

TAMPEREEN YLIOPISTO
TERVEYSTIETEIDEN YKSIKKÖ

LÄÄKETIEDETTÄ VAI KAUNEUDENHOITOA?

Esteettisen kirurgian markkinointiretoriikka yksityisten
terveydenhuollon toimijoiden internetsivuilla

Pro gradu -tutkielma
Sini Männistö
Kansanterveystiede
Huhtikuu 2011

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

MÄNNISTÖ, SINI: Lääketiedettä vai kauneudenhoitoa? Esteettisen kirurgian markkinointiretoriikka yksityisten terveydenhuollon toimijoiden internetsivuilla

Pro gradu -tutkielma, 111 s., 1 liitesivu

Ohjaaja: Juhani Lehto

Kansanterveystiede

Huhtikuu 2011

TIIVISTELMÄ

Tutkielmani tavoitteena oli eritellä esteettisen kirurgian markkinointiretoriikkaa ja terveyden ja kauneuden diskursiivista rakentumista esteettistä kirurgiaa tuottavien yksityisten lääkäriasemien internetsivuilla. Lisäksi tavoitteena oli kuvata, kuinka esteettisen kirurgian toimijat määrittelevät ja oikeuttavat esteettisen kirurgian olemassaoloa ja kuinka he positioivat itsensä ja asiakkaansa. Näin ollen tutkielman kokonaistavoitteena oli syventää kulttuurista ymmärrystä terveyden ja kauneuden välisistä rajapinnoista esteettisen kirurgian näkökulmasta.

Tutkielman empiirinen aineisto koostui kuudesta esteettisen kirurgian palvelutuottajan internetsivuista. Näillä verkkosivuillaan sairaalat ja kirurgit markkinoivat esteettistä kirurgiaa potentiaalisille asiakkaille. Metodologisesti tutkielmani perustui sekä retoriseen analyysiin että diskurssianalyysiin. Työn teoreettinen tausta puolestaan pohjautui markkinointiin, kauneuskulttuuriin, medikalisaatioon, kaupalliseen terveydenhuoltoon, mediakulttuuriin ja teorioihin postmodernista ruumista ja ruumiillistumisesta.

Esteettinen kirurgia esitettiin palvelutuottajien verkkosivuilla positiiviseksi ja yhteiskunnallisesti hyväksytyksi ja normaaliksi asiaksi. Riskeistä ei juurikaan puhuttu tai sitten ne konstruointiin lähinnä kauneudenhoidollisiksi terveysriskeistä puhumisen sijaan. Terveyden ja kauneuden samanaikaisesti läsnäoleva jännitteinen kenttä läpäisi aineistoni kaikki tekstit alusta loppuun. Lääketieteellinen diskurssi toimi teksteissä toimivana ja vakuuttavana lähtökohtana, jonka ajateltiin tarjoavan lukijalle yhteiskunnallisesti hyväksyttävän pohjan esteettisen kirurgian olemassaololle. Esteettisen kirurgian markkinointiretoriikka nojautui pitkälti vahvan ammattitaidon, korkean moraalisen normiston sekä neutraalin asiantuntijuuspuheen varaan.

Esteettinen kirurgia esitettiin palvelutuottajien teksteissä pääasiassa naisille kohdistettuna toimintana. Naiset tuotettiin internetsivuilla keskeisimmäksi asiakassegmentiksi, joskin myös miehille saatettiin omistaa palvelutuottajien sivuilla omat osionsa. Esteettisen kirurgian asiakkaat olivat sivustojen mukaan kaikenikäisiä, niin nuoria kuin vanhojakin. Asiakkaat kuvattiin lisäksi kaikenkokoisiksi ja -näköisiksi ja henkisesti tasapainoisiksi.

