Anttonen 1997, 195). Miespotilaat ovat työtä tekeviä kansalaisia, joiden ”asema yhteiskunnan toimivina onnellisina jäseninä pyritään säilyttämään” (Suomen Lääkärilehti 2/1953, 59). Naispotilaat esiintyvät vuosien 1946–1964 tuberkuloositeksteissä lähinnä äitikansalaisina, suhteessa kotiin ja lapsiin.

1960-luvun tuberkuloositeksteissä miespotilasta toimijana ei enää suhteuteta niinkään kansakunnan onnellisuuden ja varallisuuden rakentamisen ensisijaisuuteen, vaan normaaliin ja epäsosiaalisen käyttäytymiseen. Normaaliin ihmisen käyttäytymiseen kuuluu itsensä hoitaminen: ”normaali ihminen pyrkii mahdollisimman nopeasti hoitoon ja noudattaa tarkasti hoitomääräyksiä parantuakseen ja päästäkseen takaisin työhön” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48). Tuberkuloosin hoitojärjestelmää vastustavat miespotilaat eivät toimi näin. He käyttävät tuberkuloosinhoitojärjestelmää omiin tarkoituksiinsa muodostaen siitä ”elinkeinon”, jonka varassa miehet juovat, ja se tehdään usein ”suuremmalla porukalla, räyhätään, oksennellaan, kiroillaan, jopa uhkaillaan hoitajia” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 47). Toimijana tällaista miespotilasta pidetään epärationaalisenä, koska tuberkuloosin hoito on niin tehokasta, että hoito-ohjeita noudatta-

malla kuka tahansa voisi saada itsensä terveeksi. Näin ollen alkoholia liikaa käyttävän miespotilaan tuberkuloosin jatkuminen on ensisijaisesti yksilön oma ongelma. Lääkärit alkavatkin 1960-luvulla pitää erityisen tärkeänä yksilön omaa asennoitumista parantumiseensa (Mäkelä 1963, 45).

Potilas ja seksuaalisuus

1980-luvun aids-teksteissä miespotilas esiintyy naispotilasta useammin toimijana. Miespotilaan toimijuus ei aids-teksteissä suhteudu työntekoon, vaan seksuaaliseen käyttäytymiseen.

Vuonna 1983–84 testeihin tuli lähes yksinomaan homoseksuaalisesti käyttäytyviä miehiä, jotka tiedostivat AIDS-riskin. (Suomen Lääkärilehti 9/1987, 799)

Homoseksuaalisten miesten seksuaalisesta käyttäytymisestä kirjoitettaessa ei määritellä edellistä esimerkkiä tarkemmin, miten homoseksuaalinen seksi poikkeaa heteroseksuaalisesta seksistä. Jos toimintaa kuvataan, liittyy se ”satunnaisiin seksisuhteisiin” (Suomen Lääkärilehti 8/1986, 734) tai ”reseptiivisen anaalikopulaation harrastukseen” (Suomen Lääkärilehti 14/1986, 1335), joissa hiv-tartunnan riski on suuri.

Naispotilaita ei teksteissä kuvata samalla tavoin seksuaalisina toimijoina kuin miehiä. ”AIDS-riski on myös naisilla, jotka ovat sukupuoliyhteydessä riskiryhmien edustajien kanssa, tosin oleellisesti pienempänä” (Suomen Lääkärilehti 14/1986, 1335). Naisten seksuaalinen toiminta esitetään passiivisempänä kuin miesten. Naisen seksuaalista toimintaa pidetään myös hiv-riskin kannalta pienempänä kuin homoseksuaalisten miesten. Toisin kuin homoseksuaalit miehet, naiset eivät harrasta seksiä, vaan ”ovat sukupuoliyhteydessä”. Jos naispotilas esitetään toimijana seksuaalisuuden suhteen, hän ”harjoittaa prostituutiota” (Suomen Lääkärilehti 22-23/1986, 2051).

1990-luvun aids-teksteissä korostetaan 1980-lukuun verrattuna useammin sitä, että aids on myös heteroseksuaalien ja naisten ongel-

ma⁷⁴. Suomen Lääkärilehden aids-teksteissä hiv-positiivisen naispotilaan toimijuus suhteutetaan lähinnä imettämiseen, raskauteen ja synnyttämiseen, johon voi liittyä lapsen tartuttamisen riski⁷⁵. Kuten potilasta kohteena analysoivassa kappaleessa esitin, tämä toiminta esitetään siten, että naispotilas on teksteissä enemmän tarkastelun kohde kuin aktiivinen toimija.

Toiminnan muoto, jota kirjoittajat suosittelevat aidsin leviämisen ehkäisemiseksi on turvallinen seksikäyttäytyminen, johon kuuluu kondomin käyttö. 1980-luvun aids-teksteissä mainitaan usein kondomin käytön tärkeys yleisellä tasolla; kehotuksena ja ohjeena, jota tulisi käytännössä toteuttaa. Kondomi esitetään aidsin vastaisen toiminnan välineenä, ei miesten tai naisten käyttämänä ehkäisyvälineenä. Kondomin käytön tavoitteen esittämisen yhteydessä ei muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta mainita kumpaa sukupuolta sen käyttö koskee⁷⁶. Sen käyttö esitetään ohjeiden mukaan toteutettavana sukupuolineutraalina toimintana, jolloin hiv:n leviäminen estyy. Kondomin käytön mahdolliseen epäonnistumiseen ei aids-teksteissä kiin-

74. Suomessa hiv-positiivisten naisten määrä oli 1980-luvulla pieni; vuonna 1986 oli ilmoitettu yksi aids-tapaus. Vuonna 1997 ilmoitettiin yhteensä 817 hiv-positiivista, joista 652 miestä ja 165 naisia. Nykyään heteroseksii on yhtä yleinen tai hieman yleisempi tartuntatapa verrattuna homoseksiiin, joten naisia hiv koskettaa yhtä lailla kuin miehiäkin. Hiv-positiivisesta äidistä lapseen ei ollut todettu vuoteen 1993 mennessä yhtään tartuntaa, vuonna 1996 tapauksia oli kaksi. (AIDS Suomessa 1999; HIV-infektio Suomessa 1997)

75. Vuosina 1994–1995 ilmestyy neljä hiv-positiivisia naisia käsitteleviä tekstejä, joista yksi on artikkeli (Suomen Lääkärilehti 11/1995), loput kolme tekstiä ovat lyhyitä kirjoituksia muut lääkärilehdet -palstalla (Suomen Lääkärilehti 3 ja 33/1994, Suomen Lääkärilehti 22–23/1995). Hiv-potilaiden kohtaamisesta naistenklinikoissa kirjoitetaan vuonna 1993 (Suomen Lääkärilehti 16/1993) ja hi-viruksen leviämistä lesbojen kesken sivutaan muut lääkärilehdet -palstalla (Suomen Lääkärilehti 6/1994). Kotilääkäriässä ei vuosina 1983–1996 ilmestyy erikseen hiv-positiivisia naisia käsitteleviä tekstejä.

76. Yhdysvaltalaisessa aids-valistus -lehtisessä on useita kuvia miehestä ja naisesta sekä heidän keskinäistä keskusteluaan kondomin käytöstä. Kuudessa kuvassa seitsemästä nainen pitää kondomia kädessään tai on ojentamassa sitä miehelle. Yhdessä kuvista naisen käsilaukusta löytyy kondomi miehen sanoessa, että ”minulla ei ole ainoatakaan”. (Talking with Your Partner about Condoms, 1997) Suomalaisessa vastaavassa lehdessä nainen ei ole näin vastuullisessa positiossa. Kuussa nuoret miehet ja naiset esiintyvät nauttimassa toistensa läheisyydestä. Kondomin käyttö -ohjeita ei ole kuvien avulla osoitettu erikseen miehille tai naisille. Yhdessä kuvatekstissä sanotaan: ”Kondomin hankinta ei kuulu pelkästään pojille. Myös tytöt voivat ostaa kondomeja ja pitää niitä mukanaan.” (Se on pienestä kii..., 1992)

nitetä huomiota (Matikkala 1995, 13). Ylipäättään kehotukset kondomin käyttöön esitetään aids-teksteissä yleisen informatiivisesti, eikä sitä kuvata ehkäisyvälineenä, johon liittyisi erilaisia yksilöllisiä toimintatapoja tai kokemuksia.

Toimijoina potilaat eivät esiinny teksteissä 1980–90 -luvuilla juuri sen yleisemmin kuin sodanjälkeisinä vuosikymmeninä. Potilaan toimijan positiossa oli kuitenkin havaittavissa laadullinen muutos. Vuosien 1946–1964 teksteissä potilas on usein negatiivinen toimija siinä mielessä, että hänen kuvataan toimivan väärin ja epätoivottavalla tavalla. Potilasta moititaan huonosta käytöksestä, jos hän ei toimi sairauden hoitoa edesauttavalla tavalla. Tämä näkyy vielä 1960-luvun lopun tuberkuloositeksteissä, joissa miespotilas esiintyy hoidon vastustajana. Potilas nähdään kuitenkin aiempaan verrattuna yksilöllisemmin; hänellä on tarpeita ja häntä yritetään kaikesta huolimatta ymmärtää. Miespotilas esiintyy toimijana naispotilasta useammin vuosien 1983–89 teksteissä. Yksi selitys tähän on aidsin riskin paikantuminen mieshomoseksuaaleihin. Miespotilaiden toimijuus korostuu teksteissä aikana, jolloin valtaosa aids-potilaista on miehiä.

Nais- ja miespotilaat kohteina

Nais- ja miespotilaat esiintyvät teksteissä myös terveysvalistuksen tai lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon kohteina. Kohteen positiossa mies- tai naispotilas on esimerkiksi silloin, kun kirjoittaja raportoi lääketieteellisen tutkimuksen tuloksia, jonka tutkimusaineistona on tuberkuloosia tai aidsia sairastavia potilaita. Potilas on kohde myös valistushenkisissä teksteissä, joissa annetaan ohjeita ja kehotuksia, kuinka potilaat voisivat suorittaa sairauden vastustamistyötä. Antaes- saan ohjeita kirjoittaja positioi lukijan suorien käskyjen kohteeksi.

Yleisimmin potilas esitetään teksteissä kohteena ilman, että potilaan sukupuolta mainitaan. Taulukosta 9. voi kuitenkin nähdä, että aineistossa on paljon myös sellaisia tekstejä, joissa potilaan sukupuoli kohteen position esittämisen yhteydessä tulee esiin. Taulukossa on mukana myös ”pelkän” potilaan kategoria.

Taulukko 10. Naispotilaat, miespotilaat ja potilaat kohteina

Tarkastelujaksot	Tekstien määrät	Naispotilas kohteena	Miespotilas kohteena	Potilas kohteena
1946–1964	43 (100%)	10 (23%)	11 (26%)	36 (84%)
1965–1982	12 (100%)	6 (50%)	9 (75%)	12 (100%)
1983–1989	35 (100%)	19 (54%)	21 (60%)	33 (94%)
1990–1996	45 (100%)	25 (56%)	16 (36%)	41 (91%)

Taulukko 10. osoittaa, että ensimmäisellä tarkastelujaksolla noin neljäsosassa teksteistä nais- ja miespotilaat kuvataan erilaisten terveydenhuollollisten toimien kohteina. Kolmella seuraavalla jaksolla nais- ja miespotilaiden esiintyminen kohteina yleistyy. Voikin kysyä, mihin nais- ja miespotilaiden kohteina esittämisen vähäisyys ensimmäisellä jaksolla ja lisääntyminen kolmella seuraavalla jaksolla suhteutuu. Myös nais- ja miespotilaiden kohteina esiintymisessä on joitakin, joskaan ei määrällisesti kovin suuria, eroja. Naispotilaan esittäminen kohteena on määrällisesti tarkasteltuna hieman tasaisempaa kuin miespotilaiden. Miksi miespotilas esitetään kohteena naispotilasta useammin vuosina 1965–1982 ja vastaavasti harvemmin vuosina 1990–1996? Näihin kysymyksiin pyrin seuraavassa tarkemmin aineistoa analysoimalla vastaamaan.

Potilas osana kansaa

Nais- ja miespotilaiden kohteena olemisen vähäisyyttä tuberkuloositeksteissä vuosina 1946–1964 voi lähestyä kysymällä millaisista potilas-toimijoista silloin puhutaan, kun potilaan yhteydessä ei mainita sukupuolta.

Taistelussa keuhkotuberkuloosia vastaan on parantolahoidolla jo lähes sadan vuoden ajan ollut tunnustettu, keskeinen ase-

ma. On pidetty selviönä, että ”sanatorio” on se paikka, johon keuhkotuberkuloosiin sairastuneen on mentävä saadakseen terveytensä takaisin. Vuosikertomuksessaan esittääkin jokainen parantola saavutuksiaan kertoen, kuinka monen potilaan paino on lisääntynyt, kuume hävinnyt, basillit lakanneet erittymästä jne. (Suomen Lääkärilehti 21/1949, 679)

Potilaat, jotka sairastavat tuberkuloosia, ovat osallisina sairauden vastaisessa taistelussa, jota käydään erityisesti parantolahoidon piirissä. Parantolassa potilaat ovat kohteita, joita hoidetaan ja tutkitaan. Esimerkissä potilaat ovat myös parantolan vuosikertomuksen laatimisen kohteita. Potilaiden terveydentilaa mitataan ja tutkitaan tarkastelemalla painon nousua ja terveydentilassa tapahtuneita muutoksia. Nämä seikat kirjataan kohteissa tapahtuneina edistysaskelina, sairauden vastaisen taistelun ”saavutuksina”. Kun potilas kuvataan tuberkuloosin vastaisen taistelun osallisena siten, että hän on tutkimuksen ja hoidon kohde, ei ole kovin olennaista tuoda esiin potilaan sukupuolta. Potilaat eivät ole ensisijaisesti miehiä tai naisia, vaan osa kansaa ja parantolahoidon jälkeen heidät pyritään ”palauttamaan jälleen yhteiskuntaan”, sen ”työntekijöiksi ja ylläpitäjiksi” (Suomen Lääkärilehti 21/1949, 682).

Mies- tai naispotilas terveystarkastuksen tai hoidon kohteena ei ole erityisen tarkastelun alla, koska vakavana kansantautina tuberkuloosi koskee kaikkia potilaita ja koko kansakuntaa. Näin ollen mies- ja naispotilas terveystarkastuksen ja tutkimuksen kohteena on teksteissä vähemmän korostetusti esillä kuin sukupuoleton potilaan kategoria. Toinen selitys sukupuolen vähäiselle eksplikoimiselle tuberkuloositeksteissä saattaa olla, että sukupuolten välinen tehtäväjako oli 1940- ja 50-luvulla itsestäänselvyys, eikä sukupuolen merkitystä tuotu paljon esiin.

Äitipotilas kohteena

Vuosien 1946–1964 tuberkuloositeksteissä lasten ja nuorten terveys on kirjoittajien yksi huolenaihe. Lapset ovat kansallisen sairauden vastaisen toiminnan kohteita.

Me toivomme, että ihmiskunnan odottama lopullinen keuhkotaudin lääke pian keksitään. Tänä odotusaikana meidän on tehtävä kaikki mahdollinen estääksemme uusien taudintapausten syntymisen. Tämä työ kohdistuu erikoisesti lapsiin ja nuoriin.

Kun on kulunut muutamia harvoja vuosikymmeniä, onkin uuden sukupolven ehdittyä kasvaa kaiken todennäköisyyden mukaan keuhkotauti kansantautina Suomesta hävitetty. (Terveydenhoitolehti 11–12/1953, 238)

”Meidän”, lääkäreiden ja koko Suomen kansan, velvollisuus on hävittää tuberkuloosi ja tehdä kaikki mahdollinen, jotta uusia tartuntoja ei pääsisi syntymään ja kansantauti saataisiin häviämään. Vuosien 1946–1964 tuberkuloositeksteissä lapsipotilas kuvataan osana kollektivistista diskurssia, jolloin lapsien tutkiminen ja hoitaminen on työtä, johon kutsutaan mukaan kaikkia kansalaisia.

Tuberkuloosia sairastavien äitien tehtävänä on luovuttaa lapsensa kansalaisten tukemiin joulumerkkikoteihin hoitoon, kunnes he ovat parantuneet ja tartuntavaara on ohi. Vuosien 1946–1964 teksteissä joulumerkkikodit esitetään eristyksen paikkoina, joiden yhteydessä ei mainita lasten äitejä. Lasten äidit ovat hoidon ja terveydenhoidollisten päätösten kohteita, joiden osuutta lastenkotitoimintaan ei eksplikoida⁷⁷.

Olimmeko viime jouluna kaikki mukana näiden laitosten työtä tukemassa? Keinohan on hyvin yksinkertainen: jokaisen kirjeen, kortin ja lahjakäärön koristeeksi kaunis joulumerkki! (Terveydenhoitolehti 2/1959, 264)

Keuhkotautia sairastavien lasten hoidon tukeminen on joulumerkkien oston muodossa koko kansan yhteinen asia. Joulumerkkejä osta-

77. Äitien sivuuttaminen tässä yhteydessä on ristiriidassa sodanjälkeisen ajan kasvatuskeskustelujen kanssa. Äidin merkitystä lasten ensisijaisena kasvattajana pidettiin tuolloin merkittävänä. Kasvatuksen asiantuntijat korostivat äidin merkitystä interpersoonallisen, läheisen psykologisen suhteen luojana aikuisen ja pienen lapsen välillä. Isän merkitys kasvattajana oli rajattu tai sivuutettu 1960-luvulle asti, jolloin isän hahmo alkoi kasvatuskeskusteluissa korostua. (Vuori 2001, 43)

malla kansalainen tuki keuhkotautisten perheiden lapsille tarkoitettujen lastenkotien toimintaa.

Toisella tarkastelujaksolla, vuosina 1965–1982, kirjoitetaan tuberkuloosin tartunnan riskistä, joka kohdistuu pieniin lapsiin. Vuonna 1980 todetaan, että ”jouluherkkikodit on voitu tarpeettomina lakkauttaa” (Suomen Lääkärilehti 13/1980, 1098). Tuberkuloosia sairastavan äidin lapsen eristämisen kriteerit eivät ole enää selvät. Äitiä tutkitaan erilaisin lääketieteellisin menetelmin ja hoidetaan ”tehokkaasti”, jolloin on mahdollista, että äiti ”saa imettää ja hoitaa lastaan” (Suomen Lääkärilehti 13/1980, 1098). Vain lapsen äiti ei ole tutkimuksen kohteena, sillä myös ”isän tai mahdollisesti lasta hoitavan vanhemman henkilön tutkiminen on vähintään yhtä aiheellista” (Suomen Lääkärilehti 13/1980, 1096).

1990-luvun aids-teksteissä naispotilas on miespotilasta korostuneemmin esitetty tutkimuksen ja hoidon kohteen positiossa. Myös hiv-positiivista naispotilasta tarkastellaan lähinnä äitinä, joka voi tartuttaa lapseensa viruksen⁷⁸. Naispotilasta tarkastellaan potentiaalisena viruksen tartuntatienä äidistä lapseen. Hiv-positiivisia naisia ja lapsia käsittelevässä artikkelissa kirjoittaja keskittyy tarkastelemaan, miten infektion siirtymisen äidistä lapseen voisi ehkäistä.

Syntyvän lapsen todennäköisyys saada tartunta HIV-infektioituneelta äidiltään on teollisuusmaissa 14–25% ja alikehitetyneissä maissa 25–30%. Teollisuusmaissa tartuntavaaraa voitaneen merkittävästi vähentää äidin raskaudenaikaisella tsidovu-diinilääkityksellä, valitsemalla synnytystavaksi keisarileikkaus ja kieltämällä äitiä imettämästä. (..) aluksi rintaruokinnalla ei uskottu olevan käytännön merkitystä, mutta uusimmat tutkimustulokset tukevat ajatusta rintaruokintaan liittyvästä tartuntariskistä. (Suomen Lääkärilehti 11/1995, 1253)

78. Lapsipotilas esiintyy lähinnä kohteen positiossa aineiston teksteissä. Lapsipotilas esitetään lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon kohteena 69:ssä tekstissä. Kolmessa tekstissä lapsipotilas kuvataan toimijana, joka yskii tai tuo esiin joitain muita sairauden oireita. Lapsipotilaan kohteen position yleisyyttä selittänee se, että lapsen ei katsota aktiivisella toiminnallaan vaikuttavan sairastumiseensa tai siihen, miten lääketieteellinen tutkimus tai hoito hänen kohdallaan onnistuu. Lapsipotilaan sukupuolta ei teksteissä mainita. Tästä tekee poikkeuksen yksi tuberkuloosi- ja yksi aids-teksti.

Esimerkissä sekä lapsi että äiti ovat kohteen positiossa. Sekä äiti että lapsi ovat riskilaskennan kohteita sikäli, että numeerisesti osoitetaan, miten suuri mahdollisuus hi-viruksella on siirtyä hiv-positiivisesta äidistä lapseen. Lapsi on lisäksi kohteen positiossa suhteessa hiv-positiivisen äidin kehoon, josta hän on vaarassa saada viruksen. Äiti on kohteen positiossa suhteessa terveydenhuollon toimijoihin, jotka voivat vähentää sairastumisen mahdollisuutta antamalla äidille sopivaa lääkitystä, suorittamalla keisarinleikkauksen ja osoittamalla äidille imetyksen välttämisoikeuden. Näitä toimenpiteitä ei esitetä äidin valintoina, vaan asioina, jotka tehdään äidin puolesta. Äidin kohteen positio on erilainen kuin lapsen. Edellä mainitut toimenpiteet kohdistuvat sekä äitiin että lapseen, mutta tartuntavaaran kannalta eri mielessä. Ensisijaisena tavoitteena on estää lapsen sairastuminen. Äiti on toimenpiteiden ja imetyksiellön kohteena juuri tässä mielessä.

Hiv-positiivisen äidin imetystä on pidetty lapsen mahdollisen tartunnan kannalta sekä riskinä että riskittömänä. Rintaruokinnan riski suhteutetaan myös paikkaan, jossa hiv-positiivinen nainen lapsensa kanssa elää.

Rintaruokinnan yhteydessä tapahtuvan HIV-tartunnan riski on katsottu niin merkittäväksi, että teollisuusmaissa imetystä ei suositella HIV:n kantajaäideille. Alikehittyneissä maissa korvike-ruokinta aiheuttaa kuitenkin niin paljon ylimääräistä kuolleisuutta muihin tauteihin, että rintaruokintaa suositellaan myös infektoituneiden äitien lapsille. (Suomen Lääkärilehti 11/1995, 1256)

Riski on esimerkissä lapsen elinoloihin suhteutettu mahdollisuus saada hi-virus. Riskin suuruutta ei ilmaista numeroin, vaan sanoin ”merkittävä” ja ”paljon”. Länsimaissa hiv-positiivisen naisen on järkevää välttää imettämistä, kun vastaavasti kehitysmaissa imettäminen voi olla lapselle turvallisempaa kuin pulloruokinta. Kyse kehitysmaissa on valinnasta kahden riskin välillä, jotka molemmat vaarantavat lapsen terveyden.

Aids-teksteissä hiv-positiivisen äidin lapsi on kuvattu kohteena, joka on tartuntariskin piirissä. Riskiä arvioidaan siitä näkökulmasta,

voiko lapsi saada viruksen vai ei. Lapsen mahdollisuutta saada hiv ei esitetä ensisijaisesti koko kansakunnan hyvinvointia koskevana asiana, vaan määrällisesti arvioitavissa olevana riskinä tulla hiv-positiiviseksi.

Yhdessä tekstissä raportoidaan sairaaloihin lähetetyn hiv-positiivisia naispotilaita koskevan kyselyn tuloksia. Kirjoittajat tuovat esiin, että ”yleinen käsitys on edelleen, että HIV-problematiikka vain harvoin koskee naista” (Suomen Lääkärilehti 16/1993, 1581). Käsitys naisten pienestä aids-riskistä on osoittautunut kirjoittajien mukaan virheelliseksi, sillä ”HIV tarttuukin miehestä naiseen suuremmalla todennäköisyydellä kuin naisesta mieheen” (Suomen Lääkärilehti 16/1993, 1581). 1980-luvun aids-teksteissä ei erikseen esitetä, miten naisten tulisi suhtautua hiv:n leviämiseen. Vuonna 1993 ilmestyneessä tekstissä sen sijaan eksplikoidaan hiv-positiivisille naisille erilaisia suosituksia, tuleeko seksikontakteja välttää vai ei. Jos nainen on hiv-positiivinen, tulisi hänen huomioida se seuraavasti:

HIV-positiivisen naisen ehkäisymenetelmäksi suositeltiin kondomia (22 sairaalaa) kondomia ja seksikontaktien välttämistä (10 sairaalaa) tai seksikontaktien välttämistä (3 sairaalaa) (Suomen Lääkärilehti 16/1993, 1582).

Suositukset suhteutetaan hiv-positiivisen naisen toimintaan. Naisia koskevia suosituksia ovat kondomin käyttö tai kieltäytyminen seksistä. Hiv-positiivinen nainen on valistuksen kohde, jolle esitetään mitä hänen pitäisi tehdä, sillä suositukset ovat sairaaloiden esittämiä. Sairaalat antavat suosituksia eri tavoin; suurin osa sairaaloista suosittelee turvallista seksiä, pienempi osa sairaaloista pitää selibaattia parhaana vaihtoehtona. Ensisijaisesti esimerkissä on kyse tartunnan, ei raskauden ehkäisystä. Oletuksena on, että hiv-positiivinen nainen tarvitsee heteroseksuaalisessa yhdynnässä kondomia.

Miespotilas kohteena

Toisella tarkastelujaksolla, vuosina 1965–1982, miespotilaat ovat korostuneemmin esillä tuberkuloositeksteissä kuin vuosina 1946–

1964. Heidät kuvataan terveydenhoidon kohteina, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Miespotilaat sairastavat tuberkuloosia, joka on muodostunut pitkäaikaiseksi, krooniseksi tilaksi. Seuraava esimerkki on tekstistä, jossa kuvataan tuberkuloosia sairastavien epäsosiaalisten miespotilaiden hoitoa ja siinä esiintyviä vaikeuksia.