Asiasanat: esteettinen kirurgia, terveys, kauneus, mainonta, retoriikka, diskurssianalyysi

University of Tampere
School of Health Sciences
MÄNNISTÖ, SINI: Medicine or Beauty Treatment? Marketing Rhetoric of Aesthetic Surgery on Websites of Private Health Care Operators
Master's Thesis, 111 pages, 1 appendix
Supervisor: Juhani Lehto
Public Health
April 2011

ABSTRACT

The objective of the thesis was to examine the marketing rhetoric of aesthetic plastic surgery and how beauty and health was constructed on the websites of the private healthcare providers specialized in the field of cosmetic surgery. In addition, the aim was to identify how the providers of aesthetic surgery define and justify their field and how they situate themselves and their customers in the field of beauty and health. Hence, the overall objective of the research was to deepen our cultural understanding of the interface of beauty and health through aesthetic plastic surgery.

The empirical material comprised six websites of private healthcare providers, who offer services in the field of aesthetic plastic surgery. On their sites, the hospitals and surgeons marketed aesthetic plastic surgery to potential clients. Methodologically, the thesis was based on the combination of rhetorical and discourse analysis. The theoretical background of the research came from the field of marketing, beauty culture, medicalization, commercial healthcare, media culture and from the theories of postmodern body and embodiment.

On the websites, aesthetic plastic surgery was represented as a positive, culturally legitimate and normal issue. There was hardly any discussions about potential risks or the risks were constructed as beauty rather than health issues. The Contradictory field of health and beauty permeated the research material from start to finish. The medical discourse operated as a starting point in the texts. It offered culturally accepted norm to aesthetic plastic surgery. The marketing rhetoric of aesthetic plastic surgery relied largely on strong professional, on high moral standards and on neutral expert speaking.

Aesthetic plastic surgery was represented in the research material as concerning mainly women. Women were constructed as the main customer segment on the websites, even though there might have been subpages for men as well. According to the sites, clients of aesthetic plastic surgery were from all age groups, they were young as well as they were old. In addition, the clients represented all the possible sizes and they were represented as heterogenous and mentally stable human beings.

Key words: aesthetic plastic surgery, health, beauty, advertising, rhetorical analysis, discourse analysis

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	1
1.1. TUTKIMUSAIHE JA TYÖN RELEVANSSI: ESTEETTINEN KIRURGIA JA SEN REPRESENTAATIOT KULTTUURISINA TEKSTEINÄ.....	1
1.2. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TUTKIMUSAINESTO, TUTKIJAPOSITIO JA TYÖN RAKENNE	6
2. ESTEETTINEN KIRURGIA – LÄÄKETIEDETTÄ VAI KAUNEUDENHOITOA.....	11
2.1. KAUNEUTTA JA TERVEYTTÄ ETSIMÄSSÄ.....	11
2.1.1. <i>Kauneuden käsitteestä ja kauneusihanteista</i>	<i>11</i>
2.1.2. <i>Mitä on terveys?</i>	<i>14</i>
2.1.3. <i>Rajapinnan löytäminen: kauneus terveyden ilmentäjänä, terveys kauneuden ideaalina</i>	<i>17</i>
2.2. ESTEETTINEN KIRURGIA LÄÄKETIETEEN ERIKOISALANA.....	18
2.2.1. <i>Lääketiede instituutiona ja yhteiskunnan medikalisoituminen</i>	<i>18</i>
2.2.2. <i>(Epä)normaali ruumis</i>	<i>21</i>
2.2.2.1. Biovalta ja ruumiillisuus.....	21
2.2.2.2. Valta, tieto ja subjektiviteetti	23
2.2.3. <i>Esteettinen kirurgia terveyden ja kauneuden rajapinnalla.....</i>	<i>25</i>
2.2.3.1. Esteettinen kirurgia – ulkonäköruumiin lääketieteellisen muokkaamisen lyhyt historia	25
2.2.3.2. Esteettinen kirurgia kulttuurisen (epä)normaaliuden näkökulmasta – kuinka kaunis täytyy olla ollakseen normaali?	28
3. KONSUMERISMI JA KAUPALLISUUS YKSITYISESSÄ TERVEYDENHUOLLOSSA.....	32
3.1. YKSITYINEN TERVEYDENHUOLTO SUOMESSA.....	32
3.1.1. <i>Yksityinen terveydenhuolto ja sen suhde julkisen terveydenhuollon sektoriin</i>	<i>32</i>
3.1.2. <i>Potilas kuluttajana.....</i>	<i>34</i>
3.1.3. <i>'Terveysbisnes': kysynnän ja tarjonnan suhde yksityisellä sektorilla.....</i>	<i>36</i>
3.2. ESTEETTINEN KIRURGIA TERVEYDENHUOLLON MARKKINOITUMISEN YTIMESSÄ.....	37
3.2.1. <i>Mainonta ja markkinointi medioituneessa yhteiskunnassa</i>	<i>37</i>
3.2.1.1. Tiedotusvälineet, mainonta ja markkinointi kulttuurisen merkityksenantoprosessin keskiössä ..	37
3.2.1.2. Yrityskuva ja mainonnan viestistrategia kuluttajamarkkinoinnin pohjana	40
3.2.1.3. Internet mediana: monimuotoista markkinointia ja brändätyt verkkosivut	41
3.2.2. <i>Esteettisen kirurgian brändiä rakentamassa</i>	<i>43</i>
3.2.2.1. Mainonta ja markkinointi yksityisen terveydenhuollon sektorilla.....	43
3.2.2.2. Esteettisen kirurgian palvelut kaupallisena tuotteena	46
3.2.2.3. Esteettisen kirurgian mainostaminen ja markkinointi internetsivuilla	47
4. TYÖN METODOLOGINEN VIITEKEHYS: RETORIikka JA DISKURSSIANALYYSI	50
4.1. RETORIikka METODISENA TYÖKALUNA	50
4.1.1. <i>Uusi retoriikan ja argumentaation tutkimus</i>	<i>50</i>

4.1.2.	<i>Valinta ja suhteeseen asettaminen</i>	52
4.1.3.	<i>Yleisösuhte, identifikaatio ja premissit</i>	53
4.1.4.	<i>Vakuuttamisen keinot</i>	55
4.2.	KRIITTINEN DISKURSSIANALYYSI	56
4.2.1.	<i>Diskurssit metodologisena työkaluna</i>	56
4.2.2.	<i>Diskurssit ja todellisuuden tuottaminen kielen avulla</i>	57
4.2.3.	<i>Representaatioilla merkityksellistäminen</i>	57
5.	VÄLIYHTEENVETO JA TARKENNETUT TUTKIMUSKYSYMYKSET	60
6.	EMPIIRINEN ANALYYSI JA TUTKIMUSTULOKSET	61
6.1.	AINEISTON VALINTA JA ESITTELY SEKÄ ANALYYSIPROSESSIN ETENEMINEN	61
6.2.	ESTEETTISEN KIRURGIAN MARKKINOINNIN KONTEKSTI JA SIVUSTOJEN YLEISÖ	64
6.3.	AINEISTON ANALYYSI	66
6.3.1.	<i>Esteettinen kirurgia ja sen luonne palvelutuottajien internetsivuilla</i>	66
6.3.1.1.	Neutraali asiantuntijapuhe markkinointiretoriikan keskiössä	66
6.3.1.2.	Positiivisuuden ja arkaluontoisuuden jännite: esteettinen kirurgia normaalina ja yksityisenä asiana	68
6.3.1.3.	Usko universaaliin kauneuteen	70
6.3.1.4.	Riskien konstruointi ja mahdollisten komplikaatioiden luonne.....	73
6.3.2.	<i>Esteettinen kirurgia lääketieteen kentällä: lääketiedettä vai kauneudenhoitoa?</i>	76
6.3.2.1.	Kauneudenhoitodiskurssin ja lääketieteellisen diskurssin välinen jännitteinen kenttä	76
6.3.2.2.	Esteettisen kirurgian suhde rekonstruktiviseen kirurgiaan	77
6.3.2.3.	Esteettinen kirurgia lääketieteen erikoisalana ja toimijoiden välisen hierarkian eksplikoituminen argumentaatiossa	78
6.3.2.4.	Esteettinen kirurgia kauneudenhoitona ja taiteena	82
6.3.2.5.	Esteettinen kirurgia kokonaishyvinvoinnin edistäjänä ja elämänlaadun parantajana	83
6.3.2.6.	Laadukasta kirurgiaa: vahva ammattitaito ja korkea moraalit	86
6.3.3.	<i>Esteettisen kirurgian asiakkaat</i>	88
6.3.3.1.	Asiakkaiden identifiointi	88
6.3.3.2.	Asiakkaat henkisesti tasapainossa.....	91
6.3.3.3.	Omaa valintaa korostava retoriikka: lähtökohtana asiakkaan omat tarpeet ja halu olla oma itsensä	92
6.3.3.4.	Sukupuolittunut ulkonäkökirurgia.....	95
7.	POHDINTA	97
7.1.	YHTEENVETO	97
7.2.	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	98
7.3.	JATKOTUTKIMUSAIHEITA	100
	LÄHTEET	102
	LIITTEET	112
	LIITE 1: TUTKIMUSAINESTO	112