Hänet sijoitetaan johonkin monista keuhkotautiparantoloista, jossa aloitetaan heti lääkehoito. Yskösnäytteistä viljeltyjen basilien avulla tutkitaan, millä tuberkuloosilääkkeillä kyseinen kanta on voitettavissa. Potilaan parantumista seurataan säännöllisillä röntgenkuvilla sekä kuukausittain suoritettavilla yskösnäytteiden bakteeriviljelyillä. (Terveydenhoitolehti 2/1969, 47)

Kirjoittaja esittelee tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, jotka kohdistetaan tuberkuloosia sairastavaan potilaaseen. Lääketieteellä on tarjolla päteviä menetelmiä, joiden avulla potilas voidaan parantaa. Hoidon ja tutkimuksen kohteena etenkin miespotilas ei kuitenkaan ole paras mahdollinen. Lääketieteellinen ”teoria ei aina sovellu käytäntöön” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 47). Kuten edellisessä luvussa toin esiin, käytännössä kroonista tuberkuloosia sairastava miespotilas ei aina suostu olemaan kohteen positiossa, vaan toimii hoitoperiaatteiden vastaisesti laiminlyöden lääkkeiden ottoa ja poistumalla parantolassa ennen kuin sairaus on hoidettu loppuun.

Kolmannella tarkastelujaksolla, vuosina 1983-1989, ovat miespotilaat lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon kohteina naispotilaita korostetummin esillä aids-teksteissä.

Ensimmäiset AIDS-diagnoosit tehtiin vuonna 1980 homoseksuaalisesti käyttäytyviltä miehiltä ja he muodostavat edelleen tärkeimmän AIDS-riskiryhmän länsimaissa (USA ja Eurooppa, yli 70% diagnosoiduista tapauksista). (Suomen Lääkäri-lehti 4/1985, 252)

Miespotilaat ovat naisia enemmän esillä teksteissä, koska aidsia pidettiin sen esiintymisen vuoksi 1980-luvulla lähinnä mieshomoseksuaalien tautina. Myös naispotilaat ovat teksteissä esillä lyhyinä

mainintoina: ”AIDS-riski on myös naisilla, jotka ovat sukupuoliyhteydessä riskiryhmien edustajien kanssa, tosin oleellisesti pienempänä” (Suomen Lääkärilehti 14/1986, 1335). Tutkimuksen ja valistuksen ensisijaisia kohteita ovat kuitenkin mieshomoseksuaalit ja muut riskiryhmien jäsenet, kuten suonensisäisiä huumeita käyttävät henkilöt.

Ensisijaiset tutkimuksen ja valistuksen kohteet valitaan riskin perusteella. Riski on tässä yhteydessä laskennallinen määre. Koska suurin osa sairastuneista on mieshomoseksuaaleja, tulee tietoa jakaa ja tutkimuksia tehdä erityisesti tähän riskiryhmään kuuluville. Mieshomoseksuaalien lisäksi riskiryhmiin kuuluu muitakin, mutta mieshomoseksuaalit esiintyvät 1980-luvun teksteissä ensisijaisina kohteina. Tämä näkyy esimerkiksi siinä tavassa, jolla riskiryhmäluettelot on laadittu. Luetteloissa mieshomoseksuaalit mainitaan yleensä ensimmäisinä. ”Selviin” riskiryhmiin kuuluvat ”homoseksuaaliset miehet, varsinkin reseptiivistä anaalikipulaatiota harrastavat, narkomaanit, jotka käyttävät yhteisomistuksessa olevia sterilioimattomia injektiovälineitä, AIDS-viruksen suhteen testaamattomia verituotteita saaneet potilaat sekä lapset, joiden äiti on raskauden ja synnytyksen aikana AIDS-kantaja” (Suomen Lääkärilehti 14/1986, 1335). Viimeisenä mainitaan naiset, joiden riski ”tosin on oleellisesti pienempi” (Suomen Lääkärilehti 14/1986, 1335). Homoseksuaaliset miehet ja muut heidän jälkeensä mainitut ryhmät kategorisoidaan selvästi riskiryhmiin kuuluviksi. Naisten asema ei ole luokituksessa niin selvä.

Nais- ja miespotilaat kokijoina

Nais- ja miespotilaat esiintyvät teksteissä kohteitten ja toimijoiden position lisäksi kokijoiden positiossa. Kokijoina potilaat ovat tuntevia ja kokevia subjekteja, jotka esimerkiksi surevat sairastamiseen liittyviä asioita, tai pelkäävät saaneensa tarttuvan taudin. Nais- ja miespotilaan kokijan positio esiintyy teksteissä yksilön kokemuksina ja tunteina. Kokijan positio esiintyy myös laajemmin siten, että kirjoittajat esittelevät yleisemmin miesten ja naisten sairauksiin liittämiä pelkoja, epävarmuuksia tai joitakin myönteisempiä kokemuksia.

Seuraavassa taulukossa 11. esitän, missä määrin nais- ja miespotilas sekä potilas esiintyvät teksteissä kokijan positiossa vuosina 1946–1996.

Taulukko 11. Naispotilaat, miespotilaat ja potilaat kokijoina

Tarkastelujaksot	Tekstien määrät	Naispotilas kokijana	Miespotilas kokijana	Potilas kokijana
1946–1964	43 (100%)	4 (9%)	2 (5%)	11 (26%)
1965–1982	12 (100%)	1 (8%)	1 (8%)	3 (25%)
1983–1989	35 (100%)	1 (3%)	1 (3%)	11 (31%)
1990–1996	45 (100%)	3 (7%)	5 (11%)	10 (22%)

Taulukosta 11. voi nähdä, että kokijan positio on käytössä teksteissä harvoin. Kokijan positio määrällisen tarkastelun pohjalta herää kysymys, miksi nais- ja miespotilaan sekä potilaan kokemusten ja tunteiden esittäminen on teksteissä harvinaista. Voi myös kysyä, millainen, ja miten muuttuva harvoin esitetty kokijan positio laadullisesti tarkemmin analysoituna on.

Naispotilas kokijana

Kokijan positio ei ole tutkimissani teksteissä kovin selkeärajaisesti analysoitava yksikkö. Kun kirjoittajat kuvaavat potilaan kokemuksia ja tunteita tuberkuloositeksteissä, he tekevät sen usein niin, että potilas esitetään sekä kokevana että aktiivisena toimijana. Voikin ajatella, että kokijan positiossa potilas ei ”vain” tunne. Kokijana potilas tulee toteuttaneeksi sairauden hoitoon tai sen leviämisen ehkäisyyn liittyviä asioita tietyllä tavalla. Tämä tulee esiin jo edellä naispotilaan toimijan positiota analysoimassani esimerkissä, jossa esitellään tuberkuloosia sairastavan perheenäidin toimintaa ja kokemusta sairastumisen hetkellä.

Erikoisen kohtalokkaaksi käy perheenäidin sairastuminen. Hänellä on raskas työ ja aivan säännöstelemätön työpäivä, joka häntä väsyttää ja laihduttaa ja selittää hänen alikuntoisuutensa. Hän ei katso olevan aikaa mennä lääkäriin. ”En minä sairas ole enkä sitä paitsi kuitenkaan voi itseäni hoitaa. Kuka sitten pitäisi kodista huolta?” kuulee tällaisen työllä liiaksi kuormitetun äidin marttyyrin ilmein sanovan. Tämä on kuitenkin vaarallista itsepetosta. (Terveydenhoitolehti 2/1947, 45)

Perheenäiti selittää väsymyksen kokemustaan raskaalla ja epä-säännöllisellä työllä eikä sillä, että hän on sairas. Perheenäiti ei mene lääkäriin kahdesta syystä: hän ei tunne itseään sairaaksi eikä hänellä ole siihen aikaa. Naisen vastuun tunne kodista kääntyy tuberkuloosiin sairastuttaessa vaarallisesti perheenäitiä ja kotia vastaan. Tuberkuloosia sairastava perheenäiti ei saisi ensisijaisesti tuntoa huolta kodista, vaan itsestään ja mahdollisuudesta, että hän voi tartuttaa sairauden läheisiinsä. Tällainen kokijan positio estää potilasta ja terveydenhuoltoa toimimasta ennen kuin sairauden hoito ja sen leviämisen ehkäisy on liian myöhäistä.

1970-luvulla ilmestyneessä Terveydenhoitolehden artikkelissa naispotilas esiintyy eri tavoin kokijana kuin edellisessä 1940-luvun tekstiesimerkissä⁷⁹. Tuberkuloosia sairastava äiti esiintyy tuntevana ja kokevana subjektina kertoessaan, miltä hänestä lapsen luovuttaminen lastenkotiin tuntuu.

Haikeaa äidille on myös lapsen syntymän jälkeen luovuttaa vauva heti pois, rva Mälkin tapauksessa Diakonissalaitoksen lastenkotiin hoidettavaksi. Siellä lasta pidetään vähintään kaksi kuukautta erossa äidistään, kunnes todetaan että lapselta on vaara ohi. Sitten kun äiti on taas terve, hänellä on mahdollisuus olla lapsensa kanssa. (..) –Tietenkin odotan sitä aikaa, jolloin saan olla tulevan vauvani kanssa ja perheeni yhteydessä. (Terveydenhoitolehti 7/1973, 41–42)

79. Vertailu on tässä tapauksessa ongelmallista sikäli, että se tapahtuu vain kahden esimerkin varassa.

Esimerkissä naispotilas esiintyy yksilönä, jolla on tunteita⁸⁰. Hän on haikea ja odottavalla mielellä. Kokevan subjektin position itses-täänselvyyks erotilanteessa ilmaistaan sanalla ”tietenkin”. Vastaavaa nais-potilaan esittämää näkökulmaa ei löydy 1940–60 -lukujen tuber-kuloositeksteistä. Naispotilaan kokemusta ei 1970-luvulla esitetä ne-gatiivisessa valossa, vaan siten, että tuberkuloosia sairastavalla pienen lapsen äidillä on tunteita ja tarpeita. Nykytilanne kuvataan välttä-mättömänä, jotta äidin sairaus saadaan hoidettua. Tulevaisuuden ti-lanne sitä vastoin näyttäytyy toivottavana normaalitilana, jossa yksi-lön toiveet ja tarpeet toteutuvat.

Kokijan positio ei ole välttämättä suoraan yksilön näkökulmasta esitetty, vaikka potilas olisi tekstin kirjoittaja. Vuonna 1950 ilmesty-neessä tekstissä naispotilas kuvaa yleisemmin ”parantolan hoidokkien tai potilastovereiden” kokemuksia (Terveydenhoitolehti 3/1950, 60). Kokemukset nivoutuvat osaksi kollektivistista diskurssia; kirjoittaja esittää tuberkuloosin koko kansan ongelmaksi hirviö-metäforalla. Tu-berkuloosi on ”kansakuntia heikentävä tautihirviö”, mutta ”meidän kunkin olisi vakaasti pyrittävä nujertamaan väärät ennakkoluulomme” (Terveydenhoitolehti 3/1950, 61). Tuberkuloosin voittaminen on kansalaisten yhteinen tehtävä, eikä tuberkuloosia sairastavaa yksilöä saa nujertaa. Terveiden ennakkoluulot ja pelot kuitenkin vaikeuttavat ”kovaosaisten lähimmäisten lopullista toipumista” (Terveydenhoito-lehti 3/1950, 61). Kokemukset ja tunteet, joista kirjoittaja puhuu, sijoittuvat vastakkaisiin suhteisiin. Tuberkuloosipotilaat kokevat sekä voimakkaan kielteisiä että vahvan myönteisiä asioita. Kielteiset koke-mukset liittyvät terveiden ennakkoluuloihin sairaita kohtaan. Terveil-lä on ”harhauttavia ennakkoluuloja”:

”Arvasihan sen, ettei se raukka *siitä* taudista elävänä selviä.”
Juuri tällaisen epäluulon vuoksi ei monikaan keuhkovikainen,
ei parantunutkaan, rohkene ”terveiden maailmassa” puhua sai-raudestaan, ja niin jää haitalliset, yhteisymmärrystä hidastavat
ennakkoluulot jatkuvasti rehoittamaan. (Terveydenhoitolehti
3/1950, 59)

80. Tuberkuloosia sairastavan äidin kokemusta on kuvattu eri tavoin. Ero pienestä lapsesta on äidille tuskallista, mutta se voi väsyttävässä sairauden tilassa olla myös hel-pottavaa (Jääskinen 1998, 9–18, Nenola 1986, 19).

Terveiden ennakkoluulot sairaita kohtaan ovat niin voimakkaita, että ne muodostavat rajan terveiden ja sairaiden maailman välille. Parantuneetkin potilaat joutuvat pelkäämään ja jäämään rajan taakse, sairaiden puolelle. Kirjoittaja rakentaa näiden väärin ennakkoluulujen kuvauksen rinnalle toisenlaisen näkymän.

Useimpien parantoloiden luonnonkauniit ympäristöt ovat omiaan ilahduttamaan mieltä ja houkuttelemaan myös maailman monenkirjavassa hyöriässä unohtuneiden elämänarvojen tutkiskeluun. Tällöin voi käydä niin onnellisesti että potilaan elämänkauna vaihtuu kiitokseksi sen johdosta, että sairaus on suonut mahdollisuuden lepoon ja selkeään ajatteluun. Sellaisia arkoja potilaita, jotka saapuvat ehkä hyvinkin vaatimattomista oloista, parantolaelämä totuttaa aivan huomaamatta suurempaan siisteyteen, esiintymisvarmuuteen yms., johon kotiloissa ei kenties olisi mahdollisuuttakaan. (Terveydenhoito-lehti 3/1950, 60)

Kirjoittajan tavoitteena on osoittaa lukijalle, että tuberkuloosia sairastaneen ei tarvitse hävetä sairauttaan ja parantolassa oloaan. Parantola ei ole pelkästään ”kuoleman odotushuone” (Terveydenhoito-lehti 3/1950, 60), vaan paikka, jossa voi rauhoittua, levätä ja miettiä asioita. Sairastaminen ei ole ainoastaan epätoivottava olotila, vaan tuberkuloosi voi tuoda mukanaan tärkeitä kokemuksia potilaan elämään. Parantola ei ole kolkko parantumipaikka, vaan ”päinvastoin iloisimpia, ellei iloisin” (Terveydenhoito-lehti 3/1950, 60). Parantola kuvataan esimerkissä myös kasvatustalokseksi, jossa arat potilaat oppivat taitoja, joiden omaksuminen ei kotona olisi mahdollista. Arasta potilaasta kehittyä parantolassa siisti ja itseensä luottava. Tekstissä vuorottelevat vastakohdat, joissa negatiiviset sairastamiseen liitetyt seikat pyritään osoittamaan vääriksi esittämällä tuberkuloosiparantolan myönteisiä puolia.

Myös aids-tekstissä naispotilaan kokijan positio kietoutuu toimintaan, tulevaisuuden tekojen pohdintaan. Lasten hankkiminen esitetään seuraavassa esimerkissä yksilötason kysymyksenä, vaikeana ja tuskallisena. Hiv-positiivisten etujärjestön tukihenkilönä toimiva mies

kertoo nuoresta hiv-positiivisesta naisesta, joka miettii tulevaisuuttaan:

Tämä nuori tyttö joutuu käsittelemään asioita aivan eri volyyymilla kuin minä. Esimerkiksi lapset ja lapsien hankkiminen, koko tulevaisuus, seurustelun aloittaminen, kaikki nousevat nupullaan olevan ihmisen elämässä paljon tuskallisempina kysymyksinä. (Kotilääkäri 11/1990, 44)⁸¹

Esimerkissä lapsen saaminen ja perheen perustaminen eivät ole osa kansallista rakennusprojektia, vaan yksilön harkittavissa olevia toimintoja. Hiv-positiivisen tytön tulevaisuuden suunnitelmat avautuvat sairauden mukanaan tuoman tuskan sävyttäminä. Perheen perustamisen vaikeus suhteutuu sukupuoleen siten, että haastateltu mies näkee hiv-positiivisen naisten tilanteen vaikeampana kuin hiv-positiivisten miesten. Miehellä ”ainutkaan uusi miessuhde ei ole katkenut tietoon viruksesta. Heteromiehet sen sijaan tuntuvat helposti pistävän suhteen poikki, jos nainen on tartunnan kantaja” (Kotilääkäri 11/1990, 44).

Miespotilas kokijana

Kun teksteissä käsitellään miespotilaita, jotka hoitavat sairauttaan epätoivottavalla tavalla, ei kokijan positiota esiinny. Epäsosiaalisia miespotilaita käsittelevissä teksteissä ei tuoda esiin miespotilaan tunteja tai kokemuksia, joita voisi olettaa liittyvän hoidon vastustami-

81. Lapsiperheille suunnatussa Kaks Plus lehdessä 25-vuotias nainen sanoo selkeästi hyvästit vauvahaaveille ja toteaa: ”Tiedän HIV-positiivisia naisia, jotka ovat synnyttäneet lapsen. Jotkut heistä ovat olleet vielä yksin, ilman vakituista kumppania. Välillä tuntuu, että lapsen hankkiminen on ollut jonkinlainen kosto – ei lapselle vaan ylipäänsä.” Nainen korostaa, että hänen päätöksensä lapsettomuudesta on ”selkeä ja lopullinen”. Päätökseen on vaikuttanut terveydellisten syiden ohella pelko siitä, että lapsi jäisi äidin kuoleman jälkeen yksin. Nainen esittää päätöksensä täysin omanaan siten, ettei mainitse esimerkiksi lääkäreiden ottaneen kantaa asiaan. (Riikonen, Kaks Plus 1/1993)

Riitta Kangasniemen (1995) tutkimuksessa sitä vastoin todetaan, että hiv-positiiviset naiset kokivat terveydenhoitohenkilökunnan taholta sekä tuomitsemista että rohkaisua oman päätöksen tekemiseen raskauden ja lapsen saamisen suhteen (Kangasniemi 1995, 74–75).

seen. Epäsosiaaliset miespotilaat toimivat: he tekevät ”hoitojärjestelmän vastaiskuyrityksiä” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48), eivätkä ”sopeudu parantolahoitoon” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2262). Miehet esitetään hoidon toteuttamisen kannalta ”hankalina yksilöinä, joita yritetään sietää mahdollisimman pitkälle” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48). Epäsosiaaliset miespotilaat aiheuttavat muissa potilaissa ja hoitohenkilökunnassa tunteita. ”Kunnolliset ja hoitoon asiallisesti suhtautuvat” potilaat voivat tulla hoidon suhteen epävarmoiksi ”hankalien yksilöiden esimerkin ja painostuksen” takia (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48). Henkilökunnalle epäsosiaaliset miespotilaat aiheuttavat harmia ja lisätyötä, koska ”potilaiden ryyppääminen vaikeuttaa suuresti hoitohenkilökunnan työtä” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 47).

Parantolasta omin luvin poistuvaa potilasta, joka on alkoholisti, kuitenkin ymmärretään jossain määrin: ”alkoholin saaminen on hänestä riittävä syy omin luvin poistumiseen” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2261). Hankalan miespotilaan käytös selittyy yksinkertaisesti tarpeella saada alkoholia⁸². Potilaan käyttäytymisen ymmärtäminen ei ole hoitohenkilökunnalle itsetarkoitus, vaan ymmärryksen kautta voidaan paremmin suostutella hankala potilas pysymään hoidossa. Yksi tapa hoitaa ongelmallisia miespotilaita on, että heidän hoitoon asennoitumiseensa pyritään vaikuttamaan ”kohtelemalla heitä hellemmiin” (Terveydenhoitolehti 2/1969, 48), jolloin hoito ei perustu rankaisemiseen vaan hoitoon suostutteluun. Liikaa alkoholia käyttävien miespotilaiden hoito vaatii hoitohenkilökunnalta erityistä

82. Pertti Alasuutari (1992) esittää, että siinä tavassa, miten alkoholia liikaa käyttäviin yksilöihin suhtaudutaan, on 1900-luvulla tapahtunut selviä muutoksia. Hän tuo esiin, että Suomessa alkoholismia pidettiin 1900-luvun alkupuolella yksilön harjoittamana syntinä tai rikoksena. 1950-luvulla liikaa alkoholia käyttävä yksilö oli lähinnä pahatapainen, kunnes viime vuosikymmeninä alkoholin suurkulutuksen ajatellaan olevan sairaus, josta voi parantua. Raittiusliikkeessä korostettiin 1950-luvulle asti terveellisen, luonnollisen ja myönteisen elämäntavan tärkeyttä. Hyvän elämän ideaalia tavoiteltiin kulttuurisella ja paternalistisella kasvatuksella, fyysisestä kunnosta huolehtimisella ja toimimalla lainkuuliaisena kansalaisena. 1980-luvulla raittiuden tavoittelussa alettiin korostaa yksilöllisiä arvoja, tarpeita ja päätöksiä. Yksilön katsottiin voivan päästä monin eri tavoin terveelliseen ja hyvään elämään. Alkoholin kohtuukäytön ymmärrettiin perustuvan yksilön itsekontrolliin. Paternalistiset ohjeet hävisivät raittiuskasvatuksesta, eikä alkoholismia pidetä enää synnillisinä tai pahatapaisena käytöksenä, vaan parannettavissa olevana sairautena. (Alasuutari 1992, 18–19)

asennetta, huomioida potilaiden hoitojärjestelmän vastustus ja pyrkiä voittamaan se.

Kun parantolahoidon laiminlyöntiin liitetään kokijan positio, on kyse perheellisestä potilaasta.

Vastoin lääkärin ohjeita poistui Muurolan parantolasta vuosina 1964–1966 201 tuberkuloosipotilasta, joista naisia 13 (6%) ja miehiä 188 (94%). (..) Naimisissa oli 67 (33%). (..) Naimisissa olevista kolmasosa (30%) poistui omin luvuin, joten huoli perheestä on nähtävästi ollut osittain hoidon keskeyttämisen syytä. (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2256)

Tekstissä mainitaan, että viisi parantolahoidon laiminlyöneistä potilaista oli naimisissa olevia naisia. Huolen perheestä ei kuitenkaan mainita olevan erityisesti nais- tai miespotilaiden parantolasta poistumisen taustalla. Parantolasta omin luvuin poistuneet naimisissa ja perheestään huolissaan olevat potilaat esitetään ilman mainintaa sukupuolesta. Kun on kyse liiallisesta alkoholinkäytöstä, parantolasta ilman lääkärin lupaa lähtijät ovat usein ”naimattomia tai eronneita miehiä” (Suomen Lääkärilehti 24/1971, 2259).

Yhdessä tuberkuloositekstissä kokijan positio tulee esiin, kun kuvataan sairastuneen potilaan elämäntilannetta. Siinä ”normaali” miespotilas kertoo parantola-ajastaan. Hän on huolissaan työpaikan menettämisestä ja parantolahoidon kalleudesta. Tunteet, joita sairastumiseen liittyy, ovat kuitenkin asioita, joita kirjoittaja ei halua tarkemmin lukijalle valottaa. Kirjoittaja on ”hieman odottavalla, sanoisinko pelonsekaisella mielellä”, mutta ”on turha ryhtyä selostamaan, miltä tuntuu, kun saa tietää sairastavansa tuberkuloosia” (Terveystieteiden tutkimuslaitoksen lehti 11/1958, 317). Miespotilaan ensimmäinen päivä parantolassa on täynnä uusia asioita, odotusta ja epävarmuutta. Kokemusten miettiminen on kuitenkin toisarvoista, eikä niille tule antaa liian suurta valtaa. ”Ensimmäinen päivä kallistui iltaan ja uni saapui armeliaana keskeyttäen turhanpäiväisen miettimisen” (Terveystieteiden tutkimuslaitoksen lehti 11/1958, 317). Lähdön parantolasta kirjoittaja kuvaa iloiseksi ja kertoo aloittavansa taas työt. Miespotilas on jälleen työtä tekevä kansalainen. Parantolasta lähtemisen aikaa kuvatessaan kirjoittaja kertoo syksyisestä vuoden ajasta, jota hän seuraa huoneensa ikkunasta.

Aivan kuin huomaamatta muuttuivat puiston lehdet keltaisiksi ja raju syystuuli tempoi niitä armottomasti. Eräänä aamuna kantautui kurkien tuttu ääni korkeuksista – kesä oli peruuttamattomasti takanapäin. Hevoskastanja aivan huoneeni ikkunan alla uhmasi sitkeästi talven lähestymistä, sen lehdet viheriöivät kauan senkin jälkeen, kun koivut kyyhöttivät jo alastomina. (Terveydenhoitolehti 11/1958, 318)

Esimerkkiä voi lukea potilaan kokijan position esittämisen näkökulmasta. Kirjoittaja ei kerro monisanaisesti sairauden mukanaan tuomista tunteista ja kokemuksista, mutta hän kuvaa sairastamistaan metaforisesti luontokuvauksen avulla. Potilaan viettämä aika parantolassa on ollut pitkä, mutta se on kulunut huomaamattoman nopeasti. Kun lähdön päivä lähenee, alkaa ”unohtumaton” parantola-aika peruuttamattomasti olla ohi. Hevoskastanja edustaa tekstissä potilasta itseään, joka on vielä vahva ja elinvoimainen. Potilas on uhmannut sairautta sitkeästi ja on päässyt tilanteeseen, jossa ”vihdoin koitti lähtöpäivä” (Terveydenhoitolehti 11/1958, 318).

Potilaan positioiden muutos

Luvun alussa esitin kysymyksen, onko potilas korostuneemmin yksilö vai yhteisön jäsen mitä lähemmäs nykyaikaa tullaan. Lisäksi selvitin, millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä mies- ja naispotilaiden positioinnissa tutkimissani teksteissä tutkimusjakson aikana esiintyy. Toin esiin kohteen, toimijan ja kokijan positiot, joiden kautta tarkastelin vuosina 1946–1996 esitettyjä potilaiden positioita sekä niissä tapahtuneita muutoksia.

Tulokseksi sain, että potilaan esittäminen kohteena ei ole vähentynyt tutkimusjakson aikana. Kirjoittajat tuottavat potilaalle kohteen position niin 1940- kuin 1990-luvullakin. Selitys tähän on lääketieteellisen tutkimuksen ja raportoinnin luonne. Kuten luvussa kaksi esitin, etenkin monille Suomen Lääkärilehden artikkeleille on ominaista, että potilas on tutkimuksen kohde ilman, että kirjoittaja toisi esiin potilaan mahdollisia sairautteen liittämiä tunteita ja kokemuk-

sia. Kirjoittelu tapahtuu suurelta osin lääketieteellisen repertuaarin varassa, eikä se tutkimusjakson kuluessa juuri muutu. Tautien epidemiologinen vaihe määrittää potilaan kohteena esiintymistä enemmän kuin kulttuuriset ja yhteiskunnalliset muutokset. Esimerkiksi, jos aids määrällisesti tarkasteltuna koskettaa voittopuolisesti miehiä, esiintyvät he myös naisia enemmän teksteissä kohteen positiossa.