1. JOHDANTO

1.1. TUTKIMUSAIHE JA TYÖN RELEVANSSI: ESTEETTINEN KIRURGIA JA SEN REPRESENTAATIO KULTTUURISINA TEKSTEINÄ

”Vain valoisampi ilme kertoo kasvojen kohotuksesta” (Antti Koski, plastiikkakirurgian erikoislääkäri, lääkäriasema Pulssi, 2010).

Olen lainannut yllä olevan sitaatin yksityisen lääkäriasema Pulssin omasta asiakaslehdessä, jonka sisältämät artikkelit ovat saatavilla internetissä sairaalan omilla verkkosivuilla. Kyseessä on esteettistä kauneuskirurgiaa käsittelevän artikkelin otsikko, jonka on kirjoittanut lääkäriasemalla työskentelevä plastiikkakirurgian erikoislääkäri. Artikkelissa luodaan katsaus kasvojen alueen kauneuskirurgiaan ajankohtaisiin asioihin: puhutaan ikääntymisen tuomista muutoksista, ylimääräisestä ihosta silmäluomien ympärillä, yksilöllisesti sopivista toimenpiteistä, kaulan kaksoisheltasta sekä valoisammasta ilmeestä, joka on mahdollista saavuttaa esteettisen kirurgian avulla. Artikkelin luodaan esteettisestä kirurgiasta ja siihen tiiviisti liittyvistä ilmiöistä, kuten ikääntymisestä, tietynlaisia kuvia. Se representoi esteettistä kirurgiaa kaupallisen, yksityisen terveydenhuollon palvelutuottajan näkökulmasta.

Kirjoittajan ote on asiallinen ja lääketieteelliseen tietoon nojautuva. Teksti pyrkii antamaan lukijalleen mielikuvan siitä, että tekstin asiasisältö on luotettavaa ja puolueetonta. Toisaalta asiapitoista ja ’objektiiviseen’ lääketieteelliseen tietoon nojautuvaa kirjoitusta voidaan lukea myös ’vastakarvaan’, kriittisesti, diskursiivisen ja retorisen luennon kautta. Tämä kriittinen luenta mahdollistaa tekstin lukemisen kulttuurisena, sosiaalisesti rakennettuna esityksenä, jonka avulla kirjoittaja pyrkii liittämään esteettiseen kirurgiaan tietynlaisia vakiintuneita käsitteitä ja mielikuvia sekä sulkemaan pois toisenlaisia ja oikeuttamaan esteettisen kirurgian alaa legitiiminä terveydenhuollon palveluna. Viime kädessä artikkelin funktiona on siis todellisuuden (tässä tapauksessa esteettisen kirurgian) luominen tietystä näkökulmasta – näkökulmasta, jonka tavoitteena on luoda kysyntää esteettisen kirurgian markkinoille ja luoda näin toimeentuloa lääkäriasema Pulssin henkilöstölle ja taloudellista voittoa Pulssin omistajille. Taitavilla retorisisilla keinoilla ja julkisuuden hallinnalla (esimerkiksi