Kun tarkastelin potilasta toimijana tai kokijana, sain selville, että nämä positiot eivät ole määrällisesti enemmän esillä teksteissä mitä lähemmäs nykyaikaa tullaan. Potilaan toimijan positio esiintyy tosin kolmella viimeisellä tarkastelujaksolla useammin kuin vuosina 1946–64. Mies- ja naispotilaan toimijan position määrällistä lisääntymistä ei kuitenkaan tapahtunut lukuun ottamatta miespotilaan toimijana esiintymisen korostumista vuosina 1983–1989. Tätä selitti kyseessä olevana aikana aids-potilaiden miesvaltaisuus.

Muutokset tulivat esiin myös tarkemman kokijan position analyysin kautta. Määrällisesti tarkasteltuna kokijan positio on harvoin käytössä koko tutkimusjakson aikana. Laadullisia muutoksia on kuitenkin havaittavissa vähän käytetyn kokijan position esittämisen tavoissa. Kuten toimijanakin, potilas on kokijana vuosien 1946–1964 teksteissä lähinnä epätoivottavassa positiossa. Hän kokee terveydenhoidon ja sairauden leviämisen kannalta sairauden oireet väärin, eikä mene ajoissa hoidattamaan ja tutkituttamaan itseään. Toisella tarkastelujaksolla toimijan ja kokijan positiossa on tapahtunut muutos, mikä näkyy potilaan vastuullisempänä ja itsenäisempänä esiintymisenä tutkimusjakson jälkipuoliskon teksteissä. Potilas on niin halutessaan itsenäisiin päätöksiin ja oman hoitonsa loppuun vievä yksilö. Kokijana potilas ei ole vain asiantuntijoiden arvioiden kohde, vaan hän esittää myös omia tunteitaan ja tarpeitaan. Ensimmäisellä tarkastelujaksolla, kun sairaus esitetään koko kansan uhkana, potilas on lähinnä ohjailun ja kasvatuksen tarpeessa oleva kansalainen. Riskin aikakaudella potilaan ajatellaan osaavan itse kontrolloida toimintaansa. Koska terveydenhoitojärjestelmää ja koko hyvinvointiyhteiskuntaa koskevia päätöksiä tehdään entistä enemmän asiakkaiden ja potilaiden ehdoilla, heidän toimijuuttaan ja osallisuuttaan kunnioittaen, on luonnollista että pohdinta potilaista kokijoina lisääntyy. Hämmästyttävää edellä esiin tulleen perusteella kuitenkin on, miten pientä tämä muutos on.

Teksteissä esiintyvät potilaiden positiot kertovat myös hoitokäytännöistä, joissa tuberkuloosi- ja aids-potilaat ovat osallisina. On olemassa tietoa ja myös kokemusta siitä, että sairaus tarttuu esimerkiksi äidistä lapseen. Tieto tartuntatavasta on pohjana sille, miksi hoitokäytännöt organisoidaan tietynlaisiksi. Hoitokäytännöt puolestaan edellyttävät toimiakseen niitä vastaavia subjekti-positioita.

1950-luku oli Suomessa voimakasta sairaalarakentamisen aikaa (Karisto & Takala 1990, 194). Sairaalat, kuten myös tuberkuloosiparantolat, rakennettiin suuriksi ja tehokkaiksi yksiköiksi. Tuberkuloosin hoidossa keskeistä oli eristykseen perustuva parantolahoito, jossa terveydenhoitohenkilökunnan ja potilaiden asemat olivat hierarkkisesti määräytyneitä. Hierarkkisesti ja tehokkaasti toimiva parantola tarvitsi kilttejä ja yhteisön sääntöjä noudattavia potilaita.

Terveystutkimuksessa, kuten muillakin yhteiskuntaelämän alueilla, kriittisyys valtasi alaa 1960-luvulla. Nuoria lääkäreitä ja terveyskysymyksistä kiinnostuneita yhteiskuntatieteilijöitä lähti mukaan Marraskuun liikkeeseen, joka ajoi mielisairaiden, alkoholistien ja vankien asioita. Radikaalit lääkärit ja yhteiskuntatieteilijät kritisoivat perinteistä lääketiedettä, jossa he näkivät liiallista pysähtyneisyyttä ja konservatiivisuutta. (Karisto & Rahkonen 2000, 39) Esimerkiksi Klaus Mäkelän (1963) mukaan huoltolaitosten hoitoidelogiat olivat valheellisia. Vankiloita muistuttaviin sairaaloihin eristettiin ihmisiä ”hoidollisten premissien” perusteella, vaikka se ei aina sairauden hoitamisen vuoksi olisi ollut välttämätöntä. Tuberkuloosilain mukaan potilas voitiin sijoittaa parantolaan ”vaikka se hänen tautinsa hoitamista varten ei muutoin olisikaan tarpeellista”. Sama päti muihin tarttuviin tauteihin, kuten sukupuolitauteihin. Hoitamisessa pyrittiin fyysisen vaivan parantamisen lisäksi muokkaamaan asiasiallisista yksilöistä yhteiskuntakelpoisia kansalaisia. (Mäkelä 1963, 44, 52–57)

On kuitenkin huomattava, että kriittiset näkemykset olivat yhteiskuntatieteilijöiden ja kriittisten lääkäreiden esittämiä. 1960-luvulla esitetty hoitojärjestelmien kritiikki ei siis kerro Terveystieteiden ja Suomen Lääkärilehden kirjoittajien potilaan positioiden tuottamisen muutoksesta, joka edellä esitetyn valossa ei radikaalisti muuttunut.

Tekstianalyysistani kävi kuitenkin ilmi, että potilaan negatiivinen toiminta sairauden hoitamisen ja sen leviämisen ehkäisemisen suhteen ei enää 1960-luvulla merkinnyt sitä, että hoitoa laiminlyövä potilas pitäisi eristää suljettuun laitokseen. Potilas alettiin entistä korostuneemmin nähdä yksilönä, joka voi – jos vain haluaa – ottaa vastuun sairautensa hoidosta ja sitä kautta tervehtyä.

Tässä tilanteessa kiinnitettiin huomiota avohoitopalvelujen riittä-mättömyyteen ja avohoitoa alettiin hitaasti edeten kehittämään (Ka-risto & Takala 1990, 194). Tavoitteena pidettiin sellaista avohoidon käytäntöä, ”jossa yhdistyvät sairaalan tehokkuus ja kodin vapaus” (Terveydenhoitolehti 2/1970, 14). Suurissa laitoksissa tapahtuvaa hoitoa ei pidetty aina tarpeellisena, mutta samalla korostettiin ettei kotihoidossa saa ottaa ”minkäänlaista riskiä” (Terveydenhoitolehti 2/1970, 14).

1980-luvulla, aidsin ilmaantumisen alkuvuosina, aids-potilaiden eristämisestä omiin ”aids-parantoloihin” ei keskustella teksteissä lainkaan. Nyky-yhteiskunnassa aidsin hoito tapahtuu mahdollisimman pitkään potilaan kotona. Avohoidon tavoitteena pidetään hyvää ja inhimillistä suhdetta potilaan ja lääkärin välillä (Karisto & Takala 1990, 195). Kotihoito merkitsee sitä, että potilaan on omaksuttava toimijan positio, johon kuuluu itsenäinen sairauden hoitaminen ja tartunnan leviämisen ehkäiseminen.

Aids-potilaan hoito ja tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen. Potilaalla on Suomessa lakiin perustuva oikeus kieltäytyä testistä eikä potilaaseen voida sairauden perusteella kohdistaa pakkotoimia, kuten eristämistä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/782, Tartunta-tautilaki 1986/583). Aidsia tahallaan levittävät potilaat tuomitaan rikosoikeudellisin perustein (Matikkala 1995).

Edellisiin huomioihin täytyy vielä lisätä, että kun potilaan yksilöllistymistä tarkastelee sukupuolen kautta, voi väittää ettei nais- ja miespotilas ole nykyään korostetummin yksilö verrattuna sodanjälkeisiin vuosikymmeniin. Vuosien 1946–64 tuberkuloositeksteissä esiintyy värikäs henkilögalleria, johon kuuluu väsynyt ja sairas äiti, holtiton mies ja erilaisissa työtehtävissä toimivia kansakunnan rakentajia. Samalla kun korostetaan voimakasta yhteisöllisyyttä, painotetaan myös yksilön merkityksellistä panosta terveen ja toimintakykyisen

yhteisön luomisessa. 1980- ja 1990-lukujen aids-tekstien väestöä ja sen riskejä korostavassa yhteisöllisyydessä yksilö näyttäytyy aiempien vuosikymmenten teksteihin verrattuna voittopuolisesti ilman sukupuoleen sidottuja toiminnan tapoja ja miesten tai naisten työasemia. Nais- ja miespotilaat eivät ole kovin korostetusti erilaisia toimijoita, vaan sukupuolettomia tutkimuksen ja hoidon kohteita. Yksilö on sairauden leviämisen kannalta parhaimmillaan itsekontrollin omaksumun rationaalinen toimija, mutta usein vailla erilaisia sukupuoleen yhdistettyjä toiminnan tapoja tai luonteenpiirteitä.

Nais- ja miespotilaan toimijan ja kohteen positiota huomionarvoisempaa potilaan yksilöllisyyden nousua ajatellen on kuitenkin potilaan kokijan positiossa tapahtunut muutos. Nais- ja miespotilas on tutkimusjakson loppua kohden tullessa kokijana korostetummin yksilö kuin ennen. Potilaalla on ”lupa” tuntea, kokea ja tarvita asioita. Tämä on vuosiin 1946–1964 verrattuna vapaamielisempi kokijan positio, ja se näkyy esimerkiksi siinä potilaisiin suhtautumisen tavassa, minkä hoitohenkilökunnalla esitetään olevan. Hankalaakin miespotilasta on hoitohenkilökunnan syytä ymmärtää eikä tuomita, jotta sairauden hoito onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Toisin sanoen myös hoitohenkilökunnan on tärkeää omaksua potilaita ymmärtävä kokijan positio.

Kaiken kaikkiaan potilaan yksilöllisyyden voimakasta nousua ei ole nähtävissä tuberkuloosia ja aidsia käsittelevissä teksteissä. Luvun alussa esittämäni Armstrongin (1984) ajatus potilaan siirtymisestä objektista subjektiksi ei siis näytä tuberkuloosi- ja aids-teksteissä selvästi toteutuvan. Potilas kyllä kuvataan kyvykkääksi itsekontrolliin ja hänellä on jossain määrin ”lupa” ilmaista sairauteen liittyviä tunteita. Tämä ei vielä tarkoita yhteisön vaatimusten ja rajojen katoamista. Voi ajatella niin, että yhteisö on yksilössä nykyään eri tavoin kuin ennen. Yksilö on sisäistänyt yhteisön vaatimukset ja ottaa ne huomioon tarjotuista hienovaraisistakin vihjeistä siten, ettei niitä nykyisin tarvitse enää sodanjälkeiseen aikaan verrattuna osoittaa kansalaiselle niin suoraan. Tarttuvia tauteja, kuten aidsia, koskevassa valistustyössä tästä seuraa kuitenkin ongelma. Kun kansalaisia ei enää yksityiskohtaisin ohjein valisteta, muuttuu terveystiedon valistus kaikille, riskiryhmiin kuuluville tai koko väestölle, osoitetuksi informaatioksi.

”Kaikkia” koskeva tieto ei välttämättä tavoita yksilöitä, vaan jää etäiseksi uhaksi jonnekin monenkirjavan arjen ulottumattomiin.

7. Yhteenvedo ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää, miten tuberkuloosista ja aidsista on kirjoitettu terveydenhoitoalan lehdissä vuosina 1946–1996. Kyse on ollut teksteissä esiintyvien kulttuuristen merkitysten etsimisestä. Työssä olen analysoinut erilaisia diskursseja, repertuaareja, metaforia ja toimijoiden paikkoja teksteissä. Tätä kautta on ollut mahdollista päästä selville siitä, että tuberkuloosia ja aidsia koskeva kirjoittelu ei rajoitu ”puhtaaseen” lääketieteeseen. Teksteistä on löydettävissä monia erilaisia kirjoittamisen ja toimijoiden kuvaamisen tapoja.

Lähdin tutkimuksen alussa liikkeelle suhteuttamalla tuberkuloosista ja aidsista käytyä keskustelua tilan, rajan ja ajan käsitteisiin. Totesin tuberkuloosin ja aidsin olevan osin erilaisia sairauksia eristämisen ja työkyvyn suhteen. Tuberkuloosin hoito on perustunut potilaiden eristämiseen muusta yhteiskunnasta, mihin heidät on pyritty palauttamaan työkykyisinä kansalaisina. Aidsin kohdalla sitä vastoin ei korosteta, että potilaat pitäisi eristää määräajaksi aidsin hoitoon tarkoitettuihin tiloihin. Kehon suojaus on eristämisen kohde; viruksen siirtymistä kehosta toiseen pyritään estämään. Ajan suhteen sairaudet voivat olla mielivaltaisia. Ne saattavat ilmaantua arvoituksellisuina ja odottamattomina ilmiöinä. Esimerkiksi aids pyrittiin heti muuntamaan ymmärrettäväksi ja osin ennustettavaksi tutkimalla, missä sairautta esiintyy nyt, ja millaisiin tautilukuihin on syytä varautua tulevaisuudessa.

Luvussa kolme analysoin tekstien kirjoittajien erilaisia tapoja kirjoittaa tuberkuloosista ja aidsista. Analyysissa kävi ilmi, että aineistosta tulkituista repertuaareista yleisemmin käytössä oleva tapa kir-

joittaa on tukeutua lääketieteellisen, tavoitteellisen ja käytännöllisen repertuaariin. Terveydenhuoltohenkilökunta esiintyy näissä repertuaareissa lähinnä tietäjän ja aktiivisen toimijan positioissa. Lääketieteellistä, tavoitteellista ja käytännöllistä repertuaaria esiintyy teksteissä eniten, eikä niiden esiintymismäärät juuri muutu tutkimusjakson aikana. Sen sijaan psykologisen ja maallikkorepertuaarin esiintymisessä oli havaittavissa sekä lehtien välisiä että kahden sairauden välisiä eroja. Tuberkuloositeksteissä maallikkorepertuaarin käyttö vähenee, kun lukijoita ei enää ole tarpeen motivoida laajamittaiseen tuberkuloosin vastaiseen toimintaan. Vastaavasti Suomen Lääkärilehden aids-teksteissä psykologisen ja maallikkorepertuaarin käyttö lisääntyy 1990-luvulla. Tulkitsin tämän johtuvan siitä, että terveydenhuollon työntekijöiden on tarpeen lisätä ymmärrystä aids-potilaiden tunteita ja kokemuksia kohtaan. Potilas on tunteva ja kokeva toimija. Yksilöä lähelle tulevia repertuaareja tarvitaan tilanteessa, jossa lääketieteellistä tietoa itse sairaudesta on jo runsaasti saatavilla.

Metaforia käsittelevässä luvussa erotin viisi metaforatyyppiä; sota-, luonto-, rikos-, matka- ja näytelmämetaforat. Tarkemmin analysoin sotametaforia ja erotin kaksi tapaa käyttää niitä. Nimesin metaforat mikro- ja makrotason sotametaforiksi. Viimeksi mainittujen tehtävänä on pyrkiä vakuuttamaan lukija sairauden vastaisen toiminnan tärkeydestä. Niillä kutsutaan toimijoita mukaan yhteiseen sairauden vastaiseen ”taisteluun”. Mikrotason sotametaforilla kuvataan ensisijaisesti sairauden tai sairautta aiheuttavan mikrobin tapaa toimia. Esimerkiksi metaforia käyttämällä virukselle rakennetaan luonteenpiirteet ja se nimetään ”nerokkaaksi vastustajaksi”. Luvun keskeinen tulos oli, että sotametaforat eivät esiinny tutkimusjakson aikana taasaisesti. Tuberkuloositeksteissä makrotason metaforat eivät ole juurikaan käytössä 1960-luvun loppupuolella, kun tuberkuloosi on muuttunut aiempaa vähemmän merkitykselliseksi ongelmaksi. Aids-tekstien sotametafora-analysissä kävi ilmi, että 1980-luvulla mikrotason sotametaforia käyttämällä rakennetaan sairaudelle luonteenpiirteet. Myöhemmin, kun tietoa on kertynyt aidsista enemmän, alkaa myös makrotason metaforia esiintyä teksteissä enemmän. Toisin kuin 1940- ja 50-luvun tuberkuloositeksteissä, eri tahoja ei kutsuta enää mukaan ”kansalliseen taisteluun”, vaan aidsin vastaiseen ”torjuntaan”.

Sairautta, yhteisöä ja yksilöä käsittelevässä luvussa erotin kaksi tapaa kirjoittaa sairauksista: kollektivistisen ja individualistisen diskurssin. Erittelin luvussa tarkemmin kollektivistista diskurssia ja sain selville, että metaforisesti sävyttynyt kansakuntaa koskeva puhe vähenee olennaisesti tutkimusjakson aikana. Kansaa koskevan painotuksen rinnalle alkaa 1960-luvulla nousta vähemmän metaforisesti väritynyt väestöpuhe. Siinä ei käytetä väestöä retorisenä keinona, kun halutaan sanoa, mitä sairauksien leviämisen ehkäisemiseksi pitäisi tehdä. Tulkitsin väestöpuheen korostumisen ja kansapuheen vähenemisen kertovan siitä, että nykyään ei enää vedota samalla tavoin kansalaisten yhteishenkeen kuin ennen. Erilaisten riskien hallitsemassa maailmassa on edellistä olennaisempaa osoittaa yksilöille, että riskien mahdollisuus olisi tiedostettava ja otettava toiminnassa huomioon.

Viimeisessä sisältöluvussa tarkastelin potilasta toimijana, kohteena ja kokijana. Analyysissa kävi ilmi, että eniten potilas esiintyy teksteissä kohteen positiossa. Tulkitsin tämän johtuvan ensisijaisesti lääketieteellisen kirjoitustavan luonteesta. Sairauksista kirjoitettaessa tukeudutaan suurelta osin lääketieteelliseen repertuaariin. Etenkin Suomen Lääkärilehdelle on ominaista, että potilas esitetään lähinnä lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon kohteena. Osin potilaan esiintymistä kohteena teksteissä määrittää sairauksien epidemiologinen tilanne. Tämä tuli esiin mies- ja naispotilaiden kohteen position välisessä vertailussa. 1980-luvulla, kun aids-potilaista suurin osa oli miehiä, myös miespotilas on teksteissä naispotilasta useammin tutkimuksen ja hoidon kohteena. Sama asia tuli esiin toimijan positiota käsittelevässä analyysissä: 1980-luvun aids-teksteissä miespotilas esiintyy naispotilasta useammin toimijana. Vähiten teksteissä on käytössä potilaan kokijan positio. Vaikka potilas esitetään 1960-luvun puolenvälin jälkeen ilmestyneissä teksteissä entistä myönteisemmässä valossa ja itsenäisiin päätöksiin kykenevänä yksilönä, ei potilaiden tunteiden ja kokemusten esittäminen teksteissä määrällisesti lisääntynyt. Riskin aikakaudella potilaan ajatellaan osaavan itse kontrolloida toimintaansa ja hänen kokemuksensa otetaan hoitokäytännöissä huomioon. Tästä huolimatta pohdinta potilaista kokijoina on hämmästyttävän vähäistä.

Vastuu ja rationaalisuus

Yksi tutkimuksen keskeinen johtopäätös on, että tutkimusaineistossa sairauksista puhuttaessa on siirrytty moraalisia ja kansaa kohtaan velvollisuudentuntoisia toimijoita korostavasta puhetavasta yksilön rationaalisuutta ja omakohtaista harkintaa korostavaan diskurssiin. Yksilölle ei tuotettu 1970–90-lukujen teksteissä samanlaisia moraalisia velvoitteita yhtenäiseksi kuvatun kansan suhteen kuin 1940–60-lukujen teksteissä.

Merkitykset ovat sidoksissa siihen yhteisöön, jossa niitä tuotetaan (Sulkunen 1987, 102). 1940- ja 50-luvun tuberkuloositekstit on julkaistu aikana, jolloin sairauksista ja monista muistakin ilmiöistä puhuttiin kansallisvaltiollisessa kontekstissa (esim. Piispa 1997, 159; Valkonen 2001, 97). Näin ollen tuberkuloosin vastainen toiminta merkityksellistettiin koko kansan asiaksi. Aidsin aikakaudella korostuu yksilön vastuu, mikä ei kuitenkaan tarkoita yhteisön katoamista. Yksilön suhde yhteisöön on muuttunut. Yksilö ei ole niinkään kuuliainen ja oppilaan asemassa oleva kansalainen, vaan jo hankittuja ja yhteisöltä omaksuttavissa olevia resursseja hyväkseen käyttävä autonominen toimija.

Edellä kuvattu muutos ei näy yksiselitteisenä ja suoraviivaisena siirtymänä teksteissä. Ei voi esimerkiksi sanoa, ettei yksilön ohjailua tulisi esiin lainkaan uudemmissa teksteissä. Lisäksi kyse on lehtien välisistä eroista. Suomen Lääkärilehti on sitoutuneempi lääketieteellisen viestinnän esitystapoihin kuin Terveystieteiden ja terveyskasvatustieteiden lehti/Kotilääkäri, joka on suunnattu ensisijaisesti maallikkoyleisölle. Suomen Lääkäri-lehden esitystavat ovat muuttuneet esimerkiksi potilaan position esittämisen suhteen vähän. Potilaan kohteen position tuottaminen ei juuri muuttunut tutkimusjakson aikana.

Yhteistä useimmille teksteille on, että niissä esitetään tartuntatautien hoidon ja niiden leviämisen estämisen nivoutuvan yksilön vastuulliseen toimintaan. Vastuuta kannetaan kuitenkin eri aikoina hieman eri asioista. Sodanjälkeisen ajan yksilö toimi ensisijaisesti vastuullisesti suhteessa toisiin: perheenjäseniin, lähiympäristön ihmisiin ja kansaan. Yksilön vastuullisen toiminnan lähtökohta oli ensisijaisemmin toisissa kuin hänessä itsessään. 1960-luvulla vastuul-

lisuuden paikka alkoi muuttua. Vastuullisen toiminnan lähtökohta siirtyi entistä korostuneemmin yksilöön, joka hoitamalla itseään ottaa myös huomioon toiset. Näin ollen voi ajatella, että muutos ei kerro yhteisöllisyyden häviämisestä, vaan yksilön paikan siirtymisestä auktoriteettien alta keskinäisriippuvuuteen (Giddens 1996, 149). Ylhäältä alaspäin suuntautuvien normatiivisten terveysvalistusohjeiden sijasta on tärkeämpää tarjota tietoa, jota voi itsenäisesti soveltaa erilaisissa elämäntilanteissa. Aiempaan verrattuna terveysvalistuksessa vedotaan yhteisiä normeja enemmän yksilöllisiin hyötyihin ja haittoihin (Kangas & Karvonen 2000, 180).

Kirjoittajien repertuaareja käsittelevässä luvussa toin esiin, että yksi syy teksteissä esiintyviin erilaisiin näkökulmiin on terveydenhoitohenkilökunnan työhön sovellettavan tiedon tarve. Sairauksista ei voi kirjoittaa vain yhden näkökulman, ”puhtaan” lääketieteen, varassa. Esimerkiksi lääkärit tarvitsevat työssään myös psykologista ja maallikon näkökulmaa, jotta he kykenevät hoitamaan potilaitaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Sen korostaminen, että vastuullisen toiminnan lähtökohta on yksilössä, on ristiriitainen tuloksen kanssa, joka tuli esiin potilaiden positioita käsittelevässä luvussa. 1980- ja 90-luvun potilas ei ole sodanjälkeisten vuosikymmenten potilaaseen verrattuna merkittävästi yksilöllisempi toimija. Potilas esitetään aids-teksteissä harvoin kokevana ja tuntevana toimijana. Näiden tulosten perusteella voikin kysyä, onko niin, että varsinkin lähinnä lääkäreille suunnatuissa teksteissä tuodaan esiin lääkärin ammattitaitoon kuuluvaa psykologista puolta varsinkin, jos sairauden epidemiologinen levinneisyys antaa siihen aiheutta. Yksittäistä potilasta ei kuitenkaan kuvata kuin satunnaisesti tuntevana ja kokevana subjektina, jolloin kuva potilaasta muodostuu ensisijaisesti siitä, miten potilas esiintyy teksteissä kohteen positiossa. Auki jääkin kysymys, miksi ammatillista psykologista tietämystä korostetaan, vaikka potilaan kokemus jää vähälle huomiolle.

Potilaan kohteen position korostumisesta huolimatta teksteissä on kuitenkin havaittavissa laadullinen muutos. Potilas on Terveydenhoitolehden teksteissä 1970-luvulle tultaessa tunteva ja kokeva subjekti, joka tilittää sairauteen nivoutuvia yksilöllisiä kokemuksiaan. Aiemmissakin teksteissä edellinen ulottuvuus on läsnä, mutta se tulee esiin

lähinnä negatiivisten esimerkkien tai yhteisöllisten kokemusten kautta. Tekstien autoritaarinen juonne alkaa muuntua antiautoritaarisuudeksi. Yksilö ei ole enää auktoriteettien ohjailun alainen, vaan oman elämänsä ja sairautensa haltuun ottava ja autonominen toimija. Kuten edellä toin esiin, potilaan kokijan positio esiintyy teksteissä kuitenkin marginaalisena. Tämä on ristiriidassa nykysuuntauksen kanssa, jolle on ominaista, että passiivisen potilaan roolin omaksumisen sijasta ihmiset pyrkivät ottamaan oman tilanteensa haltuun (Lillrank & Seppälä 2000, 118).

Useat tulokset toivat esiin, että eräät teksteissä vuosina 1946–1996 tapahtuneet muutokset ovat yhteydessä sairauksien epidemiologiseen tilanteeseen. Esimerkiksi, kun tuberkuloosi ei 1960-luvulle tultaessa ollut enää aiempiin vuosiin verrattuna yhtä vakava ja laajalle levinnyt kansantauti, vähenee myös kirjoittajien maallikkorepertuaarin käyttö (luku 3). Koko kansaa ei enää tarvinnut motivoida toimimaan tuberkuloosin vähentämisen puolesta. Sama asia näkyy potilaista kirjoittamisen tavoissa. Kun aids koskettaa 1980-luvulla lähinnä mieshomoseksuaaleja, ovat miespotilaat naispotilaita vilkkaamman kirjoittelun kohteena. Mieshomoseksuaalit määritellään naispotilaita ensisijaisemmiksi riskiryhmien jäseniksi, jolloin riskistä puhuminen antaa sairautta koskevan todellisuuden järjestämiselle muodon (ks. Helén 2001, 104). Tiettyyn ryhmään kuuluminen on riski, joka määritetty epidemiologisesti. Samalla se viittaa lisääntyneeseen riskiin sairastua, jos potilas kuuluu tiettyyn väestöryhmään. (emt.)

Taudin esiintymisen runsaus tai vähäisyys ei ole kuitenkaan tyhjentävä selitys, sillä teksteissä on havaittavissa elementtejä, jotka ovat kulttuurisessa mielessä muuttuneet. Tämä muutos näkyy erityisesti sellaisissa artikkeleissa ja tekstikohdissa, joita voi pitää terveysvalistuksellisina ja siten voimakkaasti tavoitteita esiin tuovina kirjoituksina. Kuten sairautta, yhteisöä ja yksilöä käsittelevässä luvussa esitin, sodanjälkeisten vuosien teksteissä esitetään ohjeita koko kansalle, kunnes sairauksista tiedottaminen alkaa 1960-luvulla muuttua väestölle ja riskiryhmille osoitetuksi informaatioksi. Kansakuntaa painottavissa teksteissä on havaittavissa retorinen kutsu yhteiseen taisteluun sairauden voittamiseksi. Väestöä korostavissa teksteissä sitä ei enää ole. Erottamani kolmen kulttuurisen kauden aikana puhe yhteis-

vastuullisesta kansatoimijasta muuttuu väestöpuheeksi. Kansan muuttumisen teksteissä väestöksi tulkitsin nivoutuvan esitystapaan, jossa kansaa ei pidetä enää ohjailtavana yksikkönä. Sen sijaan puhutaan väestöstä, johon kuuluu informaatiota omaksumaan ja omaa toimintaansa itsenäisesti ohjaamaan kykeneviä yksilöitä. Kansakuntaa ja sen uhkia korostavasta diskursista on siirrytty väestöpuheeseen, jota sävyttää painotukset sairauksien globaalisuudesta ja yksilön ottamista riskeistä. Vastuu sairauksien ennaltaehkäisystä ja hoidosta näyttää siirtyneen enenevässä määrin yksilölle, joka voi valita, ottaako hän toiminnassaan riskejä vai välttääkö niitä.

Vaikka yksilön kykenevyys itseohjautuvuuteen korostuu teksteissä 1970-luvulta alkaen, ei tämä merkitse, että aiemmin ilmestyneissä teksteissä olisi jotenkin ”vähemmän” yksilöitä. Kuten potilaiden positioita käsittelevässä luvussa esitin, yksilö tyyppinä on värikkäästi esitetty henkilö sodanjälkeisissä kansakunnan yhteisyyttä korostavissa teksteissä. Uudemmissa teksteissä yksilö esiintyy autonomisena ja rationaalisenä toimijana, mutta usein ilman yksityiskohtaisesti kuvattuja toiminnan tapoja tai luonteenpiirteitä. Kyse ei kuitenkaan ole sodanjälkeisen ajan irrationaalisuuteen taipuvan yksilön ja 1980–90-luvun rationaalisemman yksilön vastakkainasettelusta. Erilaisia rationaliteetin muotoja on useita.

Edellisen pohjalta voi nimittäin ajatella, että tuberkuloosi- ja aids-tekstien potilaiden positioiden esittämisen tapaan kietoutuu erilaisia kilpailevia rationaliteetin muotoja. Näin ajatellen kahden ensimmäisen tarkastelujakson yksilö ei ole sen vähemmän rationaalinen kuin kahden viimeisen tarkastelujaksonkaan yksilö. Kyse on sairauden kontekstista ja kirjoittajan näkökulmasta: kun esimerkiksi lääkärikirjoittaja moittii perheenäitiä siitä, että tämä ei hoida sairauttaan, ei 1950-luvun yksilöä silti voi pitää epärationaalisenä (vrt. Apo 1996). Perheenäiti hoitaa hänelle kuuluvia velvollisuuksia. Sairauden kontekstissa ja lääkärin näkökulmasta perheenäiti on kuitenkin epärationaalinen lykätessään tuberkuloosin hoidon aloittamista. Samaa voi sanoa liikaa alkoholia nauttivasta miespotilaasta. Tyydyttääkseen juomisen tarpeen, tulee hänen taata alkoholin saanti ensin ja hoitaa sairauttaan vasta toissijaisesti. Sairauden hoitamisen kannalta tämä on tietenkin epärationaalista.

Aidsin yhteydessä tämä sama ilmenee niin, että esimerkiksi nuoren seksuaalisuuteen tutustumisen kannalta on rationaalista vaihtaa seksipartneria. Hiv:n leviämisen riskin suhteen tällainen toiminta on epärationaalista. On kuitenkin tilanteita, joissa yksilön ”parhaat” eivät ole sopusoinnussa keskenään (Weckroth 1988, 23). Yksilölle voi joskus olla ”välttämätöntä” toimia riskialttiilla tavalla, mistä saattaa olla sekä positiivisia että negatiivisia seurauksia hänelle itselleen ja sille yhteisölle, jossa hän elää.

Tutkimissani lehdissä ei kiteydy vain se, millaista potilasta on pidetty vuosina 1946–1996 vastuullisena toimijana. Teksteissä korostuu myös suomalaisen lääkärin paikka, arvot ja ammatin harjoittamisen tavoitteet (vrt. Virtanen 2001, 87). Lääkärille osoitetaan teksteissä vastuuta hoitamiensa potilaita kohtaan. Lääkäri tuntee vastuuta tulevaisuudesta; uusista sukupolvista ja ylipäätään koko elämän jatkuvuuden ylläpidosta. Sodanjälkeisten vuosikymmenten lääkärillä oli erityistä kasvatusvastuuta, mikä näkyy teksteissä potilaiden ohjailuna ja suorien terveysvalistusohjeiden antamisena. Uudemmissa teksteissä tämä kasvatusvastuu ei kokonaan häviä, mutta se muuttuu suorien käskyjen antamisesta hienovaraisemmaksi potilaiden ohjailuksi, johon sisältyy lähinnä informaation jakamista. Lääkärin vastuuseen kuuluu, että hän jakaa informaatiota, jonka yksilöt voivat omaksua ja soveltaa elämänsä käytäntöihin. Nyky-yhteiskunnassa yksilöllä on oltava tietoa, jotta hän voi valita, miten olla ja toimia (Giddens 1996, 107). Lääkärin tarjoama informaatio toimii välineenä, jonka avulla yksilö voi arvioida erilaisia elämään sisältyviä riskejä.

Vaarat ja riskit

Kaksi käsitettä, joiden esiintymisessä tutkimissani teksteissä on havaittavissa selvä muutos, ovat vaaran ja riskin käsitteet. Tuberkuloosista puhutaan 1940-50-lukujen tutkimusaineiston teksteissä koko kansan vaarana. Tuberkuloosi on uhka, joka kohdistuu perheisiin, kansaan ja sen kansalaisten työkykyyn. 1960-luvun lopulla teksteissä aletaan käyttää ”tuberkuloositartunnan riskin” käsitettä (Suomen Lääkäri-lehti 3/1968, 168). Aids-teksteissä riskeistä ja riskiryhmistä puhu-

minen on yleistä, riskeistä puhutaan lähes kaikissa aidsia käsittelevissä teksteissä. Sama pätee 1980- ja 1990-luvun tuberkuloositeksteihin.

Mistä vaaran käsitteen väistyminen riskin tieltä kertoo? Yksi selitys asialle on, että riskiin liittyy selvemmin ihmisen tietoinen valinnan mahdollisuus kuin uhkaan tai vaaraan. Riski on jotain, minkä ihminen voi ottaa tai jättää ottamatta. Yksilön elämä on täynnä erilaisia riskejä. Aidsin suhteen riskit liittyvät erityisesti yksilön seksuaalikäyttäytymiseen, ja on ihmisen omassa vallassa valitseeko hän riskijä sisältävän toimintatavan. Uhka ja vaara ovat väijäämättömpiä ilmiöitä, ne ilmestyvät ihmisten eteen kohtalokkaammin kuin riski. Yksilö ei valitse uhkaa tai vaaraa ja niitä on riskeihin verrattuna vaikeampi ohittaa. Uhka ja vaara koskettavat koko yhteisöä, kun vastaavasti riski on ensisijaisesti yksilön valittavissa. Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että uhka ja vaara olisivat yksittäisistä henkilöistä erillään (Douglas 2000, 161). Yksilö voi käyttäytymisellään olla vaaraksi muille. Yhteisön kannalta epätoivottavalla tavalla käyttäytyvät yksilöt muodostavat vaaran. Ero vaaran ja riskin välillä on siis lähinnä siinä, että vaarasta ja uhkasta kirjoitettaessa ensisijaisena lähtökohtana on yksilön sijaan yhteisön etu.

Vaikka riskidiskurssi rakentuu yksilön vastuun korostukselle, nivoutuu siihen ajatus yhdenmukaisesta yhteisöllisyydestä. Esimerkiksi kun homoseksuaalien katsotaan kuuluvan aidsin riskiryhmään, tullaan samalla lausutuksi oletus, että kaikki homoseksuaalit ottavat riskejä seksuaalikäyttäytymisessään. Homoseksuaaleilla olisi siis seksuaalisuutta koskevia yhteisiä merkityksiä ja käytäntöjä. Näin varmaan onkin, mutta yksipuolinen riskiryhmien olemassaolon korostus aiheuttaa sen, että erilaisuus häviää ja jähmettyy yhdenmukaisiksi oletetuiksi käytännöiksi. Siitä tulee yhteisöllisyyttä, joka ei puhuttele yksilöitä.

Puhetta yksilön riskeistä voi myös sikäli pitää harhaanjohtavana, että aina riskejä ei ole mahdollista välttää. Riskin ottaminen on valinta, mutta yksilöllä ei ole välttämättä käytössään useita vaihtoehtoja (Gronow 2000, 212). Esimerkiksi pieni lapsi ei voi valita, ottaako hän elämässään aidsia koskevia riskejä vai ei. Aidsia käsittelevissä teksteissä ei tuodakaan riskin käsitettä tässä mielessä esiin muuten kuin aikuisten toiminnan kuvauksissa. Tutkimuksen viimeisessä luvussa

toinkin esiin, että riskin käsitettä käytetään teksteissä vaihdellen monissa eri yhteyksissä. Yksilö voi toimijana ottaa riskejä. Riski on myös laskennallinen määre, jolla osoitetaan taudin leviämisen todennäköisyyksiä. Riskeistä puhuminen on myös retorinen keino, jolla pyritään vakuuttamaan lukija sairauden tutkimisen ja sen leviämisen ennaltaehkäisyn tarpeellisuudesta.

Tutkimuksessa tarkastellun ajanjakson kuluessa vaaran ja uhan käsite korvautui siis yhä useammin riskin käsitteellä. Vahvan Suomen kansan kaudella tuberkuloosi oli koko yhteiskuntaa uhkaava sairaus. Lääkärin tehtävänä oli kertoa tästä vaarasta, jotta ”kaikki” osaisivat torjua sairauden oikealla tavalla. Riskin yleistyminen tutkimissani teksteissä osuu ajankohtaan, jolloin tuberkuloosin hoito, ja koko terveydenhuollon järjestelmä, tehostui. Silloin kun ongelmaa hoitava instituutio toimii tehokkaasti ja onnistuneesti, on ensisijaisesti yksilön vastuulla, valitseeke hän terveydellisiä riskejä vai ei. Lisäksi on muistettava, että arkipäiväisellä tasolla yksilö voi uhmata terveystieteiden tavoitteita tai muovata niitä omaan elämäänsä sopiviksi (ks. Petersen & Lupton 1996, 180).

Vaaran ja riskin käsitteen käytön voi kontekstoida tautien epidemiologiseen kuvaukseen. Silloin kun puhutaan tuberkuloosin vaarasta, koskee epidemian uhka suurta osaa suomalaisista. Kuten edellä on useaan kertaan tullut ilmi, riskeistä puhutaan silloin, kun kuvataan yksilön tai jonkin tietyn ryhmän riskejä. Voi ajatella, että yksilön tai ryhmien riskeistä puhutaan siksi, että aids epidemiana ei koske ”koko kansaa”. Mutta vaikka kyseessä olisi epidemiologisesti laajalle levinnyt sairaus, tuskin siitä olisi viime vuosikymmeninä puhuttu ”koko kansan uhkana” tai ”Suomen kansan vihollisena”. Kansallisuutta korostava tautiepidemian kuvaus on muuttunut riskiryhmien, ja niihin paikannettavien yksilöiden, kuvaukseksi. Lääketieteen asiantuntijat on koulutettu tieteelliseen tapaan nähdä asioita, mutta samalla he tuottavat tietoa vaaroista ja riskeistä tietyissä paikoissa ja eri aikoina. He kehittävät tietämystään omien kokemusten kautta sekä laajemmin eri lähteitä käyttäen, jonkin kulttuurin jäsenenä; tieteelliset epidemiologiset faktat ovat sosiaalisesti ja kulttuurisesti muotoutuneet (Petersen & Lupton 1996, 52). Epidemiologisilla selityksillä on

siis kulttuurinen taustansa siinä kuin muillakin merkitysten ilmenemisen 'syillä'.

Muutoksen ja muuttumattomuuden suhde

Tarkastelussa kävi myös ilmi, että teksteissä on ulottuvuuksia, jotka eivät muutu tutkimusjakson aikana. Esimerkiksi metaforien tarkastelussa tuli esiin, että taistelumetaforien käyttö on teksteissä yleistä. Sairautta ja sen tutkimusta ja hoitoa kuvaava lääketieteellinen esitystapa onkin hitaasti muuttuvaa. Käytetyt metaforat eivät niinkään kerro tutkimusjakson aikana tapahtuneista yhteiskunnallisista muutoksista kuin sairauksien epidemiologisten tilanteiden laskuista tai nousuista. Kun sairastuneita on paljon tai sairauden uhkaa pidetään merkittävänä, käytetään metaforisia ilmauksia. Esimerkiksi tuberkuloosin esiintymisen laskiessa vähenee myös sotametaforien käyttö. Pysyvänä piirteenä metaforien käytössä voi pitää sitä, että teksteissä sotametaforien avulla rakennetaan ja ylläpidetään lääketieteen lupausta ja pyrkimystä voittaa kaikki vaikeat sairaudet (Hellsten & Väliverronen 2001, 119).

Toisin kuin sairauteen kietoutuvat merkitykset, muoti, ruokailutavat ja monet mieltymykset ovat kulttuurisia ilmiöitä, jotka saattavat muuttua nopeasti. Etenkin muotiin liitetyt merkitykset vaihtuvat vuosittain, vaikkakin vanhat, kauan sitten muodista pois menneet vaatteet voidaan ottaa uudelleen käyttöön. Sairaus, terveys ja kuolema ovat kulttuurin keskiössä olevia asioita, joihin kietoutuvat merkitykset muuttuvat hitaasti. Sairauden merkitykset eivät muutu vuosittain, eivät edes kymmenen vuoden välein. Vähän samaan tapaan kuin muodin kohdalla, sairauden merkityksiä kierrätetään ja otetaan tarpeen tullen uudelleen käyttöön. Useaan otteeseen on edellä tullut esiin, että merkitysten toisinnot ja häviämiset sanelee uusien sairaus epidemioiden ilmaantuminen tai sairauden muuttuminen pieneksi ongelmaksi.

1960-luvulla Suomessa tapahtui radikaaleja muutoksia. Hyvinvointivaltiota kehitettiin, yhden asian liikkeet, naisliike ja poliittinen vasemmisto nousivat. Samalla käytiin vilkasta keskustelua valtion ja hyvinvointipalvelujen tehtävistä sekä kansalaisten asemasta. (Anttonen

& Sipilä 2000, 57) Tässäkin tutkimuksessa on käynyt ilmi, että 1960-luvun murros näkyy myös tuberkuloosia koskevassa kirjoittelussa muun muassa potilaan aseman hienoisena muutoksena. Potilas on 1940- ja 50-lukuun verrattuna autonomisempi toimija. Muutos ei kuitenkaan ole kovin suuri eikä helposti tulkittavissa oleva. Tutkimuksen kohteena olleita lehtiä ei voikaan pitää keskustelun paikkoina, joissa reagoitaisiin yhteiskunnallisiin keskusteluihin ja muutoksiin nopeasti, voimakkain tai radikaalein äänenpainoin. Pikemminkin etenkin Suomen Lääkärilehti pitää yllä linjaa, jossa lääketiede ja terveydenhuoltojärjestelmä esiintyy vakaana ja suhteellisen muuttumattomana instituutiona.

Kolmen kulttuurisen kauden erottamisen merkitys tutkimuksesani on kuitenkin se, että kausien ”olemassaolo” osoittaa muutoksia tapahtuneen tartuntatauteja koskevassa kirjoittelussa. Lisäksi teksteissä näkyvät muutokset ovat suhteessa laajemmin koko yhteiskunnassa tapahtuneisiin kehityskulkuihin. Yksilön paikan muuttuminen asiantuntijoiden ohjailun alaisesta kansalaisesta enenevässä määrin oman elämänsä haltuun ottavaksi toimijaksi on havaittavissa muillakin kuin sairauksista kirjoittamisen alueilla. Esimerkiksi Pertti Alasuutari ja Petri Ruuska (1999) tuovat esiin, että sekä alkoholipolitiikassa että yleisradiopolitiikassa on nähtävissä kontrollijärjestelmien purkamista. Valtiolliset ”sivistysmonopolit” ovat murtuneet, kontrolli- ja sivistystoimen kohteista on tullut korostuneemmin yksilöitä, jotka voivat valita markkinoilta haluamansa tuotteet. Tämä kulttuurinen muutos on merkinnyt asiantuntijavaltaisuuden kyseenalaistamista ja päätösvalan siirtymistä tavallisille kansalaisille ja asiakkaille. (emt., 222–224) Esimerkiksi aidsin hoidossa ja tutkimuksessa potilaan päätösvalan lisääntyminen näkyy siinä, että ketään ei voi pakottaa osallistumaan hiv-testaukseen. Kansalaisen mahdollisuudet tehdä terveydenhoitoaan koskevia päätöksiä ovat lisääntyneet. Enää ei niinkään puhuta terveen kodin ja kansan ideaalista, vaan yksilöstä, joka voi tehdä ruumistaan koskevia valintoja.

Kansasta ja ruumiista kirjoittamisen tavat siis muuttuvat tutkimusjakson aikana. Tätä muutosta voi hahmottaa sen kautta, keiden ruumiissa sairauksia aiheuttavien mikrobien ajatellaan olevan. Tuberkuloosi-bakteeri saattoi 1940- ja 50-luvulla olla lähes ”kaikkien” ruu-

miissa. Siksi oli tärkeää kirjoittaa potilaiden työkyvyn palauttamisen tärkeydestä ja kotien onnesta. Toisin sanoen huolehtia kansan hyvinvoinnista ja kansalaisista, jotka pitivät yhteiskunnan pyörät liikkeessä. Hi-viruksen on ajateltu olevan lähinnä homoseksuaalisten miesten ja suonensisäisten huumeiden käyttäjien ruumiissa. Hi-virus on silloin, kärjistetyksi ilmaistuna, sellaisten henkilöiden ruumiissa, joiden ei oleteta perustavan perhettä tai tekevän säännöllisesti työtä, vaan elävän yhteiskunnan marginaalissa. Näin ollen tässä voisi olla yksi selitys sille, miksi aids-teksteissä ei paljon puhuta potilaiden työkyvystä tai lapsen hankkimisesta. (vrt. Martin 1997, 555)

Kaiken kaikkiaan, esiin tulleista muutoksista huolimatta, tutkimusjakson aikana tuberkuloosia ja aidsia koskevassa kirjoittelussa ei tapahtunut kovin merkittäviä mullistuksia. Lääketiedettä, sairauksien hoitoa ja terveystaloustusta käsittelevät tekstit näyttävät, ainakin tämän tutkimuksen valossa, tuottavan asiantuntijuuden ja tavan rakentaa potilaan paikan vuosikymmenestä toiseen suhteellisen samalla tavoin. Terveystalouden asiantuntijoilla on ensisijaisesti tietäjän ja potilailla tutkimuksen ja hoidon kohteen positio. Uusia sairauksia tulee ja vanhojen parantamiseksi keksitään hoitoratkaisuja. Lääketiede on jatkuvassa liikkeessä ja kehitystilassa. Tarvittaessa kaikki lääketieteen resurssit on otettava käyttöön ja uusiin haasteisiin on pystyttävä vastaamaan nopeasti. Sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet eivät sen sijaan näytä muuttuvan nopeasti. Lääkärin ja potilaan kulttuuriset paikat ovat aika stabiileja.

Tutkimieni tekstien hidas muuttuminen näkyy esimerkiksi aika vähäisenä pohdintana siitä, mitä aids tai tuberkuloosi maailmanlaajuisesti merkitsevät. Monikulttuurisuus on osa suomalaista arkea ja kansakuntia rakentaneet osajulkaisuudet ovat liukenemassa osaksi globaalia viestinnän verkostoa (Alasuutari & Ruuska 1999, 234). Tämä ei tule kovin korostuneesti esille tutkimissani teksteissä. Niissä kyllä esitetään tartuntatautien olevan kansainvälinen ongelma ja ulkomaanmatkailijoiden sanotaan olevan yksi riskiryhmä. Mutta esimerkiksi suomalaisen yhteiskunnan monikulttuurisuutta ja aidsia ei kuitenkaan pohdita siitä näkökulmasta, mitä se informaation jakamisen kannalta merkitsee. Miten aidsista voisi valistaa Suomessa asuvien erilaisien etnisten ja uskonnollisten ryhmien edustajia? Tekstit rakentuvat

pikemminkin osaksi rikkaan länsimaisen maailman ”sairauksettomusta” kuin maailman tai osakulttuureiden, jossa on erilaisia mahdollisuuksia hoitaa ja tutkia vaikeita sairauksia.

Modernia terveydenhoitoa on kritisoitu siitä, että sen asiantuntijuus ja tiedon hallinta on liian eriytynyttä. Lääketiede on pitkälle erikoistunut tutkimaan tauteja ja samalla potilaan huomiointi on vähentynyt. (Kangas & Karvonen 2000, 179) Yleisemmin voi todeta, että erilaiset asiantuntijajärjestelmät ja yhtenäisyyttä ajavat diskurssit ovat kyllästäneet todellisuuden. Asiantuntijoiden diskurssit esiintyvät edelleen aika varmoina, vaikka käytännössä joudutaan kohtaamaan erilaisia todennäköisyyksiä, tilanteita ja ihmisiä. On saattanut käydä niin, että yhteiskunnallinen todellisuus on muuttunut liian abstraktiksi. Ratkaisu tähän voisi olla sitoutunut osallisuus, huolenpito ihmisistä ja asioista yhteisessä maailmassa. (Lash 1995, 208)

Sairauksia koskevassa keskustelussa edellä sanottu voisi merkitä sitä, että olisi tärkeää tehdä entistä näkyvämmäksi yksilöiden erilaisia sairauksien sävyttämiä elämäntilanteita ja käytännön ongelmia. Avoin keskustelu ja tietämys sairauksiin nivoutuvista merkityksistä saattaisi avata mahdollisuuden puhuttelevan, ja siten myös entistä vaikuttavamman, terveysvalistuksen tuottamiseen. Se voisi johtaa refleksiivisempään käytäntöön totalisoivien terveyttä koskevien väittämien ja elämän epävarmuuksien ja ristiriitojen välillä (Petersen & Lupton 1996, 181). Toivon, että tämä tutkimus toimii yhtenä sairauksia koskevan keskustelun herättäjänä. Jos tutkimuksesta tulee terveys sosiologiseen kulttuurintutkimukseen sijoittuva puheenvuoro, jota hyödyntäen on mahdollista kehittää uusia ja käytännöllisesti merkittäviä ajatuksia, on tutkimusmatkani päättynyt enemmän kuin hyvin. Kirjan matka jatkuu.

Liite 1. Tutkimusprosessin kuvaus

Tässä liitteessä kuvaan, miten tutkimusprosessini on edennyt ja millaisia valintoja olen sen aikana tehnyt. Aluksi pohdin kysymysten tekemistä aineistolle. Sen jälkeen siirryn kuvaamaan tutkimusprosessin eri vaiheita ja siihen liittyneitä tutkimuksen lopputulokseen vaikuttaneita valintoja.

Mitä-, miten-, ja miksi-kysymykset

Laadullisessa tutkimuksessa, kuten myös tässä työssä, on tärkeää osata esittää hyviä kysymyksiä tutkimusaineistolle. Ei riitä, että tavaltaan toistaa omin sanoin, *mitä* ja *miten* aineistossa asiat esitetään. *Miksi*-kysymykseen vastaaminen mahdollistaa edellisiä kysymyksiä paremmin omien tulosten esittämisen teoreettisella tasolla. *Miksi*-kysymykseen on vaikeampaa ja haastavampaa vastata kuin deskriptiivisempiin *mitä*- ja *miten*-kysymyksiin.