edellä mainitunkaltaisen markkinoinnin kautta) voidaan vaikuttaa yleiseen mielipiteeseen (ks. esim. Karvonen 1999, 7). Tämän pro gradu -tutkielman aiheena on tarkastella terveyden ja kauneuden rajapintoja ja näiden käsitteiden diskursiivista rakentumista juuri edellä mainitun kaltaisen esteettisen kirurgian markkinoinnin kontekstissa. Tässä yhteydessä on syytä avata esteettisen kirurgian käsitettä laajemmin.

Esteettinen kirurgia voidaan mieltää, Taina Kinnusen (2008, 12) sanoja lainaten, eräänlaiseksi ”oudoksi ja kiehtovaksi hybridiksi”, jossa terveyden ja kauneuden kontekstit yhdistyvät toisiinsa tavalla, jota ei voida kuin käsitteellisesti erottaa toisistaan. Esteettisessä kirurgiassa yhdistyvät niin lääketieteellinen tieto, valta kuin leikkausmenetelmätkin, toisaalta sen fokus on kauneuden lisäämisessä kuten kauneudenhoidossa. Esteettisen kirurgian kontekstissa kauneudesta tulee terveyttä ja terveydestä kauneutta – iätöntä sellaista, kuten esteettiseen kirurgiaan erikoistunut Sairaala Siluettikin (2010) omassa mainoslauseessaan ”*Sinun Siluettisi – iätön kauneus*” markkinoi.

Lyhyesti tiivistettynä esteettinen kirurgia on ulkonäkökirurgiaa, jossa erilaisin kirurgisin toimenpitein pyritään muokkaamaan ja harmonisoimaan ihmisen ulkoisia piirteitä haluttuun suuntaan. (ETENE 2005, 3, 12; Vuola 2005, 25–26) Sen avulla on muun muassa mahdollista korjata ikääntymisen mukana tuomia muutoksia, korjata raskauden aiheuttamia muutoksia vartalossa, suoristaa nenää, suurentaa tai pienentää rintoja tai vaikkapa poistaa alimpia kylkiluita hoikemman vyötärön toivossa. Esteettisen kirurgian määritelmä ei kuitenkaan tyhjenny täysin edellä esitettyyn, sillä ero esteettisen (kauneudellinen ulottuvuus) ja toiminnallisen (terveydellinen ulottuvuus) vaivan välillä on häilyvä ja sopimuksenvarainen (ks. esim. ETENE 2005, 3).

Esimerkiksi aiemmin suonikohjujen leikkauksia perusteltiin lääketieteellisesti välttämättöminä, mutta nykyään leikkauksia ei enää kaikissa sairaanhoitopiireissä kustanneta julkisilla varoilla. Sen sijaan hörökorvien korjaaminen kuuluu julkisen sairaanhoidon piiriin, vaikka vaiva on esteettinen. (Kinnunen 2008, 203.)

Toisin sanoen, vaikka esteettisen kirurgian ensisijaisena tavoitteena onkin saavuttaa mahdollisimman hyvä ulkoinen lopputulos, esteettiseen kirurgiaan sisältyy aina myös terveydellinen ulottuvuus. Tämä terveydellinen ulottuvuus voi olla toimenpiteestä ja tulkitsijan näkökulmasta riippuen joko funktionaalista (kuten edellä mainitussa esimerkissä), psykososiaalista tai näitä molempia. Esimerkiksi rintojen pienennysleikkauksesta voi hyötyä, paitsi saamalla esteettisesti kauniimmat rinnat,

myös toiminnallisesti. Pienemmät rinnat eivät aiheuta niska- ja hartiasärkyjä, eivätkä ne ole tiellä esimerkiksi liikuntaa harrastettaessa. Tätä kautta rintojen pienennysleikkauksesta voi olla myös funktionaalista terveyshyötyä. Lisäksi esteettisellä kirurgialla voidaan saavuttaa myös potilaan psyykkisen ja sosiaalisen terveyden lisääntymistä, sikäli kuin terveys ymmärretään laajassa merkityksessä kattamaan – paitsi ihmisruumiin fyysisen alueen – myös sosiaalisen ja psyykkisen ulottuvuuden (ks. lisää luku 2.1.2.). Ulkonäön korjausleikkauksella voi näin ollen olla vaikutusta potilaan koko elämään kohentuneen itsetunnon ja itsevarmuuden myötä.