Pertti Töttö (1997) onkin esittänyt, että laadullinen tutkimus ei kykene vastaamaan lainkaan *miksi*-kysymykseen, koska ne vaativat määrällistä aineistoa analyysin kohteeksi. Laadullisen tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä ovat *mitä*- ja *miten*-kysymykset, jolloin voidaan kysyä esimerkiksi mikä tämä ilmiö on ja miten tämä asia on syntynyt ja kehittynyt? Laadullisen tutkimuksen kysymykset ovat perimmältään merkityksiä koskevia, eikä niitä voi tutkia kysymällä miksi. (Töttö 1997, 73, 128) *Miksi*-kysymykset vaativat kausaalista selittämistä, mikä ei onnistu laadullisessa tutkimuksessa muuten kuin *esittämisen* tasolla. Sen sijaan selitysten *perustelemiseen* tarvitaan kvantitatiivista argumentaatiota. (Töttö 2000, 157)

Myös Arja Jokinen (1999, 41) toteaa, ettei laadullisessa, tai tarkemmin sanottuna diskurssianalyttisessä tutkimuksessa, tule etsiä syy-seuraus -suhteita, objektiivisia faktoja tai universaaleja lainalaisuuksia. Hän ei kuitenkaan puhu samasta asiasta kuin Pertti Töttö, vaan tarkoittaa, että diskurssianalyysin kohde ei ole kielenkäytöstä irrallaan olevien prosessien tutkiminen. Siten kielenkäytön tutkimuksessa on mahdollista vastata myös siihen, *miksi* ihmiset toimivat niin kuin toimivat, joskin diskurssianalyttisen tutkimuksen ensisijaisia kysymyksiä ovat *mitä ja miten* asioita merkityksellistetään.

Kirsi Juhila ja Eero Suoninen (1999, 248) esittävät, että diskurssianalyyseissa vältetään yleistäviä selittäviä teorioita. *Miksi*-kysymykset eivät ole analyyseissa ensisijaisia, vaan kysytään miten puhutaan. Toisin sanoen selvitetään, millaisia merkityksiä jollekin ilmiölle tai tilanteelle annetaan ja mitä merkityksenannosta käytännössä seuraa. He eivät kuitenkaan ohita *miksi*-kysymyksiä. *Miksi*-kysymykseen voi palata *miten*-kysymykseen vastaamisen jälkeen (Juhila & Suoninen 1999, 248). Jonkin kulttuurisen merkitysjärjestelmän analysoiminen voi antaa vastauksia siihen, *miksi* ihmiset toimivat niin kuin toimivat; negatiiviset merkitykset sairauksista puhuttaessa voivat terveissä ihmisissä synnyttää ennakkoluuloja ja pelkoa sairastuneita kohtaan.

Pertti Alasuutarin (1993) kanta on, että *miksi*-kysymykset ovat olennainen osa laadullista tutkimusta. *Miksi*-kysymyksiä tutkijalla tulisi olla enemmän kuin yksi tai kaksi, mieluummin niitä saa olla ”liikaa” niin, että tutkimuksen loppuvaiheessa triviaaleimmat kysymykset voi karsia pois. *Miksi*-kysymykseen vastaaminen analysoitavan aineiston pohjalta ei kuitenkaan riitä, vaan tutkittava kysymys on liitettävä laajemman ilmiökokonaisuuden osaksi. (Alasuutari 1993, 177, 188) Raja laadullisen ja määrällisen tutkimuksen välillä ei ole ehdoton sillä tavoin, että tutkijan tulisi valita tekeekö hän pelkästään kvantitatiivista vai kvalitatiivista tutkimusta. Laadullisessa tutkimuksessa voi etsiä toimijoiden tilanteista logiikkaa ja merkityksmaailmaa muodostamalla otoksia ja katsoa *miten* yksilöiden toiminta, esimerkiksi radion kuuntelu, vaihtelee erilaisissa arkipäivän tilanteissa. (Alasuutari 2000, 153) Ihmisten merkityksmaailman tutkimisen osana voi siis olla määrällistä analyysia, mikä auttaa vastaamaan tutkijan laadulliselle aineistolle esittämiin *miksi*-kysymyksiin.

Jaber Gubrium ja James Holstein (1997) pyrkivät yhdistämään *mitä*- ja *miten*-kysymyksen laadullisessa tutkimuksessa niin, että päästään vastaamaan *miksi*-kysymyksiin. Heidän mukaansa laadullisessa tutkimuksessa on edistytty analyyttisessä terminologiassa, kun *miten*-kysymykset on yhdistetty *mitä*-kysymyksiin. Esimerkiksi kertomusten juonien lisäksi on pyritty ymmärtämään niitä tapoja, joilla kokemuksia kerrotaan, muodostetaan niille rakenne ja tehdään ne johdonmukaisiksi, koherenteiksi. (Gubrium & Holstein 1997, 147)

Kun analyysissa on edetty siihen pisteeseen, että voidaan sanoa *mitä* ja *miten* asiat on kerrottu, voidaan myös miettiä sitä, *miksi* jokin asia on tietyllä tavalla kerrottu. Gubrium ja Holstein (1998, 195) sanovat, että kun laadullisen tutkimuksen tekijät esittävät *miksi*-kysymyksiä, heidän metodinen puheensa lähenee varovasti makrososiologista tasoa (Gubrium & Holstein 1998, 203). Varovaisuus on tässä kohtaa tyypillistä. ”Mitä on menossa” ja ”miten asiat muotoillaan” ovat analyyttisiä aineistoa koskevia kysymyksiä. Kysymys siitä, ”miksi asiat tapahtuvat niin kuin tapahtuvat”, on kompleksinen, koska vastatessaan siihen tutkija saattaa joutua kauas tutkimusmateriaalistaan. Haasteena onkin vastata kysymykseen niin, että vastaus on empiirisesti ja käsitteellisesti hyväksyttävissä, kun se suhteutetaan traditionaalisiin laadullisen tutkimuksen kysymystenasetteluihin. (Gubrium & Holstein 1999)

Edellisistä näkemyksistä päätellen voi ehkä ajatella, että *mitä*, *miten* ja *miksi* ovat tutkimusprosessissa jotenkin hierarkkisia tai kronologisesti toisiaan seuraavia kysymyksiä. *Mitä*- ja *miten*-kysymyksiä seuraa teoreettisesti korkeammalla tasolla oleva *miksi*-kysymys.

Aivan tutkimuksen alkuvaiheessa luinkin tekstejä huomioimalla sitä, *mitä* aineistossa oikein on ja *miten* tuberkuloosista ja aidsista kirjoitetaan. *Mitä*-kysymyksen avulla erotin aineistosta erilaisia toimijoita. Teksteissä esiintyvät toimijat nimesin potilaiksi, terveydenhuoltohenkilökunnaksi, sairauksiksi (tuberkuloosi ja aids) sekä yhteisöiksi. Viimeksi mainittuja olivat kansa, väestö ja perhe. Kysyin, *miten* näistä toimijoista kirjoitetaan tutkimissani teksteissä. Tutkimusprosessin alkuvaiheessa tein havaintoja sen suhteen, millaisia ovat esimerkiksi 1950-luvun tekstien tuberkuloosipotilaat ja toisaalta millaisia ovat 1980-luvun aids-potilaat. Myöhemmin tähän kysymykseen nivoutui

potilaan position analysointi, jolloin erotin aineistosta tapoja, joilla potilas ja yhteisö asetettiin suhteeseen keskenään. Kysyin esimerkiksi, esitetäänkö potilas kansakunnan jäsenenä vai ei.

Tutkimusprosessin edetessä erotin toimijoiden kuvaamisen tapojen lisäksi erilaisia teksteissä esiintyviä kirjoittamisen variaatioita; repertuaareja ja diskursseja. Mietityttämään tästä tarkastelusta jäi, että etenkin repertuaarien luokittelusta seurasi ”lopullinen” valikoima erilaisia sairauksista kirjoittamisen tapoja. Sen korostaminen, että yhden tekstin sisällä kirjoittaja siirtyy repertuaarista toiseen, luo vaikutelman tietoisesti käytössä olevasta repertuaarien kirjosta. Kirjoittajalla on mahdollisuus valita eri repertuaarien välillä ja siirtyä yksittäisen tekstin sisällä repertuaarista toiseen. Tulkinnan tarkoitus ei kuitenkaan ole pyrkiä selvittämään yhtä ja pysyvää totuutta. ”Lopullisen” tulkinnan vaikutelma syntyy ehkä siitä, että repertuaarien analysointi peittää osin näkyvistä tulkitsijan osuuden. Samalla kun tutkija luo kategoriat, joihin hän tekstimassaa luokittelee, hän tulee sulke-neeksi muita mahdollisia tulkitsemisen tapoja pois. Kielellisiä käytäntöjä tutkittaessa onkin syytä muistaa, että tutkija tekee valintoja ja päättää, mitä kielellisiä piirteitä tai käytäntöjä hän tekstimassasta analysoi esiin (Jokinen & Juhila 1999, 66).

Miksi-kysymykset ovat myös olleet mukana tutkimuksen alusta asti. Kysyin esimerkiksi, *miksi* sairauksista kirjoittaminen on niin militaristista. Myöhemmin kysyin, *miksi* militaristisia metaforia käytetään, *mikä* on niiden funktio ja *millaisissa* yhteyksissä niitä esiintyy. Tarvitsin siis kaikkia kysymystyyppejä koko tutkimuksen teon ajan. En niin, että kysymykset olisivat pysyneet kaiken aikaa samoina, vaan osan karsin pois ja kehitin myös uusia kysymyksiä. Sillä tavalla *miksi*-kysymykset olivat minulle vaikeimpia, että saamiani vastauksia ei ole kovin yksinkertaista soveltaa ”moniin muihin ilmiöihin”, kuten laadullisen tutkimuksen yksi periaate vaatii (Alasuutari 1993, 189). Soveltamisen sijaan saatoinkin löytää itseni uusien *miksi*-kysymysten edestä. Laadulliselle tutkimukselle onkin ominaista, että vastausten lisäksi löytyy uusia kysymyksiä, joihin ei aina ole mahdollista vastata yhden tutkimuksen puitteissa.

Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimustehtävää aloittaessani lähdin liikkeelle vertailun ideasta. Pyrin tekemään vertailua koko tutkimusprosessin ajan teksteissä esiintyvien eri elementtien suhteen. Vertailin kahta erilaista tartuntatautiä keskenään sen suhteen, millaisia mahdollisia eroavuuksia esimerkiksi tuberkuloosia ja aidsia kuvaavassa metaforisessa kielenkäytössä on. Toiseksi tein vertailua ajan suhteen, jolloin analysoin tutkimusjakson aikana tapahtuneita kulttuuristen merkitysten muutoksia. Lisäksi vertasin tutkimusaineiston kahta erilaista lehteä, lääkäreille suunnattua Suomen Lääkärilehteä ja laajemmalle yleisölle tarkoitettua Terveystieteiden lehteä.

Tutkimustani voisin paikantaa sanomalla, että luin tekstejä, joista osa on suunnattu asiantuntevalle yleisölle, jonka oletetaan ilman muuta tunnustavan tietyt vallitsevat väitteet ja menetelmät. En ollut tietoinen kaikista esisopimuksista, joita teksteihin sisältyy. (Perelman 1996, 23) Artikkeleissa tutkimuskohde on sairaus ja potilas, minun tutkimuskohteeni oli artikkeli, jossa kirjoitetaan sairauksista ja potilaista. Sosiologina minulla oli tietty antropologinen vapaus tarkastella tekstejä toisin kuin asiantunteva tutkijalääkäri tekisi, toisaalta tässä piilee myös tutkimusprosessiin liittyvä heikkous – minun oli vaikea selvittää itselleni raja, johon asti on mielekäästä tutkia tai asettaa tutkimuskysymyksiä. Osittain olen pyrkinyt ratkaisemaan tämän ongelman siten, että karsin tutkimusaineistosta pois sellaiset artikkelit, joissa selvitetään lähes yksinomaan spesifisti ja ammattikielellä esimerkiksi tuberkuloosin hoitoa.

Lääkätieteellinen kielen käyttö on vakuuttavaa. Suomen Lääkärilehdessä kirjoittajat diagnosoivat, ovat ajankohtaisia, puhuvat asiantuntevasti potilaista ja käyttävät latinankielisiä termejä. Kun luin aineistoani ensimmäistä kertaa, ajattelin ettei teksteistä voi saada irti mitään, että ne ovat tyhjentävän neutraaleja ja asiallisia. Vähitellen, lähinnä metaforia etsimällä, hahmottui teksteistä ohjeita tai moraalisia kannanottoja, toistoja tai hiljaisuuksia. Latinankielisiä termejä suomensin artikkeleiden reunaan lääketieteellisen ammattisanaston avulla. Suomentaminen ei tosin aina välttämättä auttanut – en siitä huolimatta aina ymmärtänyt lauseen sisältöä. Yleensä termien suo-

mentaminen kuitenkin kannatti. Lause muuttui huomattavasti yksinkertaisemmaksi kun tiesin, että stomatiitti on suutulehdus tai lymfopenia tarkoittaa imusolujen niukkuutta.

Kysymys, jota mietin etenkin tutkimusprosessin alussa, liittyi todellisuuden ja kielen väliseen suhteeseen. Tutkiessani diskursseja jouduin kysymään, mitä on teksti ja toisaalta mitä on todellisuus. Vivien Burr (1995, 86) esittää, että ei ole helppo käsitteellistää diskurssin ja 'todellisuuden' eroa. Relativistinen positio johtaa siihen, että kaikki on diskursseissa. Tämän näkökannan mukaan elämä olisi ilman materiaalista pohjaa, kielen vaikutukset olisivat tärkeimpiä seikkoja elämässämme.

Ongelmaksi muodostuu relativistinen positio, jonka vangiksi tutkija jää. Burr (1995) tuo esiin Ian Parkerin vastauksen ongelmaan. Parkerin mukaan 'asioilla' on 'objektiiviset statukset': ontologiset, epistemologiset ja moraalis-poliittiset puolet. Asialla voi olla nämä kaikki puolet. Esimerkiksi mielisairaudella, skitsofrenialla, on tiedollinen epistemologinen status. Sillä on myös ontologinen status, kun sairauden ajatellaan palautuvan kromosomiin numero viisi. Lisäksi skitsofreniaan liittyy fyysinen ja sosiaalinen ympäristö, joka on osa skitsofrenian struktuuria, ja siten osa sairauden ontologista statusta. Skitsofrenia on 'keksitty' psykiatriassa, sairaus on yksi alan kiistan ja keskustelun aihe. Skitsofrenia on diskurssi, moraalis-poliittinen keskustelun muoto. (Burr 1995, 86–87)

Burr (1995, 87) huomauttaa edelliseen kriittisesti, että Parkerin ajatus asioiden todellisesta kuulumisesta yhteen kategoriaan on ongelmallinen. Asioiden välille on vaikea tehdä rajoja. Kysymykseen, mikä asia kuuluu ontologiseen kategoriaan ja mikä moraalis-poliittiseen kategoriaan, ei ole olemassa selkeää vastausta.

Dorothy E. Smith (1990, 12) korostaa tekstejä tutkiessaan, että hänen tarkoituksensa ei ole tehdä sosiologiaa, joka esittää maailman vain tekstinä unohtaen kokemuksen, todellisten subjektien olemassaolon ja todellisen maailman. Minulle tuberkuloosi- ja aids-tekstien merkitys Smith'n tarkoittamassa mielessä on sitä, että tekstien kulttuuriset ja sosiaaliset merkitykset ovat seikkoja, jotka tulevat esiin sosiaalisissa käytännöissä.

Suhteeni lääketieteeseen on maallikkotasolla. Joku voisi väittää, että on kyseenlaista, että sosiologi, joka ei ole opiskellut lääketiedettä, yrittää sanoa jotain tuberkuloosia ja aidsia käsittelevistä lääketieteellisistä artikkeleista. Minulle olikin avoin kysymys, pitäisikö tietää enemmän eli olisiko minun ollut syytä lukea jotain lääketieteen perusoppikirjoja, vaikka ensisijaisesti tutkinkin sosiologisesta näkökulmasta sitä, miten lääkärit kirjoittavat tuberkuloosista ja aidsista. Ratkaisin asian niin, että aina kun eteeni tuli jokin ilmiö, jonka ymmärtämiseen ja tulkintaan tarvitsin mielestäni bio-lääketieteellisiä tai lääketieteen historiallisia taustatietoja, etsin käsiini sopivaa lähdemateriaalia.

Kun tarkastelin artikkeleita visuaaliselta kannalta, näin että ylinnä oli kirjoittajan tai yleensä kirjoittajien nimet (joskus neljä tai enemmän), otsikko, välillä ingressi välillä ei, itse teksti ja lopuksi yleensä lähdeluettelo. Lähdeluettelon jälkeen vielä esitellään tarkemmin artikkelin kirjoittajat, mainitsemalla heidän tittelinsä ja asemansa terveydenhuollossa. Monet artikkelit sisältävät taulukoita.

Taulukot ovat tapa ryhmitellä lääketieteellistä tietoa. Niiden sisään on laitettu tietoja erilaisista potilaista, tapauksista. Esimerkiksi vuoden 1983 artikkelin taulukossa kerrotaan, että 1% Yhdysvalloissa todetuista aids-tapauksista on hemofiilikkoja, 71% on homoseksuaalisia miehiä. Suomen tilanteesta ei ole vielä tehty taulukkoa. Potilaat ovat tietysti lääketieteellisen tutkimuksen ”raaka-ainetta”, tutkimuskohteita. Jos tekstejä katsoi kuin maisemaa, mielestäni näytti siltä, että potilaat on aidattu. Aitauksen sisällä potilaat on ryhmitelty ja numeroitu. Taulukoiden avulla esitellään lääketieteellisen tutkimuksen tuloksia – tietoa, joka on sosiaalisesti tuotettua (Wright & Treacher 1982).

Taulukot näin myös rajoina. Raja on piirretty kirjoittajan ja tutkimuskohteen, potilaan, välille. Tutkimustulosten esittäminen taulukkomuodossa ja rajojen piirtäminen selkeyttää asioiden faktuaalista ja rationaalisuutta korostavaa käsittelyä. Tutkimusaineistossa ei esimerkiksi juurikaan käsitellä tunteita, joita kuolema herättää. Artikkelit ovat lääketieteellisiä. Niissä oletetaan, että on olemassa objektiivisesti tutkittavissa olevia, sairauksia koskevia faktoja. Tehtäväni oli selvittää, miten sosiaaliset ja kulttuuriset aspektit kietoutuvat luonnontieteellisiin.

Tehtävän selkeyttämisessä auttoi Peter Wrightin ja Andrew Treacherin (1982) ajatus siitä, että kun puhumme esimerkiksi tuberkuloosista, emme lue erillisellä nimilapulla varustetusta rajatusta luonnon osasta, vaan käytössä olevasta sosiaalisesta merkityksestä, jonka on tuottanut monta erilaista sosiaalista ryhmää. Ryhmillä on voinut olla erilaisia intressejä ja työskentelykäytäntöjä, jotkut hyvin teknisiä ja pitkälle erikoistuneita. Lääketieteellinen tieto on myös historiallisesti tuotettua, muutama sata vuotta sitten annetut lääkärin ohjeet näyttävät oudoilta tämän päivän näkökulmasta katsottuna. Lääketiedettä voikin pitää omana erityisenä kulttuurisena muotonaan, ei niinkään jonain ajattomana absoluuttisena tietona. (Wright & Treacher 1982, 10,12)

Kuvia ei tekstiaineistossa ollut monta. Aids-artikkeleista löysin esimerkiksi kaksi kuvaa. Toinen on kuva professorista ja toisessa kuvassa otetaan verinäytettä. Kuvassa hoitajilla on maskit ja hansikkaat, potilas on kääntänyt kasvonsa kamerasta pois päin (Suomen Lääkärilehti 4/93, 302; Suomen Lääkärilehti 29/86, 2756). Terveystieteiden lehdessä on joitakin valokuvia parantoloista, terveydenhoitohenkilökunnasta ja potilaista. Rajasin kuitenkin kuvien analysoinnin tutkimuksesta pois.

Tutkimusaineistoni sisältää siis pelkkää tekstimateriaalia. Tutkimuksen alussa pohdin, olisiko minun ollut syytä kerätä myös muunlaista aineistoa, esimerkiksi lääkäreitä haastatteleamalla. Onko pelkkien tekstien varassa etenevä tutkimus liian kaukana arkimaailmasta? Päädyin kuitenkin siihen, etten tee haastatteluja. Haastattelemisen ja varsinkin niiden purku vievät valtavasti aikaa. Tutkimustehtäväni ja -aineistoni on laaja, tuskin olisin kyennyt paneutumaan koko sodanjälkeiseen ajanjaksoon, jos olisin tekstien keräämisen lisäksi tehnyt haastatteluja.

Tein lukuisia tutustumismatkoja aineistooni. Samalla mietin, miten aion raportoida matkojeni tulokset. Voisin esittää taulukoita siten, että raportoisin osan tuloksista taulukkomuodossa. Esimerkiksi Esa Väliverronen (1996) esittää metsätuhoja käsittelevässä väitöskirjassaan taulukoita tai kuvioita muun muassa metsätuhoja käsittelevien artikkeleiden määrästä tai oletetuista metsätuhojen syistä sanomalehdissä. Toinen mahdollisuus oli esittää asiat ilman taulukoita siten,

että raportissa on omaa tekstiäni ja lainauksia artikkeleista. Ajatus taulukoista liittyi epävarmuuteeni aineiston suhteen; en heti päättänyt lopullista aineiston artikkeleiden määrää. Toisin sanoen mietin, olisiko tutkimus osaltaan yritys sanoa jotain kattavaa nimenomaan Suomen Lääkärilehden ja Terveystieteidenlehden kirjoittelusta vai suhtaudunko aineiston keruuseen ja raportointiin vapaammin. Ratkaisin asian niin, että konkretisoin sisältöluvuissa esittämiäni tutkimuskysymyksiä sekä osittain myös toin esiin tutkimustuloksia esittämällä määrällistä tietoa aineistosta. Kyse ei silloin ollut siitä, että olisin systemaattisesti kartoittanut esimerkiksi pelkästään lehtien eroja ja niiden genren muuttumista, vaan siitä, että lukuja esiintuomalla konkretisoin aineistossa esiintyviä erilaisia toimijoihin liittyviä merkitysluottuvuuksia.

Konkreettisena työnä tekstien analysoiminen on edennyt niin, että aluksi tein tekstistä abstrakteja, joihin on tiivistetty tekstin tavoitteet, potilaan positiot ja tekstissä käytetyt sairautta koskevat metaforiset ilmaukset. Potilaan positiota kartoittaessani tiivistin abstraktiin tavat, joilla tekstin kirjoittaja kuvaa potilaan elämäntapoja, määrittää hänet lääketieteellisin termein ja puhuu potilaan sukupuolesta tai perheestä⁸³.

Analyysityö jatkui niin, että kartoitin tarkemmin toimijoiden paikkoja aineistossa ja kiinnitin huomiota siihen, miten kirjoittajat käyttivät aktiivi- ja passiivimuotoja aineistossa; millaisia olivat tässä suhteessa toimijoiden paikat ja toisaalta myös poissaolot. Tähän tarkastelutapaan sisällytin potilaille annettujen positioiden lisäksi myös kirjoittajien asemat. Tutkin, esiintyikö kirjoittaja aktiivina toimijana kirjoittaessaan tuberkuloosista tai aidsista, vai oliko hän häivyttänyt itsensä pois tekstistä passiivin käytön avulla. Analysoin myös, millaisia erilaisia repertuaareja kirjoittajat käyttivät teksteissä.

83. Tehtyjen abstraktien lukumäärät ovat seuraavat: tein 49 abstraktia tuberkuloositeksteistä ja 59 abstraktia aids-teksteistä. En tehnyt abstrakteja 60:sta tekstistä, enkä myöskään muista teksteistä (yht. 11 tekstiä), jotka sivuavat aihetta. Abstraktien teon tarkoitus ja tavoite oli aineistoon sisälle pääseminen, tein niitä niin kauan kunnes tekstit alkoivat tuntua tutuilta ja aloin ymmärtää, lääketieteellistä sanastoa apuna käyttäen, kirjoittajien tapaa kuvata sairauksia, potilaita ja niiden tutkimista. Käytin abstrakteja ensimmäisiä tutkimuspapereita kirjoittaessani, mutta aineiston analysoinnin viime vaiheissa niiden merkitys analysoinnin apuvälineenä oli vähäinen, koska siirryin tekemään aineistosta lukukohtaisia muistiinpanoja.

Metaforien eli kielikuvien etsiminen ja tulkinta aineistosta on ollut osa analyysityötä tutkimusprosessin alusta asti. Metaforien käytön voi ymmärtää niin, että kaikki kielenkäyttö on metaforista, mutta tässä työssä ymmärräsin metaforan aluksi kielelliseksi tehokeinoksi, joka poikkeaa tekstien valtavirrasta värikkyytensä ja puhuttelevuutensa vuoksi. Metafora medikaalin kielenkäytön tehokeinona oli tavallaan avain, jonka avulla pääsin aineistoon sisään ja kykenin hahmottamaan teksteistä sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä. Metaforan erottamisen kriteeri aineistosta oli löytää ilmauksia jotka vastasivat kysymyksiin, mihin sairautta ja sen vastaista toimintaa verrataan ja millaisia kielikuvia potilaiden ja terveydenhoitohenkilökunnan yhteydessä käytetään. Myös monet poettiset, lääketieteellisestä ilmaisusta poikkeavat, metaforiset ilmaukset kiinnittivät huomioni. Esimerkki edellisestä on tulevaisuuden sairaustilanteen vertaaminen pimeyteen tai valoon.

Lääkäreiden käytännön työssä kertomuksellisuus on läsnä anamneesin, diagnoosin ja prognoosin laadinnan muodossa (Honkasalo 2000, 1393). Toisin sanoen potilaasta kerätään esitietoja, muodostetaan taudinmääritys ja ennuste sille, miten tauti tulevaisuudessa etenee. Narratiivista metodologiaa voisi soveltaa myös analysoitaessa sairauksista kertovia terveydenhoitoalan lehtien tekstejä. Rajasin narratiivisen metodin aineistoni analyysistä kuitenkin pois. Peruste tälle ei ole se, etteikö aineiston tekstejä olisi voinut tutkia tarinoiden näkökulmasta⁸⁴. Sairauksia koskevista teksteistä on mahdollista etsiä paikallista ja historiallista juonenkulkua ja metaforia, jotka viittaavat tarinoihin. Syy, miksi rajasin narratiivisen metodin analyysityön ulkopuolelle on tutkimustaloudellinen. Tekstin tulkinnan välineitä on runsaasti, siksi tutkijan on tehtävä valintoja sen suhteen millaiset tulkinnan välineet hän mukaansa tutkimusmatkalle ottaa.

Tutkimusprosessin alussa tein muitakin kuin metodologiaa koskevia rajauksia. Näitä olivat tutkimuksen historiallis-yhteiskunnallinen kontekstointi ja erilaisiin yhteiskuntatieteellisiin keskusteluihin osal-

84. Tarinoiden analysointi on ehkä perustellumpaa haastatteluaineiston tulkinnessa (esim. Hänninen 1999, 93). Tarinallisuuden rajaamista pois analyysistä perustelin sillä, että en etsi yksilöllisiä tarinoita. Esimerkiksi en päätenyt tutkimaan lääkärin identiteettiä, vaikka tätä teemaa myös työssä sivuan.

listumisen rajaus. Tutkimuksessani tarkasteltava ajanjakso on ollut Suomessa suurten yhteiskunnallisten muutosten aikaa. Yritin alussa ottaa tämän lukuja kirjoittaessani huomioon niin, että tekstien merkityksiä analysoidessani toin myös esiin laajemmin yhteiskunnallisia tapahtumia ja murroksia. Tämä ei toiminut tulkinnessa, jossa analyysin tulokset kuvataan tässä ja nyt tapahtuvina. Preesens -muodossa esitetty aineiston analyysi ja historiallis-yhteiskunnallinen kontekstointi eivät kohdanneet mielekkäällä tavalla (vrt. Henriksson 1994)⁸⁵.

Yksi syy empiirisen analyysin ja yhteiskunnallisten muutosten esittämisen vaikeudessa saattaa edellisen lisäksi olla sairauden merkitysten muuttumisen hitaus verrattuna joihinkin muihin yhteiskunnallisiin ilmiöihin. Jos kieli ei suoraan heijasta todellisuutta, niin samaa voi sanoa tutkimistani teksteistä. Sairauden merkitysten yhteys muuttuvan yhteiskunnan tapahtumakulkuihin ei ole helposti eksplikoitavissa. Toisaalta voi sanoa, että yhteys on läsnä tulkitsemisessä sairauden merkityksissä. Kieli ja sen merkitykset hahmottavat, luovat ja ovat osa todellisuutta. Esimerkiksi metafora kansan yhteisestä taistelusta tuberkuloosia vastaan kertoo samalla toisen maailmansodan jälkeisestä ajasta, jolloin monilla yhteiskuntaelämän alueilla korostettiin vahvaa yhteisvastuuta ja eettis-moraalisia, koko kansaa koskevia päämääriä (ks. Alasuutari 1994, 245–246). Näin ollen myös tuberkuloositekstit ovat osallistuneet suomalaisen yhteisvastuun luomiseen (ks. Lehtonen 1996, 39).

Ratkaisin tämän ongelman niin, että toin historiallis-yhteiskunnallista kontekstointia esiin lähinnä sisältölukujen alaviitteissä. Pyrin myös pohtimaan tekstien merkitysten ja yhteiskunnallisten muutosten suhdetta lukujen päätöskappaleissa sekä tutkimuksen yhteenvedossa. Tämän tein ensisijaisesti viittaamalla terveyspolitiikkaa tai sairauksia käsitteleviin sosiologiisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin.

85. Esimerkiksi Lea Henriksson (1994) esittää artikkelissaan hoitotyön naisammattilaisuuden kehitystä. Hänen aineistonaan on muun muassa Terveystieteiden lehden tekstejä. Henriksson tutkii talvi- ja jatkosodan aikaa, jolloin hoitotyö alkoi muuttua kutumuspuhjahaisesta työstä palkkatyöorientoituneeksi hyvinvointivaltion ammatiksi. Henriksson kirjoittaa ammattien kehityksestä pääosin imperfektissä, jolloin tekstien analyysi on luontevasti yhdistettävissä historiallis-yhteiskunnalliseen kontekstiinsa. (emt., 97–122)

Käytännössä ”yhteiskunnallisen” eri tekstien mikro- ja makrotasojen ilmenemisen ja muutosten tarkasteluni tapahtui pääosin aineiston tulkintaa esittelevissä sisältöluvuissa. Tutkimukseni ei siis pyri perusteellisesti vastaamaan siihen, mitä Suomessa toisen maailmansodan jälkeen tapahtui, ja miten sairauden kulttuuriset merkitykset nivoutuvat suuriin yhteiskunnallisiin muutoksiin. Päätehtäväkseni muodostui muiden kuin biomedikaalin merkitysulottuvuuksien etsimiseksi teksteistä.

Yhteiskunnallis-historiallisen kontekstoinnin rajauksesta seurasi se, että tutkimustani ”vaivaa” kaksijakoisuus. Valitessani metodiset työkaluni, tein samalla tietoteoreettisia valintoja (ks. Honkasalo 1996, 119). Voi sanoa, että teoriat yhteiskunnallisesta muutoksesta ja empiiriset tulokseni eivät riittävästi kohta ja keskustele keskenään. Kulttuuristen merkitysten tulkinnassa on kuitenkin huomioitava, että merkitykset eivät heijasta suoraan jotain ideologiaa tai muuttuvaa yhteiskunnallista rakennetta⁸⁶.

Tutkimukseni lähtökohta ja etenemissuunta on ollut induktiivinen. Olen tehnyt tutkimusta aineistolähtöisesti, tutkinut ja tulkinnut aineistoani ensisijaisemmin kuin yhteiskuntatieteellisiä tai historiallisia tutkimuksia. Tutkimusprosessin alussa perehdyin riskiyhteiskuntaa käsitteleviin tutkimuksiin (esim. Beck 1990), ruumiillisuuden sosiologiaan (esim. Turner 1984) ja hyvinvointivaltion muodostumista ja naisten asemaa käsitteleviin tutkimuksiin (esim. Heinonen 1993, Rantalaiho 1994). Monet kulttuurintutkimusta ja konstruktionismia edustavat, tai niitä lähellä olevat, tutkimukset ovat siis vaikuttaneet ajatteluuni, vaikka en ole kovin yksityiskohtaisesti eksplikoanut väitöskirjaprosessiin kuulunutta lukemistyötäni. Keskeistä tutkimuksessa on ollut kulttuuristen merkitysten etsiminen aineistosta, josta seurasi se, että laajat teoreettiset pohdinnat jäivät tässä työssä vähemmälle. Esimerkiksi individualistista ja kollektivistista diskurssia käsittelevässä luvussa ei ole niinkään olennaista se, miten kansa, väestö, kansalainen tai yksilö on ymmärretty tietoteoreettisesti, vaan se, kuinka näitä käsitteitä aineistossa käytetään erilaisten diskurssien osina.

86. Pertti Alasuutari (1994, 21) toteaa, että lausumat tai puheavaruudet eivät ole ikuisia tai universaaleja ideologioiden ilmenemismuotoja, vaan ajallisesti ja paikallisesti ainutkertaisia merkitysten, käytäntöjen ja toimijoiden asemien muodostumia.

Tässä tutkimuksessa on ollut kyse kahta erilaista tartuntatautia käsittelevien tekstien tulkinnasta. Esimerkiksi tuberkuloosi on sairaus, joka voi levitä ”arkipäiväisemmin” ja vähemmän intiimeissä vuorovaikutussuhteissa kuin aids. Sairauksien välisistä eroista huolimatta, ja osin juuri niiden ”ansiosta”, on ollut mahdollista tutkia tekstejä yhdistäviä ja erottavia kulttuurisia ulottuvuuksia. Sekä tuberkuloosi että aids ovat ongelmia, joihin etsitään ratkaisuja osittain yhteneväisin keinoin. Molempia sairauksia käsittelevissä teksteissä osoitetaan yksilöille erilaisia tavoittelemisen arvoisia toimintatapoja. Edellisen lisäksi yhteisön panos sairauksien vastaisessa toiminnassa nähdään merkittävänä. Yhteistä molempia sairauksia koskeville teksteille on toiminnan jatkuvuuden korostus. Eri toimijoiden olisi sairauksien hoitamisen ja tutkimisen vaikeuksista huolimatta pyrittävä kohti terveyttä.

Lopuksi haluan vielä korostaa sitä, että en ole pyrkinyt löytämään ehdottomia totuuksia. Suvi Ronkainen (1999, 216) toteaa, että jokainen tietäjä on paikantunut. Tutkija tietää jostakin positioista käsin ja tiettyjä diskursseja eläen. Tämän tutkimuksen tekijän paikka on ollut konstruktionistisesti suuntautuneen sosiologin näkökulma aiheeseen ja aineistoon, joka tutkimuksen alussa näyttäytyi minulle vieraana maastona. Joku toinen tutkija olisi katsonut aineistoa toisin, mutta sosiaalinen konstruktionismi ja sosiologinen kulttuurintutkimus ovat olleet ensisijaisia oppimiseni karttoja, jotka toivoakseni suuntaavat tietämykseni ja tulkintani osaksi tietovarantoa, joka mahdollistaa kommenttien tekemisen ja vastavuoroisen keskustelun. Kysymysten tekeminen ei ole ollut helppoa ja vastauksienkin ovat – mitä en sano puolustellen – epävarmoja, sillä ymmärrän tieteen olevan sellaista; epävarmaa ja kipeää.

Me tarkoitimme tieteellä juuri sitä. Että sekä kysymyksiin että vastauksiin liittyy epävarmuutta, ja että kysyminen tekee kipeää. Mutta että muutakaan tietä ei ole. Eikä mitään salata, vaan kaikki tuodaan päivänvaloon. (Høeg 1994, 28)

Henkilökohtaisena projektina tämän tutkimuksen tekeminen on merkinnyt minulle muun muassa sitä, että kykenen tarkastelemaan

varhaislapsuuteeni vaikuttanutta sairautta, tuberkuloosia, uudesta näkökulmasta. Suhtautumiseni tuberkuloosiin on muuttunut. En esimerkiksi ihmettele enää sitä, miksi joulumerkkikotia on pidetty instituutiona, joka ensisijaisesti lisää kansakunnan vahvuutta. Olen löytänyt useisiin aiemmin itselleni hankaliin kysymyksiin vastauksia, mutta tutkimus on myös tuonut mukanaan uusia. Esimerkiksi se, kuinka vielä suomalaisessa sodanjälkeisessä yhteiskunnassa suhtauduttiin yksilön sairauteen lähinnä yhteiseen velvollisuuteen ja moraaliin vahvasti tukeutuen, jäi askarruttamaan mieltäni. Missä vaiheessa ja miksi yksilön tunnetalous on noussut keskeisemmäksi asiantuntijoiden ja yleisen keskustelun kohteeksi? Edellä sanotun valossa näyttää siltä, että sairaus yksilöllisenä kokemuksena ja vastuullisena itsehoidon projektina tuli esiin vasta 1960–70-lukujen vaihteessa. Mutta miksi yksilöiden tunteet ja moraalit kanavoitiin ennen niin voimakkaasti isänmaahan ja yhteisiin velvollisuuksiin, jolloin samalla peittyi mahdollisuus puhua julkisesti sairauksien mukanaan tuomista vaikeista yksilöllisistä kokemuksista? Samasta asiasta on kyse nykypäivänäkin, vaikka tapa puhua yksilön oikeuksista ja velvollisuuksista on muuttunut. Yksilö voi kertoa vapaasti sairaudestaan ja henkilökohtaisesta kamppailustaan sitä vastaan, mikäli kyseessä on sosiaalisesti hyväksytty sairaus.

Liite 2. Tutkimusaineisto ja tekstityypit

Tässä liitteessä esittelen tutkimusaineiston siten, että aluksi olen luetteloinut kaikki tuberkuloosia käsittelevät tekstit. Ensin esittelen Terveystieteiden tutkimuslaitoksen tutkimusaineistossa ilmestyneet ja sen jälkeen Suomen Lääkärilehdessä ilmestyneet tekstit. Tuberkuloosi-tekstejä seuraavat Suomen Lääkärilehden ja Kotilääkärin aids-tekstit. Molemmista lehdissä ilmestyneet tekstit on lueteltu ilmestymisjärjestyksessä. Luettelon lopussa on mainittu myös muut tekstit, joita olen käyttänyt. Liitteen lopussa kuvailen lyhyesti tutkimusaineistoon kuuluvia tekstityyppejä.

Aineistossa on mukana määrällisesti suurin piirtein yhtä paljon tuberkuloosi- ja aids-tekstejä. Tuberkuloosia käsitteleviä tekstejä löysin Suomen Lääkärilehdestä yhteensä 65, joista valitsin aineistoon mukaan 37 tekstiä. Karsintaa tein kielen perusteella siten, että jätin ruotsin- ja saksankieliset tekstit pois. Lisäksi rajasin aineiston ulkopuolelle osan teksteistä, joissa keskitytään spesifeihin tuberkuloosin hoitotapoihin, kuten antibioottiseen hoitoon tai lääkkeiden sivuvaikutuksiin. Suomen Lääkärilehden aids-tekstejä löysin 70, joista aineistossa on mukana 64. Vuonna 1987 ilmestyi aids-teemanumero, jonka teksteistä rajasin kuusi pois sillä perusteella, että ne käsittelevät yksityiskohtaisesti ja minulle vaikeaselkoisesti lääketieteellistä kemiaa ja laboratoriolöydöksiä. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen tutkimusaineistossa on mukana kaikki löytämäni tuberkuloosia ja aidsia käsittelevät tekstit vuosilta 1946–1996.

1. Tuberkuloosia käsittelevät Terveydenhoitolehden tekstit:

1947

Terveydenhoitolehti. 2/1947. Ss. 44–47. Panelius Armas: Keuhkotuberkuloosi on todettava ja saatettava hoitoon ajoissa. (artikkeli).

Terveydenhoitolehti. 3/1947. Ss. 71–73. Savonen Severi: Kansanterveyden vihollinen numero yksi. Osa I. (artikkeli).

Terveydenhoitolehti. 4/1947. Ss. 96–98. Savonen Severi: Kansanterveyden vihollinen numero yksi. Osa II. (artikkeli).

1948

Terveydenhoitolehti. 4/1948. Ss. 74–76. Savonen Severi: Nuoriso pelastettava keuhkotaudilta! (artikkeli).

Terveydenhoitolehti. 11/1948. Ss. 230–231. Savonen Severi: Keuhkotautitaistelumme uusin vaihe. (artikkeli).

1949

Terveydenhoitolehti. 6–7/1949. Ss. 142–143. Kansainvälinen tuberkuloositorjunta. (raportti).

Terveydenhoitolehti. 5/1949. Ss. 109–111. Tammilehto R.: Nautakarjatuberkuloosista ja sen merkityksestä ihmiselle. (artikkeli).

1950

Terveydenhoitolehti. 3/1950. Ss. 59–61. Pesonen Inkeri: Parantolan sisäisestä maailmasta. (potilaan puheenvuoro).

Terveydenhoitolehti. 7–8-/1950. Ss. 150–152. Vartiovaara T.W.: Ilmatartunnasta ja sen estämisestä. (artikkeli).

1951

Terveydenhoitolehti. 5/1951. Ss. 102–104. Lojander W.: Tuuletus on osa terveydenhoitoa. (artikkeli).

1952

Terveydenhoitolehti. 4/1952. Ss. 78–80. Mali Atle M.: Lapsuusiän tuberkuloosista. (artikkeli).

1953

Terveydenhoitolehti. 9/1953. Ss. 186–188. Ekström Mirja: Terveysisärsä tuberkuuloosityöntekijänä. (artikkeli).

Terveydenhoitolehti. 11–12/1953. Ss. 236–238. Savonen Severi: Eikä keuhkotauti loppunutkaan? (artikkeli).

1955

Terveydenhoitolehti. 1/1955. Ss. 64–75. Mitä jokaisen on tiedettävä tuberkuuloosista? (ohjeita erillisessä lehden liitteessä).

Terveydenhoitolehti. 4/1955. Ss. 97–99. Tuberkuuloosista parannutaan – mutta miten selviydytään sen jälkeen? (artikkeli).

Terveydenhoitolehti. 6/1955. S. 146. Ylöstalo Tauno: Tämän hetken tuberkuuloosiotietoutta. (artikkeli).

1956

Terveydenhoitolehti. 4–5/1956. Ss. 110–113. Savonen Severi: Basillinpelko oikeille raiteille. (artikkeli).

1957

Terveydenhoitolehti. 3/1957. Ss. 78–79. Larmola Erkki: Tuberkuuloosihoidolaitosten kehityksestä. (artikkeli).

1958

Terveydenhoitolehti. 11/1958. Ss. 316–318. Pallas Paavo: Olin tuberkuuloosiparantolassa. (potilaan puheenvuoro).

1959

Terveydenhoitolehti. 2/1959. Ss. 262–264. Savonen Severi: Tosiasioita ja harhakäsityksiä keuhkotaudista. (artikkeli).

1960

Terveydenhoitolehti. 9/1960. Ss. 294–297. Savonen Severi: Tutkija Calmette ja hänen rokotteensa. (artikkeli).

Terveydenhoitolehti. 11/1960. Ss. 396, 413. Härö Sakari: Tuberkuuloosi on yhä ongelma. (artikkeli).

1961

Terveydenhoitolehti. 4/1961. Ss. 158–160. Savonen Severi: Kansainvälinen ohjekirjanen tuberkuuloositaistelun tehostamiseksi. (ohjeita).

1962

Terveydenhoitolehti. 12/1962. Ss. 620–622. Gylander-Peltola Sari: Tartunta ja vastustuskyky. (artikkeli).

1964

Terveydenhoitolehti. 9/1964. Ss. 37–40. Mäkipaja J.N.: Tuberkuloosi maapallolla. (artikkeli).

1966

Terveydenhoitolehti. 10/1966. Ss. 38–40. Tola Jaakko S.: Onko pahat tarttuvat taudit hävitetty maailmasta. (artikkeli).

1969

Terveydenhoitolehti. 2/1969. Ss. 46–48. Klaukka Timo: Elinkeinona tuberkuloosi. (artikkeli).

1972

Terveydenhoitolehti. 6/1972. Ss. 31, 51. Wathén Ruth: Tubitoimistojen nykytehtävät. (artikkeli).

1973

Terveydenhoitolehti. 7/1973. Ss. 41–43. Pennanen Outi: Olen tubipotilas. (haastattelu).

1974

Terveydenhoitolehti. 4/1974. Ss. 40–41. 25 tosiasiaa tuberkuloosista. (artikkeli).

Yht. 30 tekstiä

2. Tuberkuloosia käsittelevät Suomen Lääkärilehden tekstit:**1946**

Suomen Lääkärilehti. 24/1946. Ss. 648–656. Vaheri Eino: Kurkunpään tuberkuloosin hoidosta. (artikkeli).

1948

Suomen Lääkärilehti. 3/1948. Ss. 31–42. Larmola Erkki: Tartuntavaarallisuus käsitteestä tuberkuloosissa. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 23/1948. Ss. 667–677. Kyrki Rafael: Calmette-rokotuksen aiheuttamista vaikeuksista lasten tuberkuloosia todettaessa. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 23/1948. Ss. 678–682. Lahermaa G.: Tuberkuloosirokotus ja lääkärikunta. (artikkeli).

1949

Suomen Lääkärilehti. 13/1949. Ss. 388–391. Kansainvälinen tuberkuloosintorjuntataistelu.

Suomen Lääkärilehti. 16/1949. Ss. 469–475. Pirilä Paavo: Ihotuberkuloosin hoidosta. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 21/1949. Ss. 679–684. Larmola Erkki: Tutkimus keuhkotautiparantolassa hoidettujen potilaiden myöhemmästä kohtalosta. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 21/1949. Ss. 667–679. Palmén A.J.: Luu- ja nivel-tuberkuloosin hoito ja hoidon järjestely Suomessa. (artikkeli).

1950

Suomen Lääkärilehti. 7/1950. Ss. 241–253. Mäkipaja Niilo: Uuden tuberkuloosilain mukainen tuberkuloosin vastustamistoiminta tuberkuloosipiirissä lähinnä kunnan- ja kaupunginlääkäriin kannalta. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 9/1950. Ss. 330–331. Larmola Erkki: Kunnan- ja kaupunginlääkäriin velvollisuudet uuden tuberkuloosilain mukaan. (kirjoitus Mäkipajan 7/50 artikkelin johdosta).

1953

Suomen Lääkärilehti. 2/1953. Ss. 51–61. Mäkipaja Niilo: Kokemuksia sosiaalihoitajan työstä parantolassa. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 3/1953. Ss. 93–103. Ylinen Olli: Naisen synnyntielin-tuberkuloosin diagnostiikasta ja hoidosta. (artikkeli).

1954

Suomen Lääkärilehti. 8/1954. Ss. 563–570. Tuovinen P.I.: Munuaistuberkuloosista. (artikkeli).

1955

Suomen Lääkärilehti. 23/1955. Ss. 1851–1856. Tawast-Rancken Saima: Asento-hoito märkäisissä keuhkosairauksissa. (artikkeli).

1958

Suomen Lääkärilehti. 15/1958. Ss. 687–716. Larmola Erkki: Tutkimus keuhkotautiparantolassa hoidettujen potilaiden myöhemmästä kohtalosta. Osa II. (artikkeli).

1963

Suomen Lääkärilehti. 13/1963. Ss. 757–762. Laes Tauno: Keuhkotuberkuloosipotilaiden työkykyisyyden arvioimisesta hoidon aikana. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 27/1963. Ss. 1673–1678. Raunio Olavi ja Luntiala Kerttu: Keuhkotuberkuloosikroonikot. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 30/1963. Ss. 1891–1895. Härö A S: Tilastoja tuberkuloosista Suomessa. (artikkeli).

1964

Suomen Lääkärilehti. 22/1964. Ss. 1629–1637. Tuovinen Pauli I ja Sutinen Sepo: Munuaistuberkuloosin lääkehoidosta. (artikkeli).

1968

Suomen Lääkärilehti. 3/1968. Ss. 168–170. Backman Alf ja Wasz-Höckert Ole: Tarvitaanko maassamme nykyisin BCG-rokotuksia. (artikkeli).

1970

Suomen Lääkärilehti. 16/1970. Ss. 1551–1559. Härö A.S.: Tuberkuloosin ehkäisy ja varhainen toteaminen. (artikkeli).

1971

Suomen Lääkärilehti. 24/1971. Ss. 2255–2262. Yliruokanen Aino: Parantolahoitoon sopeutumattomat tuberkuloosipotilaat. (artikkeli).

1972

Suomen Lääkärilehti. 17/1972. Ss. 1704–1710. Heikkilä Hilikka ja Karttunen Kirsti ja Valtimo Riitta: Terveystisaret ja tuberkuloosin avohoito. (artikkeli).

1975

Suomen Lääkärilehti. 12/1975. Ss. 968–971. Riski Hellevi ja Perret Louis: Keuhkotuberkuloosi nykyhetkenä. (artikkeli)

1978

Suomen Lääkärilehti. 31/1978. Ss. 2417–2423. Tammivaara Ritva ja Venho Eino V.: Keuhkosairauspotilaat ja keskusparantoloiden käyttö. (artikkeli).

1980

Suomen Lääkärilehti. 13/1980. Ss. 1093–1099. Tammivaara Ritva & Venho Eino V.: Tuberkuloosi ja raskaus. (artikkeli).

1986

Suomen Lääkärilehti. 3/1986. Ss. 127–130. Similä Seppo & Liedes Eeva: Lasten tuberkuloosi. (artikkeli).

1988

Suomen Lääkärilehti. 5/1988. Ss. 414–415. Parkkali Liisa: Tuberkuloosin vastustaminen Mosambikissa. (matkakertomuksia).

1989

Suomen Lääkärilehti. 4/1989. Ss. 280–284. Vaara Jaakko & Tukiainen Hannu: Tuberkuloosin seulonta pienoiskuvauksin jo tarpeeton. (artikkeli).

1990

Suomen Lääkärilehti. 1–2/1990. Ss. 8–10. Tala Eero & Tala-Heikkilä Marianna & Nurmela Tarja & Tuominen Juhani & Jokinen Anneli & Liippo Eeva & Riihijärvi Anja & Rönnemaa Ilmi: BCG-uusintarokotus loppusuoralla. (artikkeli).

1992

Suomen Lääkärilehti. 6/1992. Ss. 542–543. Fabrizio Tuula (toim.): Uutiskirje Yhdysvalloista.

1993

Suomen Lääkärilehti. 14/1993. Ss. 1351–1352. Oletko valmis – keuhkotauti tulee taas. (octopus).

1995

Suomen Lääkärilehti. 18–19/1995. Ss. 2126–2128. Fabrizio Tuula (toim.): Uutiskirje Yhdysvalloista.

Suomen Lääkärilehti. 36/1995. S. 3962. Tala Eero: Tuberkuloosi Suomessa 1994. (tiedotus).

Suomen Lääkärilehti. 34/1995. S. 3713. Tuberkuloosi voi tarttua luentosalissakin. (muut lääkirilehdet).

1996

Suomen Lääkärilehti. 11/1996. S. 1194. Raskaus ja tuberkuloosi. (muut lääkirilehdet).

Suomen Lääkärilehti. 13/1996. Ss. 1409–1412. Tala Eero: Tuberkuloosi on maailman hätä, mutta ei Suomen. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 28/1996. Ss. 2859–2860. Hoitohenkilökunnan tuberkuloosiriski kasvussa. (muut lääkirilehdet).

Yht. 37 tekstiä

3. Aidsia käsittelevät Suomen Lääkärilehden tekstit:

1983

Suomen Lääkärilehti. 15/1983. Ss. 1419–1420. Valle Sirkka-Liisa: Uhkaava AIDS. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 26/1983. Ss. 2247–2250. Pönkä Antti & Valle Sirkka-Liisa & Ranki Annamari & Pettersson Tor: AIDS:n diagnosointi. (artikkeli).

1985

Suomen Lääkärilehti. 4/1985. Ss. 252–257. Krohn Kai & Valle Sirkka-Liisa & Anttonen Jaakko & Ranki Annamari: HTLV-III -infektion kliininen kirjo: oireettomasta kantajasta AIDSiin. (artikkeli).

1986

Suomen Lääkärilehti. 5/1986. Ss. 346–347. Valle Sirkka-Liisa: Lääkärinkunta ja AIDS. (pääkirjoitus).

Suomen Lääkärilehti. 7/1986. Ss. 620–622. Pönkä Antti: Tiedotuksella AIDS:a vastaan. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 8/1986. Ss. 734–735. Nissinen Jussi: HTLV III -tartunnan saaneet potilaat tarvitsevat tukiterapiaa. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 12/1986. Ss. 1069–1072. Koistinen Jukka: Verivalmisteet ja AIDS. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 13/1986. Ss. 1223–1224. Hentilä Jorma: AIDS-riski ja siitä tiedottaminen. (artikkeli).