Plastiikkakirurgia on kattokäsite sekä esteettiselle kirurgialle että rekonstruktiiviselle eli korjaavalle kirurgialle. Plastiikkakirurgian menetelmillä korjataan kudospuutoksia tai toiminnallisia tai esteettisiä haittoja ihmisruumiissa. (Vuola 2005, 25.) Rekonstruktiivinen kirurgian ensisijaisena tavoitteena on mahdollisimman hyvä toiminnallinen lopputulos, mutta siinä painotetaan myös esteettistä lopputulosta. Rekonstruktiivisella kirurgialla korjataan usein ulkonäköä erilaisten onnettomuuksien ja sairauksien (esimerkiksi syövän) jälkeen. Usein rekonstruktiivinen kirurgia erotetaan esteettisestä kirurgiasta maksupolitiikalla. Rekonstruktiivinen operaatio voidaan suorittaa julkisessa terveydenhuollossa, kun taas esteettiseksi mielletty operaatio tehdään yksityisellä sektorilla, ja se on pääosin potilaan itse kustantamaa. (Vuola 2005, 25.) Myöskään Kelan sairausvakuutus ei korvaa esteettisin perustein tehtäviä toimenpiteitä. Edellisessä kappaleessa mainitut rintojen pienennysleikkaukset voidaan tilanteesta ja näkökulmasta riippuen tulkita niin esteettiseksi kuin rekonstruktiiviseksikin kirurgiaksi. Monet toimenpiteet ovatkin samanlaisia niin kunnallisella kuin yksityisellä puolella; kyse on lähinnä vaivan aste-eroista (ibid).

Kun rajanveto esteettisessä kirurgiassa terveyden ja kauneuden ulottuvuuksiin on häilyvä ja sopimuksenvarainen, esteettisen kirurgian suhde rekonstruktiivisen kirurgiaan sekä lääketieteen kenttään ylipäänsä on myös näin ollen varsin jännitteinen, sillä moderni ja kapea länsimainen lääketiede on kohdistanut toimenpiteensä vain ihmisruumiin funktionaaliseen puoleen. Terveys ei ole määrittynyt tässä lääketieteen biomedikaalisessa mallissa holistisesti, vaan lääketieteellisten interventioiden kohteeksi määrittyy vain ja ainoastaan sellainen ihmisruumiin funktionaalinen toimintahäiriö, joka lääkärin on havainnoimalla mahdollista todeta (ks. esim. Tuominen, Myllykangas & Ryytänen 1999, 35; Lillrank & Seppälä 2000, 105; Nettleton 1995, 3–5). Esteettisen

kirurgian toimijoiden on siis koko ajan suhteutettava omaa olemassaoloaan lääketieteen jännitteisellä kentällä sekä määrittävä omaa alaansa yhä uudelleen yhteiskunnallisessa merkityksenantoprosessissa oikeuttaakseen oman olemassaolonsa vallitsevassa ja jatkuvasti muuttuvassa lääketieteen diskurssissa.

Se, mitä lääketieteellä, esteettisellä tai korjaavalla kirurgialla kulloinkin tarkoitetaan ja mitä näiden käsitteiden alle sisällytetään, perustuvat viime kädessä näihin jatkuvasti käynnissä oleviin diskursiivisiin määrittelykamppailuihin. Kaikki luodut representaatiot esteettisestä kirurgiasta ja sen luonteesta ottavat osaa näihin määrittelykamppailuihin, joihin ottavat osaa niin terveydenhuollon ammattilaiset, tutkijat, asiantuntijat, potilaat kuin markkinatkin yhdessä yhteiskunnassa jo vallitsevien arvojen, normien ja lakien avulla.