- Suomen Lääkärilehti. 14/1986. Ss. 1335–1336. AIDS – nyt. (octopus).
- Suomen Lääkärilehti. 16/1986. Ss. 1486–1487. Vartiovaara Ilkka: AIDS ja arkipäivä. (pääkirjoitus).
- Suomen Lääkärilehti. 22–23/1986. Ss. 2051–2054. Valle Sirkka-Liisa: AIDS-tutkijain kansainvälinen kokous Pariisissa. (raportti)
- Suomen Lääkärilehti. 29/1986. Ss. 2755–2757. AIDS terveydenhuollon työsuojeluongelmana. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 33/1986. Ss. 3188–3192. Ranki Annamari & Krohn Kai: AIDS-rokote – tarua vai totta. (artikkeli).

1987

- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 814–820. Elovaara Irina & Poutiainen Erja & Iivanainen Matti: HIV-infektiopotilaan neurologiset ja neuropsykologiset ilmentymät. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 841–842. Koistinen Jukka: Verenluovutus ei ole HIV-testi. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 848–852. Krohn Kai: AIDS-rokotteen kehitysmissä nyt ollaan. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 859–860. Lithen Outi: AIDS-tukikeskus ja sen toiminta. (tiedoteluonteinen artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 853–858. Lähdevirta Juhani: varautuminen HIV-epidemiaan sairaalalaitoksen ja avohoidon kannalta. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. S. 876. Lääkintöhallitus tutki suomalaisten AIDS-käsitykset. (kirjaesittely).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 802–807. Ruutu Petri: HIV-infektion kliiniset esiintymismuodot. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 799–801. Valle Sirkka-Liisa & Suni Jukka & Koistinen Jukka & Rasi Vesa & Lähdevirta Juhani & Pönkä Antti & Ranki Annamari & Krohn Kai: HIV-infektio Suomessa. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. S. 795. Valle Sirkka-Liisa: AIDSin torjunta – vain ehkäisyvälineitäkö. (pääkirjoitus).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 808–812. Valle Sirkka-Liisa: HIV-infektio iho- ja sukupuolitautina. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 9/1987. Ss. 797. Vartiovaara Ilkka: Ajankohtainen AIDS. (pääkirjoitus).

1988

- Suomen Lääkärilehti. 6/1988. Ss. 506–509. Aho Kimmo & Alftan Irma & Kantanen Marja-Leena & Pönkä Antti & Tikkanen Jorma & Visakorpi Risto: HIV-infektion seulonta- ja kyselytutkimus kutsunnoissa 1987. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 14/1988. Ss. 1409–1411. Valle Sirkka-Liisa: HIV-infektio tullut jäädäkseen. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 29/1988. Ss. 2851–2852. Kansainvälinen teemapäivä korostaa aids-ongelman yhteisyyttä. (WHO:n toiminnan esittelyä).

Suomen Lääkärilehti. 35/1988. Ss. 1493–3500. Kontula Osmo & Rimpelä Matti: Onko aids-valistus vaikuttanut nuorten seksuaalisuuteen 1986-88? (artikkeli).

1989

Suomen Lääkärilehti. 24/1989. Ss. 2382–2385. Pönkä Antti & Tikkanen Jorma & Hovi Satu & Haikala Olli: HIV-infektio Suomessa 1983–1988. (artikkeli).

1990

Suomen Lääkärilehti. 30/1990. Ss. 2677–2679. Aids-ennusteet synkkenevät. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 36/1990. Ss. 3307–3310. Paavola Meri ja Tikkanen Jorma ja Koskela Kaj: Suomalaisten käsitykset HIV-infektiosta vuosina 1988 ja 1990. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 5/1990. S. 379. Valkonen Mikko & Lahti Jarmo: Aids-tukikeskus tukee tiedolla ja taidolla. (tiedotus).

1991

Suomen Lääkärilehti. 7/1991. Ss. 627–629. Leinikki Pauli: Potilaiden testaaminen HIV-pikatesstillä. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 19–20/1991. Ss. 1863–1864. Idänpään-Heikkilä Juhani: Kiviä aids-lääkkeiden ja HIV-rokotteiden tutkimuksen poluilla. (pääkirjoitus).

Suomen Lääkärilehti. 33/1991. Ss. 3132–3136. Oksanen Aino & Lähdevirta Juhani: Aids-potilaiden Pneumocystis carinii -keuhkokuumeen ehkäisy. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 34/1991. S. 3279. Aids-tilastot tänään. (tiedotus).

1992

Suomen Lääkärilehti. 8/1992. S. 717. Aidsin alkuperä. (octopus).

Suomen Lääkärilehti. 12/1992. Ss. 1166–1168. Leinikki Paulikki: HIV-epidemian torjunta Suomessa. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 18/1992. Ss. 1755–1759. Aro Arja & Henriksson Markus & Lönnqvist Jouko: Itsemurhat ja HIV-tartunnan pelko. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 27/1992. Ss. 2532–2535. Fabrizio Tuula (toim.): Uutiskirje Yhdysvalloista.

Suomen Lääkärilehti. 34/1992. Ss. 3245–3247. HIV-rokotteen ja -lääkkeiden kehittäely jatkuu eettisten ongelmien keskellä. (artikkeli).

1993

Suomen Lääkärilehti. 4/1993. Ss. 302–303. Oikeudenkäynti hemofiilipotilaiden HIV-tartunnoista jatkuu Ranskassa. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 8/1993. S. 712. HIV-tartunnat lisääntyneet jälleen. (tiedotus).

Suomen Lääkärilehti. 15/1993. Ss. 1457–1463. Valle Sirkka-Liisa & Ranki Annamari: HIV-infektio. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 15/1993. Ss. 1425–1426. Valle Sirkka-Liisa: Eron HIV-mystiikasta. (pääkirjoitus).

Suomen Lääkärilehti. 15/1993. Ss. 1465–1469. Valle Sirkka-Liisa: Mitä tehdä kun potilaalla todetaan HIV. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 16/1993. Ss. 1581–1582. Ingman-Friberg Susanne & Leinikki Pauli & Paavonen Jorma: HIV-potilaiden kohtaaminen naistenklinikoissa. (artikkeli).

Suomen Lääkärilehti. 26/1993. S. 2479. Hepatiitti B:stä raskaana olevien rutiinintarkastus. (tiedotus)

1994

Suomen Lääkärilehti. 3/1994. S. 203. HI-virus voi siirtyä lapsesta toiseen kotioloissa. (muut lääkärilehdet).

Suomen Lääkärilehti. 6/1994. S. 567. HIV leviää myös lesbojen kesken. (muut lääkärilehdet).

Suomen Lääkärilehti. 6/1994. S. 567. Tuvalusta maa vailla HIV-infektioita. (muut lääkärilehdet).

Suomen Lääkärilehti. 7/1994. Ss. 677. Ympärikkkaus vähentää HIV-tartunnan vaaraa. (muut lääkärilehdet)

Suomen Lääkärilehti. 33/1994. Ss. 3468. HIV-äidin A-vitamiininpuute lisää vastasyntyneen HIV-riskiä. (muut lääkärilehdet)

Suomen Lääkärilehti. 34/1994. Ss. 3624–3629. Leinikki Pauli & Haikala Olli & Kela Eija & Salminen Mika & Kantanen Marja-Leena: HIV ja AIDS Suomessa. (artikkeli).

1995

Suomen Lääkärilehti. 6/1995. Ss. 601–602. HIV-potilaan ripuli – E.coli aiheuttajana? (muut lääkärilehdet).

- Suomen Lääkärilehti. 11/1995. S. 1281. HIV-potilaiden pneumocystis -profylaksi. (muut lääkirilehdet).
- Suomen Lääkärilehti. 11/1995. Ss. 1253–1257. Ashorn Per: Miten ehkäistä immuunikatoviruksen tarttuminen äidistä lapseen. (artikkeli).
- Suomen Lääkärilehti. 12/1995. Ss. 1434–1436. Fabrizio Tuula(toim): Uutiskirje Yhdysvalloista.
- Suomen Lääkärilehti. 18–19/1995. S. 2097. HIV ja Ruandan katastrofi. (muut lääkirilehdet).
- Suomen Lääkärilehti. 22–23/1995. S. 2325. Vastasyntyneen HIV-infektio voi parantua itsestään. (muut lääkirilehdet).
- Suomen Lääkärilehti. 24/1995. Ss. 2410–2411. Paavonen Jorma & Varti Anne-Marie & Sipiläinen Eeva: HIV-positiivinen potilas – välttämätön taakka vai haaste? (pääkirjoitus).
- Suomen Lääkärilehti. 30/1995. S. 3235. Fabrizio Tuula(toim): Uutiskirje Yhdysvalloista.
- Suomen Lääkärilehti. 36/1995. S. 3954. Kaposin sarkoomaan liittyvä virus löytyi verenkierrosta. (muut lääkirilehdet).

1996

- Suomen Lääkärilehti. 34/1996. Ss. 3669–3673. Ylänkö Maaria: AIDS Afrikassa. Syitä levinneisyyseroihin. (artikkeli).

Yht. 64 tekstiä

4. Aidsia käsittelevät Kotilääkärin tekstit:

1986

- Kotilääkäri 3/1986. Ss. 10–12. Keskinen Sirkka: AIDS on uhka nuorisolle. (haastattelu).
- Kotilääkäri 12/1986. Ss. 16–19. Hietaniemi Helena: Miten aids on vaikuttanut seksuaalikäyttäytymiseen? (haastattelu).

1990

- Kotilääkäri 11/1990. Ss. 42–44. Virtanen Heini: ”Aids-testi: positiivinen” Miten elää tiedon jälkeen? (haastattelu).

1995

Kotilääkäri 3/1995. Ss. 55. Hieraniemi Helena: AIDS & salaisuudet. (haastattelu).

Yht. 4 tekstiä

5. Muut tutkimuksessa lainatut Terveystieteiden lehdessä, Kotilääkärissä ja Suomen Lääkärilehdessä ilmestyneet tekstit:

Terveystieteiden lehti 1/1889. Relander Konrad: Kehoitukset kaikille valistusta harrastaville kansalaisille, kansakoulujen opettajille etupäässä. (pääkirjoitus)

Terveystieteiden lehti 12/1932. Ss. 191–192. Savonen Severi: Maila Talvion uusi romaani. (kirjaesittely)

Terveystieteiden lehti 4/1947. S. 88. Uroma Eero: Sukupuolitaudit kansamme vaarana. (pääkirjoitus).

Terveystieteiden lehti 1/1948. S. 3. Pensala Väinö: Terveystieteiden lehden merkitys ja tehtävä. (pääkirjoitus).

Terveystieteiden lehti 4/1950. Ss. 83–84. Jokaiselle naiselle ja miehelle, joka suunnittelee avioliittoon menoa. (artikkeli).

Terveystieteiden lehti 9/1952. Ss. 181–184. Kaprio Leo A.: Paikat puhtaiksi – olympialaisten jälkeenkin! (artikkeli).

Terveystieteiden lehti 10/1975. S. 5. Mattila Antti: Kunnianosoitus terveystieteenlehdelle. (pääkirjoitus).

Kotilääkäri 11/1975. S. 5. Laurila Ritva: Oma kotilääkärinne valmiina palvelukseen. (pääkirjoitus).

Suomen Lääkärilehti 9/1966. Ss. 750–751. Kosonen Tapani: Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning. (pääkirjoitus).

Suomen Lääkärilehti 1996. Mediakortti. Suomen Lääkärilehti, Finlands Läkartidning tavoittaa lääkärit, lääketieteen opiskelijat ja terveystieteiden ammattilaiset. Kyriiri Oy. 1995.

Suomen Lääkärilehti 4/2000. S. 388. Vainiomäki Paula & Wahe-Rohrbach Tuulikki: Raikas, monipuolinen ja kiinnostava tietopaketti naisen vanhenemisesta. (ikäntymistä käsittelevän kirjan esittely)

Suomen Lääkärilehti 11/2000. S. 1213. Hiv-infektioituneille narkomaaneille hoitokeskus. (uutissivut).

6. Aineiston tekstityyppien kuvaus

Tutkimusaineistossa on mukana erityyppisiä tekstejä. Seuraavassa kuvataan lyhyesti erilaisten tekstityyppien luonnetta.

Artikkeli:

Lääketieteellinen tai terveystieteellinen kirjoitus, jonka kirjoittaja(t) lääketieteen ammattilainen. Mukana aineistossa on muutamia muun kuin lääketieteellisen koulutuksen saaneita kirjoittajia.

Etiikka:

Suomen Lääkärilehden palsta, jossa käsitellään lääketieteen etiikkaan liittyviä kysymyksiä.

Tiedotus:

Lyhyt kirjoitus, jossa tuodaan esiin uusia tutkimustuloksia ja hoito-ohjeita.

Kirjallisuutta/kirjaesittely:

Tuberkuloosia tai aidsia käsittelevän kirjan tai tutkimuksen esittely.

Haastattelu:

Potilaan tai terveydenhuoltoalan asiantuntijan haastattelu. Tekstissä voi esiintyä useampia kuin yksi haastateltava.

Muut lääkäri-lehdet:

Suomen Lääkärilehden palsta, jossa esitellään muissa lääkäri-lehdissä olleita kirjoituksia ja lääketieteellisten tutkimusten tuloksia.

Pääkirjoitus:

Lyhyt kirjoitus, joita Suomen Lääkärilehden alussa saattaa olla useampia. Esitellään usein terveystieteellisiä tavoitteita.

Octopus:

Suomen Lääkärilehden palsta, jossa esitellään lyhyesti uusia lääketieteellisiä tutkimustuloksia. Kirjoittajan nimeä ei mainita.

Ohjeita:

Tuberkuloosin tai aidsin hoitoa koskevia ohjeita terveydenhuoltoalan henkilöstölle tai potilaille.

Matkakertomuksia:

Suomen Lääkärilehden palsta, jossa ulkomailla työskentelevä suomalaislääkäri kertoo työstään.

Uutispäiväri, uutissivut:

Suomen Lääkärilehden palsta, jossa esitellään lyhyesti ajankohtaisia terveyttä ja sairautta koskevia uutisia.

Uutiskirje Yhdysvalloista:

Suomen Lääkärilehden palsta, jossa toimittaja kertoo lääketiedettä käsitteleviä uutisia Yhdysvalloista. Samassa kirjoituksessa käsitellään usein erilaisia teemoja.

Potilaan puheenvuoro:

Terveydenhoitolehdessä ilmestyneet potilaiden kirjoittamat artikkelit.

Abstract

Cultural Meanings of Tuberculosis and Aids

This social constructionist study examines cultural meanings of tuberculosis and aids in texts published in two Finnish medical journals. It also discusses the position of care staff and patients in texts published between 1946–1996. The study represents cultural studies and sociology of health and illness.

The data consists of 34 texts published in *Terveydenhoitolehti* (Health Care Magazine) and 101 texts published in *Suomen Lääkärilehti* (Finnish Medical Journal). From 1975 onwards *Terveydenhoitolehti* is called as *Kotilääkäri* (Family Doctor). The articles in these two journals are partly written by the same writers, most of whom are doctors. The Finnish Medical Journal is a professional journal read by Finnish medical doctors, whereas *Terveydenhoitolehti* concentrates more on health education and is targeted to a more heterogeneous audience.

The method of the study is discourse analytical, combined with framework is also rhetorical. The basic concepts of analysis are discourse, repertoire, metaphor and position of an actor. 'Discourse' refers to historical and discursive ways of writing about tuberculosis and aids between 1946–1996, whereas 'repertoire' provides a tool for understanding how a writer changes his or her viewpoint within an individual text. 'Metaphor' is used as a methodological tool to analyse how tuberculosis and aids are described as dangerous actors in the data. 'Position' is used to differentiate between different subject and object positions of patients and health care staff.

When analysing repertoires, five different viewpoints were identified. Three of them, medical, goal oriented and practical

repertoires, are the most common ones in the texts. Other two viewpoints, lay and psychological repertoires, are in less frequent use. Lay and psychological repertoires are more often used in aids texts in 1990s than in the texts published in the 1980s. One explanation for this is, that health care staff have a sufficient knowledge base about hiv and thus there is more "room" and need for psychological and lay understanding. These repertoires emerge in the texts when it is needed to increase understanding towards patients' feelings and experiences.

Metaphoric language is widely used in the data. Metaphors, such as war, nature, crime, journey and play metaphors are used in texts examined. War metaphors describe illness and action against illness on both micro and macro levels. By using micro level war metaphors writers construct a face and a character for the illness or for a microbe. For example, hi-virus is seen as "an ingenious antagonist" which is a great "challenge" for scientists. The function of macro level war metaphors is to invite readers to act against tuberculosis and aids. Macro level war metaphors emerge in the texts about tuberculosis as far as in the end of 1960s after which it is not necessary anymore to invite "the whole nation to a battle against the enemy". After in the end of the 1960s tuberculosis is no longer given meaning as a dangerous enemy nor as a national threat. In the first published aids texts macro level war metaphors do not emerge but micro level war metaphors are used. Later, in the end of 1980s, macro level war metaphors are found in aids texts too. The writers highlight the prevention of aids instead of inviting people to a national battle against aids.

Two main discourses are distinguished in the data. These discourses are named as individualistic and collectivistic discourses. Two variants of the collectivistic discourse were found that change during the research period. These are the nationalistic discourse and the discourse of population. The nationalistic discourse was found to prevail in tuberculosis texts published in the 1940s and 1950s. The nationalistic emphasis begins to disappear in the 1960s while the discourse of population increases at the same time. After the 1960s it is not so common to appeal to a collectivistic spirit of togetherness any more. Instead of a member of the Finnish nation, the main responsibility

concerning the prevention of illness now seems to belong to an individual.

In terms of their subject positions, the patients are conceptualised as objects, actors and feeling subjects in the data. The most common way to describe the patient is to see him or her as an object of medical treatment or study. Patients are also described as active actors, for example, when they are described as taking care of themselves. A less common position for a patient in the data is the position of a feeling subject. Some qualitative changes, however, are found in the use of this position. In the texts between the 1940s and 1960s the 'feeling patient' is seen as a citizen in need of control and education by doctors. Positive feelings or strong self-control are thus not connected to the descriptions of patients. Since the end of the 1960s, the patient is described as a feeling subject who is willing to take care and control of him or herself. The patient is frequently presented more as a responsible individual and as capable of making his or her own choices.

In the light of whole data, however, it seems that extensive changes do not take place in the texts between 1946–1996. Medical knowledge, health education and positions of actors are produced comparatively in the same ways during the research period. Medicine, illnesses and culture change, but the conventions of medical writing stay relatively stable.

Keywords:

Tuberculosis, aids, metaphors of illness, patients' subject positions, discourse analysis, rhetorical analysis, cultural studies.

Lähteet

- Aamulehti 29.6.1993. Tuberkuloosin hallinta riistäytyy käsistä.
- Aamulehti 10.3.1999. Anja Mulari-Ikonen: Kotisairaalat ovat yksi ratkaisu sairaalapaikkojen puutteeseen. Tiputuksessa voi olla kotonakin.
- Ahtokari Reijo: Elämä voittaa. Puoli vuosisataa työtä keuhkovammaisten hyväksi. Otava. Keuruu. 1991.
- AIDS Suomessa. 28.6.1999. <http://www.aidsCouncil.fi/Pages/taulu1.html>
- Aids-tukikeskus. Yksin yössä. Kondomi rauhoittaa. Yliopistopaino. Helsinki. 1991.
- Airola Anu, Koskinen Heikki J. & Mustonen Veera (toim.): Merkillinen merkitys. Gaudeamus. Helsinki. 2000.
- Alanen Pentti: Luonnontiede, lääketiede, tieteenteoria. Gaudeamus. Painokaari Oy. Helsinki. 1989.
- Alasuutari Pertti: Erinomaista, rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Hanki ja Jää. Painokaari Oy. Helsinki. 1989.
- Alasuutari Pertti: Desire and Craving. A Cultural Theory of Alcoholism. State University of New York Press. 1992.
- Alasuutari Pertti: Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere. 1993.
- Alasuutari Pertti: Kulttuurintutkimus ja kulturalismi. Teoksessa: Kulttuurintutkimus. Johdanto. Toim. Kupiainen Jari & Sevänen Erkki. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Tietolipas 130. Gummerus. Jyväskylä. 1994.
- Alasuutari Pertti: Toinen tasavalta. Vastapaino. Tampere. 1996.
- Alasuutari Pertti: Älymystö ja kansakunta. Teoksessa: Elävänä Euroopassa. Muuttuva suomalainen identiteetti. Toim. Alasuutari Pertti & Ruuska Petri. Vastapaino. Tampere. 1998.
- Alasuutari Pertti: Hypoteettisesta universumista ja tilastollisista yhteyksistä johtolankoina. Sosiologia 37. Vsk. No. 2. 2000.
- Alasuutari Pertti & Ruuska Petri: Post-Patria? Globalisaation kulttuuri Suomessa. Vastapaino. Tampere. 1999.
- Alestalo Matti: Yhteiskuntaluokat ja sosiaaliset kerrostumat toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa: Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. Valkonen Tapani ym. WSOY. Helsinki. 1985.
- Anttonen Anneli: Feminismi ja sosiaalipolitiikka. Miten sukupuolesta tehtiin yhteiskuntateoreettinen ja sosiaalipoliittinen avainkäsite. Tampere University Press. Vammala. 1997.
- Anttonen Anneli & Sipilä Jorma: Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino. Tampere. 2000.
- Anttonen Veikko & Viljanen Anna Maria: Mary Douglas ja ajattelun yhteisöllisyys. Esipuhe teoksessa: Douglas Mary: Puhtaus ja vaara. Rituaalisen rajanvedon analyysi. Vastapaino. Tampere. 2000.

- Apo Satu: Suomalaisuuden stigmatisoinnin traditio. Teoksessa: Elävänä Euroopassa. Muuttuva suomalainen identiteetti. Toim. Alasuutari Pertti & Ruuska Petri. Osuuskunta Vastapaino. Tampere. 1998.
- Aristoteles: Runousoppi. Otava. Keuruu. 1982.
- Armstrong David: The Patient's View. *Social Science and Medicine*. Vol. 18. No. 9. 1984.
- Aro Jari: Sosiologinen modernisaatioteoria ja narratiivisuus. *Sosiologia* 30.vsk. No. 2. 1993.
- Aro Jari: Sosiologia ja kielenkäyttö. *Acta Universitas Tamperensis* 654. Tampereen yliopisto. Tampere. 1999.
- Barker Chris: *Cultural Studies. Theory and Practice*. Sage Publications. London. 2000.
- BBC News. 1.2.1999. Sci/Tech. Aids origin 'discovered'. [Http://news.bbc.co.uk/hi/english/sci/tech/newsid_269000/269306.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/english/sci/tech/newsid_269000/269306.stm)
- Burr Vivien: *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge. London and New York. 1996.
- Berger Peter & Luckman Thomas: *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Gaudamus. Helsinki. 1994.
- Chilton Paul & Ilyin Mikhail: Metaphor in political discourse: the case of the 'common European house'. *Discourse & Society*. Vol 4. No. 3. 1993.
- Clark Burton R.: *The Higher Education System. Academic Organization in Cross-National Perspective*. University of California Press. Berkeley. Los Angeles. London. 1983.
- Conrad Peter: Public Eyes and Private Genes: Historical Frames, News Constructions, and Social Problems. *Social Problems*. Vol. 44. No 2. May 1997.
- Deleuze Gilles: *Foucault*. The Athlone Press, London. 1988.
- Doctors Without Borders. 22.11.1999. <http://www.dwb.org/intro.htm>
- Douglas Mary: Puhtaus ja vaara. Rituaalisen rajanvedon analyysi. Vastapaino. Tampere. 2000.
- Eskola Antti & Jylhä Marja & Weckroth Klaus: AIDS:n logiikasta. Teoksessa: AIDS asiallisesti. Toim. Stålström Olli. AIDS-tukikeskuksen julkaisusarja n:o 1. Painokaari Oy. Helsinki. 1987.
- Fairclough Norman: *Discourse and Social Change*. Polity Press. 1992.
- Fairclough Norman: *Miten media puhuu*. Vastapaino. Tampere. 1997.
- Farmer Paul: Sending Sickness: Sorcery, Politics, and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 4. No 1. 1990.
- Fiske John: Merkkien kieli. Johdatus viestinnän tutkimiseen. Vastapaino. Jyväskylä. 1992.
- Foucault Michel: *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972–1977*. Toim. Colin Gordon. The Harvester Press. 1980.

- Foucault Michel: *Archaeology of Knowledge*. London. Tavistock. 1985.
- Foucault Michel: *Seksuaalisuuden historia*. Tiedontahto. Nautintojen käyttö. Huoli itsestä. Gaudeamus. Tammer-Paino Oy. Tampere. 1998.
- Frykman Jonas & Löfgren Orvar: *Culture Builders. A Historical Anthropology of Middle-Class Life*. Rutgers University Press. 1987.
- Giddens Anthony: *Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa*. Teoksessa: *Nykyajan jäljillä*. Beck Ulrich, Anthony Giddens & Lash Scott. Vastapaino. Jyväskylä. 1996.
- Gronow Jukka: *Tupakointi, teknologian riskit ja tieteen legitimiisyys*. *Sosiologia* 37.vsk. No 3. 2000.
- Goffman Erving: *Minuuden riistäjät*. Tutkielma totaalisista laitoksista. Marraskuun liike. Lohjan sanomalehti- ja kirjapaino Oy. Lohja. 1969.
- Gubrium Jaber F.: *Oldtimers and Alzheimer's. The Descriptive Organization of Senility*. Greenwich, Conn. JAI Press. 1986.
- Gubrium Jaber F. & Holstein James A.: *The New Language of Qualitative Method*. Oxford University Press. New York. Oxford. 1997.
- Gubrium Jaber F. & Holstein James A.: *Narrative Practice and the Coherence of Personal Stories*. *The Sociological Quarterly*. Vol. 39. No 1. 1998.
- Gubrium Jaber F. & Holstein James A.: *Analyzing Interpretive Practice*. Chapter for *Handbook of qualitative Research, 2nd Edition*, edited by Norman K. Denzin & Yvonna Lincoln for Sage Publications. 1999.
- Guibert Hervé: *Ystävälle joka ei pelastanut henkeäni*. Tammi. Jyväskylä. 1991.
- Hakosalo Heini: *Sairaudet kulttuuri-ilmiönä – tieteenhistoriallinen näkökulma*. *Tiede & Edistys*. 22. vsk. No. 2. 1997.
- Harvilahti Lauri & Kalliokoski Jyrki & Nikanne Urpo & Onikki Tiina (ed.): *Metafora. Ikkuna kieleen, mieleen ja kulttuuriin*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki. Tampereen Pikakopio Oy. 1992.
- Heinonen Jari: *Kattotarinaan monikärkiseen pohdintaan. Ajatuksia suomalaisesta sosiaalipolitiikasta*. Gaudeamus. Helsinki. 1993.
- Helén Ilpo: *Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle*. Gaudeamus. Tammer-Paino Oy. Tampere. 1997.
- Helén Ilpo: *Elämä, riski ja ahdistus. Tekniikka ja valinnan etiikka sikiödiagnoseissa*. *Tiede & Edistys*. 26.vsk. 2/2001.
- Helsingin Sanomat 12.8.1994. *Ervamaa Tomi: WHO: Aids ja tuberkuloosi yhdessä tappava aikapommi. Maailman terveysjärjestö varoittaa kaksoisepidemiasta erityisesti Aasiassa*.
- Helsingin Sanomat 12.7.1997. *Reinboth Susanna: Hiv-tartuttajan tuomio kaksi vuotta liian pitkä*.
- Helsingin Sanomat 30.11.1999. *Heiskanen Riitta: Helsinkiläiset ovat tyytyväisiä kotisairaalaan. "Koti on hyvä paikka sairastaa"*.

- Hellsten Iina: Trooppien Eurooppa. Metaforien näkökulma suomalaisen EU-journalismin. Tampereen yliopisto. Tiedotusopin laitos. Julkaisematon lisensiaatin-tutkimus. Tampere. 1996a.
- Hellsten Iina: Ovi Eurooppaan vai etuvartio Venäjälle? EU-metaforiikkaa Helsingin Sanomissa ja televisiossa. Teoksessa: Kansa euromyllyssä. Journalismi, kampanjat ja kansalaisten mediamaiset Suomen EU-jäsenyyssprosessissa. Yliopistopaino. Helsinki University Press. Helsinki. 1996b.
- Hellsten Iina & Väliverronen Esa: Metaforat ja geenipuheen lupaus. Tiede & Edistys. 26.vsk. No. 2. 2001.
- Henrikson Alf: Antiikin tarinoita 1-2. WSOY. Helsinki. 1999.
- Henriksson Lea: Ammatillisen sisaruuden uudet jaot – sota terveystyön taitekohtana. Teoksessa: Naisten hyvinvointivaltio. Toim. Anttonen Anneli, Henriksson Lea & Nätkin Ritva. Vastapaino. Tampere. 1994.
- Henriksson Lea: Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Stakes. Tutkimuksia 88. Jyväskylä. 1998.
- Hervonen Antti & Nienstedt Walter: Potilaan sanasto. Lääketieteellinen oppimateriaalikeskustantamo Oy. Tampere. 1980.
- Hietala Marjatta: Rotuhygieniä. Teoksessa: Mongoleja vai germaaneja? Toim. Kemiläinen Aira. Historiallinen arkisto 86. Suomen historiallinen seura. Helsinki. 1985.
- Hietala Marjatta: Innovaatioiden ja kansainvälistymisen vuosikymmenet. Teoksessa: Tietoa, taitoa, asiantuntemusta. Helsinki eurooppalaisessa kehityksessä 1875–1917. Osa 1. Suomen historiallinen seura. Helsinki. 1992.
- HIV-infektio Suomessa. 13.5.1997. <http://www.yle.fi/koulukanava/liikunta/terveys/aids/taulu2.htm>
- HIV/AIDS 1999. 6.5.1999. <http://www.aidsCouncil.fi/Pages/hivAids.html>
- Honkasalo Marja-Liisa: Laadullinen tutkimus paradigmatilana – esimerkkinä krooninen kipu. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2/1996. Vsk. 33.
- Honkasalo Marja-Liisa: Kulttuuri, terveys ja sairaus. Suomen Lääkärilehti 12/2000. Vsk 55.
- Honkasalo Marja-Liisa: Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti. Teoksessa: Terveystieteiden sosiologian suuntauksia. Toim. Kangas Ilka, Karvonen Sakari & Lillrank Annika. Gaudeamus. Helsinki. 2000.
- Hunter Kathryn Montgomery: Doctors' Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge. Princeton, N. J. Princeton University Press. 1991.
- Huotari Kari: AIDS kysymyksen muotoutuminen kansallisessa kirjoittelussa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä. 18. Lapin yliopisto. Rovaniemi. 1993.
- Huotari Kari: Positiivista elämää. Hiv-tartunnan saaneiden selviytyminen arjessa. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 2/1999. Yliopistopaino. Helsinki. 1999.

- Hänninen Vilma: Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitas Tamperensis 696. Tampereen yliopisto. Tampere. 1999.
- Härö A.S.: Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen historia. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys. 1992.
- Høeg Peter: Rajatapaukset. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Juva. 1994.
- Jalonen Riitta: Taudin syy. Karisto Oy. Hämeenlinna. 1996.
- Jauho Mikko: Kansallisen terveyden eetos. Kartoitus terveyden yhteiskunnallistumisesta ennen toista maailmansotaa. Pro gradu. Helsingin yliopisto, sosiologian laitos. 1997.
- Jokinen Arja, Juhila Kirsi & Suoninen Eero: Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Jyväskylä. 1993.
- Jokinen Arja & Juhila Kirsi: Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa: Diskurssianalyysi liikkeessä. Arja Jokinen & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. Vastapaino. Tampere 1999.
- Jokinen Arja: Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa: Diskurssianalyysi liikkeessä. Arja Jokinen & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. Vastapaino. Tampere. 1999.
- Jormanainen Vesa & Pärnänen Heikki: Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä. Teoksessa: Etiikka, vapaus, valinnanvapaus. Terveydenhuollon tulevaisuus. PAINATUSKESKUS OY. Helsinki. 1993.
- Juhila Kirsi & Suoninen Eero: Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa: Diskurssianalyysi liikkeessä. Arja Jokinen & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. Vastapaino. Tampere. 1999.
- Juhila Kirsi: Tutkijan positiot. Teoksessa: Diskurssianalyysi liikkeessä. Arja Jokinen & Juhila Kirsi & Suoninen Eero. Vastapaino. Tampere. 1999.
- Julkunen Raija: Naisten aika. Tiede & edistys. 11. vsk. No. 4. 1985.
- Jääskinen Aune: Ikonitohtori. Otava. Keuruu. 1998.
- Kaikki AIDSista. Toim. Leinikki Pauli & Löytönen Markku. WSOY. Porvoo. 1993.
- Kaikkonen Olli: Eriarvoisuusajattelu, rotukäsitykset ja sosiaalidarwinismi. Teoksessa: Mongoleja vai germaaneja? - rotuteorioiden suomalaiset. Toim. Aira Kemiläinen, Marjatta Hietala & Pekka Suvanto. Suomen Historiallinen Seura. Historiallinen Arkisto 86. Helsinki. 1985.
- Kalin Kai: Veressä. Werner Söderström Osakeyhtiö. Juva. 1993.
- Kangas Ilka & Karvonen Sakari: Terveys sosiologia ja postmoderni. Teoksessa: Terveys sosiologian suuntauksia. Toim. Kangas Ilka, Karvonen Sakari ja Lillrank Annika. Gaudeamus. Helsinki. 2000.
- Kangasniemi Riitta: Elämä ja selviytyminen HIV-positiivisena. HIV-positiivisten naisten kokemuksia. Kansanterveystieteen julkaisuja M 120:1996. Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos. 1995.

- Karisto Antti & Rahkonen Ossi: Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa: Terveys sosiologian suuntauksia. Toim. Kangas Ilka, Karvonen Sakari & Lillrank Annika. Gaudeamus. Helsinki. 2000.
- Karisto Antti & Takala Pentti: Suomi muuttuu. Näkökulmia elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutokseen. WSOY. Porvoo. 1990.
- Kastari Irma: Sotasiirtolaisten laitoshuolto. WSOY. Porvoo. 1965.
- Kavén Pertti: 70 000 pientä kohtaloa. Suomen sotalapset. Otava. Keuruu. 1985.
- Kendall Gavin & Wickham Gary: Using Foucault's Methods. Sage Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi. 1999.
- Kettunen Pauli: Suojelu, suoritus, subjekti. Työsuojelu teollistuvan Suomen yhteiskunnallisissa ajattelu- ja toimintatavoissa. Suomen historiallinen seura. Historiallisia Tutkimuksia 189. Helsinki. 1994.
- Kivistö Kalevi: Vaihdamtaintegraatio tuberkuloosiparantolassa. Sosiologia 4.vsk.No.1. 1967.
- Kivistö Kalevi: Tuberkuloosiparantolan sosiaalinen järjestelmä ja potilaan hoidossa pysyminen. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos 49/1969. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden edistämisseura r.y. Jyväskylä. 1969.
- Kodin Lääkärikirjasto. Weilin + Göös. Espoo. 1977.
- Koivunen Anu: Isänmaan moninaiset äidinkasvot. Sotavuosien suomalainen naisten elokuva sukupuoliteknologiana. Suomen elokuvatutkimuksen seura. Turku. 1995.
- Kuusi Hanna: Keuhkotauti kansallisvaarana. Tuberkuloosin vastaiset strategiat Suomessa vuoteen 1939 asti. Talous- ja sosiaalhistorian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Helsinki 1995.
- Kärki Riitta: Lääketiede julkisuudessa. Prometheus vai Frankenstein. Vastapaino. Tampere. 1998.
- Laaksovirta Tuula: Kotimaisten lääketieteellisten aikakauslehtien julkaiseminen ja sisältöaines. Tieteentutkimuksellinen tarkasteleu ammatillisten ja tieteellisten aikakauslehtien julkaisemisen teoreettisista perusteista ja sisältöaineksesta 60- ja 70-luvulla. ACTA Tampereen yliopisto. Tampere. 1979.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993. N:o 785. Suomen säädöskokoelma vuodelta 1992. Osa II. Helsinki. 1993.
- Lakoff George & Johnson Mark: Metaphors We Live By. The University of Chicago Press. Chicago and London. 1980.
- Langenhove Luk van & Harré Rom: Introducing Positioning Theory. Teoksessa: Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action. Toim. Harré Rom & Langenhove Luk van. Blackwell Publishers Ltd. Great Britain. 1999.
- Lash Scott: Refleksiivisyys ja sen vastinparit: rakenne, estetiikka, yhteisö. Teoksessa: Nykyajan jäljillä. Beck Ulrich, Anthony Giddens & Lash Scott. Vastapaino. Jyväskylä. 1996.

- Latour Bruno: *The Pasteurization of France*. Harvard University Press Cambridge, Massachusettes and London, England. 1988.
- Lehtonen Mikko: *Kyklooppi ja kojootti. Subjekti 1600-1900 –lukujen kulttuuri- ja kirjallisuusteorioissa*. Vastapaino. Tampere. 1994.
- Lehtonen Mikko: *Merkitysten maailma*. Vastapaino. Tampere. 1996.
- Lillrank Annika & Seppälä Ulla-Maija: *Sairauden ja terveyden kokemus maallikkonäkökulmasta*. Teoksessa: *Terveyssosiologian suuntauksia*. Toim. Kangas Ilka, Karvonen Sakari ja Lillrank Annika. Gaudeamus. Yliopistopaino. Helsinki. 2000.
- Luostarinen Heikki & Väliverronen Esa: *Tekstinsyöjät. Yhteiskuntatieteellisen tekstin lukutaidosta*. Vastapaino. Jyväskylä. 1991.
- Lupton Deborah: *Moral Threats and Dangerous Desires. AIDS in the News Media*. Taylor & Francis. 1994.
- Lupton Deborah: *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in the Western Societies*. Sage Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi. 1995.
- Lähdevirta Juhani: *AIDSin hoito*. Teoksessa: *Kaikki AIDSista*. Toim. Pauli Leinikki & Markku Löytönen. WSOY. Porvoo. 1993.
- Lääkintöhallitus. *AIDS –Tietoa lääkintöhallitukselta*. Valtion painatuskeskus. Helsinki. 1988.
- Mann Thomas: *Taikavuori*. WSOY. Juva. 1983.
- Martin Emily: *The End of the Body?* Teoksessa: *The Gender/Sexuality Reader. Culture, History, Political Economy*. Toim. Lancaster Roger N. & di Leonardo Micaela. Routledge. New York. 1997.
- Matikkala Jussi: *HIV-infektio, seksi ja rikosoikeudellinen vastuu. Rikosoikeuden julkaisuja 1*. Helsingin yliopisto. Rikos- ja prosessioikeuden sekä oikeuden yleis-tieteiden laitos. Yliopistopaino. Helsinki. 1995.
- Mattila Markku: *Suomen ruotsinkieliset ja laadukkaamman väestön vaatimus*. Teoksessa: *Uusi uljas ihminen eli modernin pimeä puoli*. Toim. Härmänmaa Marja & Mattila Markku. Atena Kustannus Oy. Jyväskylä. 1998.
- Merleay-Ponty Maurice: *Silmä ja mieli*. Helsinki. Taide. 1993.
- Meijer Maaik: *Countering Textual Violence. On the Critique of Representation and the Importance of Teaching Its Methods*. *Women's Studies International Forum*. Vol. 16. No. 4. 1993.
- Mikkeli Heikki: *Terveys ihanteena - terveys elämäntapana*. Teoksessa: *Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveystieteiden kulttuurihistoria*. Toim. Joutsivuo Timo & Mikkeli Heikki. Suomen Historiallinen Seura. Historiallinen Arkisto 106. Helsinki. 1995.
- Mishler Elliot G.: *The Social Construction of Illness*. In: *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*. Cambridge University Press. 1987.
- Mäkelä Klaus: *Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet*. Teoksessa: *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Toim. Mäkelä Klaus. Gaudeamus. Painokaari Oy. Helsinki. 1990.

- Mäkelä Klaus: Pakkoauttajat. Teoksessa: Pakkoauttajat. Toim. Eriksson Lars. D. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. 1963.
- Nenola Aili: Parantolaelämää. Tuberkuloosipotilaat muistelevat. Keuhkovamma-liitto r.y. 1986.
- Ohtonen Jukka & Koski Pauli & Vinni Kari: Katsaus terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tutkimusosasto. Suomen virallinen tilasto. Sosiaalisia erikoistutkimuksia. SVT XXXII:96. Helsinki. 1983.
- Onikki Tiina: Paljon pystyssä. Teoksessa: Metafora. Ikkuna kieleen, mieleen ja kulttuuriin. Toim. Harvilahti Lauri & Kalliokoski Jyrki & Nikanne Urpo & Onikki Tiina. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki. Tampereen Pikakopio Oy. 1992.
- Oranen Raija: Onnesta ja autuudesta. Gummerus. Jyväskylä. 1999.
- Paasi Antti: Koulutus kansallisenä projektina. ”Me” ja ”muut” suomalaisissa maantiedon oppikirjoissa. Teoksessa: Elävänä Euroopassa. Muuttuva suomalainen identiteetti. Ed. Alasutari Pertti & Ruuska Petri. Osuuskunta Vastapaino. Tampere. 1998.
- Pelkonen Risto: Sata valistuksen vuotta. Duodecim 105: 1759–1771. 1989.
- Peltonen Matti: Viinapästä kolerakauhuun. Kirjoituksia sosiaalihistoriasta. Hanki ja jää. Hakapaino Oy. Helsinki. 1988.
- Peltonen Matti: Olympiavuoden käytösopas. Teoksessa: Rillumarei ja valistus. Kulttuurikahakoita 1950-luvun Suomessa. Hakapaino Oy. Helsinki. 1996.
- Peltonen Matti: Mikrohistoriasta. Hanki ja jää. Gaudeamus. Tammer-Paino Oy. Tampere. 1999.
- Perelman Chaim: Retoriikan valtakunta. Vastapaino. 1996.
- Perelman Chaim: The Idea of Justice and the Problem of Argument. Routledge & Kegan Paul. London. 1963.
- Perelman Chaim & Olbrechts-Tyteca: The New Rhetoric A Treatise on Argumentation. University of Notre Dame Press. London. 1971.
- Peräkylä Anssi: Kuoleman monet kasvot. Vastapaino. Jyväskylä. 1990.
- Peräkylä Anssi: AIDS Counselling. Institutional interaction and clinical practice. Studies in Interactional Sociolinguistics. Cambridge University Press. 1995.
- Pesonen Niilo: Terveiden puolesta sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. WSOY. 1980.
- Petersen Alan & Lupton Deborah: The New Public Health. Health and self in the age of risk. Sage Publications. London. 1996.
- Piispa Matti: Valistus, holhous, suojele. Tutkimus alkoholipoliittisesta ja tupakkapoliittisesta mielipideilmastosta. Acta Universitas Tamperensis 564. Tampereen yliopisto. Tampere. 1997.
- Potter Jonathan: Representing reality: discourse, rhetoric and social construction. Sage. London. 1996.

- Potter Jonathan & Wetherell Margaret & Chitty Andrew: Quantification rhetoric – cancer on television. *Discourse & Society*. Vol 2. No. 3. 1991.
- Potter Jonathan & Wetherell Margaret: *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. Sage Publications. London. 1987.
- Poutiainen Airi: Mitä suomalaiset tietävät tuberkuloosista. Ennakkotietoja tutkimustuloksista. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Monistesarja n:o 3. 1965.
- Pätiälä Jorma: Tuberkuloosi. Potilaan hoito ja vastustamistyön yleinen kulku. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY. Porvoo. 1970.
- Radley Alan: *Making Sense of Illness. The Social Psychology of Health and Disease*. Sage Publications. London. 1995.
- Rajaniemi Anneli: Suomen terveydenhuoltoalan lehdistö ja Terveystieteiden ja -hoitolehti - Kotilääkäri 1889–1989. Sata vuotta suomalaista terveysvalistusta. Pro gradu - tutkielma. Helsingin yliopiston historian laitos. 1988.
- Rabinow Paul (toim.): *The Foucault Reader. An Introduction to Foucault's Thought*. Penguin Books. England. 1984.
- Rantalaiho Liisa: Sukupuolisopimus ja Suomen malli. Teoksessa: Naisten hyvinvointivaltio. Toim. Anttonen Anneli, Henriksson Lea & Nätkin Ritva. Vastapaino. Tampere. 1994.
- Ricoeur Paul: *The Rule of Metaphor. Multi-disciplinary studies of the creation of meaning in language*. Routledge & Kegan Paul. London. 1986.
- Ricoeur Paul: Tulkinnan teoria. Diskurssi ja merkityksen lisä. Tutkijaliitto. Helsinki. 2000.
- Riesman David: *The Lonely Crowd. A Study of the Changing American Character*. New Haven: Yale University Press. London. 1950.
- Riikonen Tellervo: Hyvästit vauvahaaveille. *Kaks Plus* 1/1993.
- Rimmon-Kenan Shlomith: Kertomuksen poetiikka. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Tammer-Paino Oy. Tampere. 1991.
- Ronkainen Suvii: Ajan ja paikan merkitsemät. *Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus*. Gaudeamus. Helsinki. 1999.
- Ross Judith: *Ethics and the Language of AIDS. Teoksessa: The Meaning of AIDS. Implications for Medical Science, Clinical Practice, and Public Health Policy*. Toim. Juengst Eric T. & Koenig Barbara A. *Studies in Health and Human Values, Volume 1*. PRAEGER. New York. 1989.
- Roth Julius A.: *Timetables. Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Other Careers*. The Bobbs-Merrill Company, Inc. New York. 1963.
- Räisänen Arja-Liisa: Onnellisen avioliiton ehdot. Sukupuolijärjestelmän muodostumisprosessi suomalaisissa avioliitto- ja seksuaalivalistusoppaissa 1865–1920. *Bibliotheca historica* 6. Suomen historiallinen seura. Helsinki. 1995.
- Savon Sanomat 5.2.1954. Uutinen Kuopion joulumerkkikodista. Lainattu teoksessa: *Joulumerkkikotimme 1936–1973*. Toim. Tamminen Antti. Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys ry. Helsinki. 1982.

- Se on pienestä kii... Terveysvalistuslehtinen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Puna-
musta. 1992.
- Seale Clive: *Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement*. Cam-
bridge. University Press. 1998.
- Shotter John: *Conversational Realities. Constructing Life through Language*.
Inquiries in Social Construction. Sage Publications Ltd. London. 1994.
- Siivola Ulla: *Terveysisar kansanterveystyössä. Sairaanhoidajien koulutussäätiön jul-
kaisu*. WSOY. 1986.
- Siltala Juha: *Suomalainen ahdistus. Huoli sielun pelastumisesta*. Otava. Helsinki.
1992.
- Smith Dorothy E.: *The Conceptual Practices of Power. A Feminist Sociology of
Knowledge*. Northeastern University Press. Boston. 1990.
- Sinnemäki Aino: *Käytösoppaat tutkimuksen kohteena. Lähikuvassa suomenkieli-
set käytösoppaat 1886–1986*. Helsingin yliopisto. Sosiologian laitos. Julkaise-
maton pro gradu. Helsinki. 1988.
- Sontag Susan: *Sairaus vertauskuvana. Aids ja sen vertauskuvat*. Karisto Oy. Hä-
meenlinna. 1991.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: *Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveys-
politiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Valtion painatuskeskus.
Helsinki. 1986.
- Sulkunen Pekka: *Johdatus sosiologiaan*. WSOY. Juva. 1987.
- Suoninen Eero: *Miten tutkia moniäänistä ihmistä? Diskurssianalyttisen tutkimus-
otteen kehittelyä*. Tampereen yliopisto. Acta Universitas Tampereensis 580. Tam-
pere. 1997.
- Södergran Edith: *Runoja*. WSOY. Juva. 1980.
- Talking with Your Partner about Condoms*. Every Reader Scriptography. Channing
L. Bete Co., Inc. USA. 1996.
- Tala Eero: *Tuberkuloosi ja muut mykobakteeri-infektiot*. Teoksessa: *Suomalainen
lääkärikeskus. Osa 1*. Weilin + Göös. 1989.
- Talvio Maila: *Ne 45 000. Kootut teokset*. WSOY. Porvoo. 1951.
- Tamminen Antti (toim.): *Joulumerkkikotimme 1936–1973. Poimintoja joulu-
merkin 70-vuotiselta taipaleelta*. Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys
ry. Helsinki 1982.
- Tartuntatautilaki 1986. N:o 583. Suomen säädöskokoelma vuodelta 1986. Osa II.
Helsinki. 1987.
- The Oxford Medical Companion*. Ed. Walton John & Barondess Jeremiah A. &
Lock Stephen. Oxford University Press. Oxford. 1994.
- Thorne Charles: *Better Medical Writing*. Pitman Medical and Scientific Publishing
Co.Ltd. London. 1970.

- Tietoa tukikeskuksista 1999. 6.5.1999. <http://www.aidsCouncil.fi/Pages/tietoa.html>.
- Tuberkuloosilaki 1948. N:o 649. Suomen Asetuskokoelma vuodelta 1948. Helsinki. 1949.
- Tuberkuloosilaki 1960. N:o 355. Suomen Asetuskokoelma vuodelta 1960. Helsinki. 1961.
- Tuomaala Saara: Poista vetelyys ja basillit – vahvista itsenäistä kansakuntaa! Koululaisen kuva 1920- ja 1930-luvun terveysoppaissa. Teoksessa: Suomalainen koulu ja kulttuuri. Toim. Tolonen Tarja. Osuuskunta Vastapaino. Tampere. 1999.
- Tuominen Marja: ”Me kaikki ollaan sotilaitten lapsia.” Sukupolvihegemonian kriisi 1960-luvun suomalaisessa kulttuurissa. Otava. Keuruu. 1991.
- Turner Bryan S.: *The Body & Society. Explorations in Social Theory*. Basil Blackwell Publisher. 1984.
- Tuomaa Kristiina: Mitä AIDS:ista tiedetään? Teoksessa: AIDS asiallisesti. Toim. Stålström Olli. AIDS-tukikeskuksen julkaisusarja n:o 1. Painokaari Oy. Helsinki. 1987.
- Tähkä Veikko: Potilas-lääkärisuhde. Suomen Lääkäriliitto. Kyriiri Oy. Helsinki. 1979.
- Törrönen Jukka: Juomisen vapaus ja vastuu. Sosiosemioottinen analyysi alkoholipoliittisesta liberalismista maallikkoajattelussa. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia. No. 234, 1999. Yliopistopaino. 1999.
- Törrönen Jukka: Subjektiaseman käsite empiirisessä sosiaalitutkimuksessa. *Sosiologia*. 37.vsk. No. 3. 2000.
- Töttö Pertti: Pirullinen positivismi. Kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle. JYY julkaisusarja n:o 41. Yliopistopaino. Jyväskylä. 1997.
- Töttö Pertti: Kirjoittamisella on siis syynsä. *Sosiologia* 37. vsk. No. 2. 2000.
- Valle Sirkka-Liisa: Kuinka ja keneen HIV tarttuu? Teoksessa: Kaikki AIDSista. Toim. Pauli Leinikki & Markku Löytönen. WSOY. Porvoo. 1993.
- Valkonen Jarno: Lapin luonnon reservit vai reservaatit? Lapin sodanjälkeisen ajan ympäristökeskustelun rakentuminen. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiiaalipsykologian laitos. Julkaisematon sosiologian lisensiaatintyö. Tampere. 2001.
- Virtanen Matti: Laadulliset lähteet ja niiden edustavuus. *Sosiologia*. 38.vsk. No. 2. 2001.
- Vuori Hannu: Lääketieteen historia – sosiaalhistoriallinen näkökulma. Gummerus. 1979.
- Vuori Jaana: Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampere University Press. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere. 2001.
- Väliveronon Esa: Ympäristöuhkan anatomia. Tiede, mediat ja metsän sairaskertomus. Vastapaino. 1996.

- Weckroth Klaus: Toiminnan psykologia. Hanki ja Jää. Hakapaino Oy. Helsinki. 1988.
- Weckroth Klaus: Mustavalkoista sosiaalipsykologiaa. Vastapaino. Jyväskylä. 1992
- Wetherell Margareth & Potter Jonathan: Mapping the Language of Racism. Discourse and the legitimation of exploitation. Harvester Wheatsheaf. 1992.
- Wright Peter & Treacher Andrew: The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine. Edinburgh University Press. 1982.
- Wulff Henrik, Pedersen Stig Anders & Rosenberg Raben: Philosophy of Medicine. An Introduction. Oxford Blackwell. 1986.