Voidaan ajatella, että nyky-yhteiskunnassa etenkin tiedotusvälineet, erilaiset viranomaistiedonannot sekä asiantuntija-asemassa olevat henkilöt ovat keskeisessä asemassa todellisuuden määrittelemisen prosessissa, koska näillä tahoilla on kykyä vaikuttaa ihmisten tietoihin, uskomuksiin ja arvoihin (ks. esim. Karvonen 1998, 36; Fairclough 1997, 10). Lähdenkin pro gradu -tutkielmassani liikkeelle siitä, että lääketiede instituutiona ei koskaan voi olla täysin objektiivista, arvovapaata (ks. esim. Illich 1975; Tuominen, Myllykangas & Rynänen 1999; Nettleton 1995) ja että ihmiset yhdessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kielen avulla jatkuvasti (re)konstruoivat käsityksiä siitä, mitä esimerkiksi kauneudella, terveydellä ja lääketieteellä/terveydenhuollolla ymmärretään ja mitä nämä käsitteet pitävät sisällään.

Se, mielletäänkö esteettinen kirurgia pääasiassa kauneutta vai terveyttä koskeväksi, on näkökulmakysymys. Erilaisilla kannanotoilla pyritään joko vahvistamaan tai purkamaan yhteiskunnassa jo vallitsevia hegemonisia diskursseja esteettisen kirurgian luonteesta tai tekemään erontekoa niihin. Käsitteet ja niiden sisällöt ovat siis jatkuvassa liikkeessä, jatkuvassa (re)konstruoinnin tilassa. Kun ihmisruumiista muokataan kirurgisesti, lääketiede instituutiona samalla myös muokkaa sitä, mitä pidetään yhteiskunnallisesti hyväksyttävänä, normaalina ja tarpeellisenä – ja mikä puolestaan on epänormaalia, eihaluttavaa ja tarpeetonta. Toisin sanoen terveydenhuolto, niin globaalissa kuin Suomenkin mittakaavassa, on näin ollen osaltaan muokkaamassa ihmiskuvaa tiettyyn suuntaan. Esteettisen kirurgian toimijat, yksityissairaaloiden edustajat, ovat tiedotusvälineiden ohella yksi näkyvimmistä ja keskeisimmistä tahoista, jotka pyrkivät

määrittelemään esteettisen kirurgian alaa ja suhdetta terveyden ja kauneuden käsitteisiin.

Suomessa kunnallinen terveydenhuolto tai sairausvakuutusmaksuista vastaava Kansaneläkelaitos eivät ole ottaneet julkisesti kantaa keskusteluihin esteettisen ja rekonstruktivisen kirurgian rajapinnoista. Julkisella sektorilla ja Kansaneläkelaitoksella on toki olemassa tietyt kriteerit siitä, minkälaiset toimenpiteet kuuluvat julkiseen terveydenhuoltoon (ks. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009) tai sairausvakuutuksen piiriin (ks. Sairaanhoidokorvausten taksat 2010), mutta ne eivät pidä sisällään sitä määrittelyprosessia, miten näihin kriteereihin on päädytty. Näin ollen julkinen sektori sulkee itsensä pois siitä merkityksenantoprosessista, jota terveyden ja kauneuden rajapinnoista käydään. Viranomaiset pikemminkin reagoivat jälkijättöisesti potilaiden kysyntään ja tarpeeseen, kuin pyrkivät aktiivisesti määrittelemään uudelleen terveyttä ja kauneutta koskevia diskursseja ja esteettisen kirurgian suhteutumista rekonstruktivisen kirurgian ja koko lääketieteen kenttään.

Sen sijaan esteettisen kirurgian toimijat ovat aktiivisia oman toimialansa rajojen määrittelyssä. Tämän vuoksi tutkimuksellinen mielenkiintoni keskittyy alan toimijoiden näkemykseen esteettisestä kirurgiasta ja sen merkityksestä yhteiskunnassa. Vaikka esteettisen kirurgian toimijat ja tuottajat ovat vain yksi taho useiden tahojen joukossa, jotka luovat ja representoivat esteettisestä kirurgiasta tietynlaista (mieli)kuvaa, ovat he tässä prosessissa varsin proaktiivisia.

Tähän jo edellä esitettyyn määrittelyprosessiin terveyden ja kauneuden käsitteiden ja sisältöjen konstruktioluonteesta ja sopimuksenvaraisuudesta perustan myös tutkielmani yhteiskunnallisen merkityksen: on tärkeää ymmärtää diskursiivisten merkityksenantokamppailuiden rajapintoja, sillä ne kytkeytyvät olennaisella tavalla ihmisenä olemiseen maailmassa; jaot ja luokittelut normaaliin, epätäydelliseen tai tavoiteltavaan ovat lopulta aina neuvoteltavissa olevia käsitteitä. Vallitsevat diskurssit vaikuttavat siihen, mitä lääketiede pitää sisällään ja miten terveyden ja kauneuden kulloinkin ymmärrämme. Tällä on vaikutusta myös mitä suurimmissa määrin kansanterveystieteen kenttään, sillä kansanterveystiede tieteenalana on määrittämässä osaltaan sitä, millaisena terveys ja lääketiede yhteiskunnassa ymmärretään.

1.2. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TUTKIMUSAINEISTO, TUTKIJASITIO JA TYÖN RAKENNE

Tutkimukseni tavoitteena on tarkastella esteettisen kirurgian markkinointiretoriikkaa sekä terveyden ja kauneuden diskursiivista rakentumista esteettistä kirurgiaa tuottavien yksityissairaaloiden internetsivuilla. Tarkastelen myös sitä, miten esteettisen kirurgian toimijat itse määrittelevät toimialaansa ja relevanssiaan suhteessa lääketieteen kokonaiskenttään. Tavoitteenani on näin ollen terveyden ja kauneuden rajapintojen kulttuurisen ymmärryksen syventäminen esteettisen kirurgian kautta. Kysymys on siis tällä tasolla eronteosta, erojen konstruoinnista, sillä luokittelut terveyteen ja kauneuteen tai esteettiseen ja korjaavaan kirurgiaan eivät ole riippumattomia, neutraaleja ja arvovapaita käsitteitä.

Työn empiirisen aineiston muodostavat yksityisten, esteettiseen kirurgiaan erikoistuneiden sairaaloiden internetsivustot, joissa markkinoidaan esteettistä kirurgiaa asiakkaille. Näiden sivustojen tutkimuksellinen mielenkiintoisuus tiivistyy ennen kaikkea siihen, että niissä yhdistyvät yhtäläillä niin mainonta kuin informaation jakaminen. Sivuille kerrotaan yleisesti yrityksen toimialasta, tarjottavista toimenpiteistä, esitellään yrityksen henkilöstöä sekä annetaan tuotetietoa esteettisestä kirurgiasta erilaisten artikkelien ja esitteiden muodossa. Internetmarkkinointia on lisäksi tärkeä tutkia, sillä internet on tällä hetkellä ainut voimakkaasti kasvava markkinointikanavana. Vuonna 2008 internetmainonta kasvoi Suomessa lähes 35 prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen 2007 (Media 2009, 14).

Kohdennan tarkastelunäkökulmani esteettisen kirurgian erikoisalan omiin toimijoihin ja heidän (ehkä yhteistyössä mainostoimiston kanssa) tuottamaansa materiaaliin, jonka intressit ovat viime kädessä kaupallisia. Heidän intresseissään on tuottaa internetsivujen kautta potentiaalisille ja jo olemassa oleville asiakkailleen mahdollisimman positiivinen mielikuva omasta yrityksestään, ammattitaidostaan sekä toimenpiteiden tarpeellisuudesta asiakkaille. Tavoitteeni on lisätä terveyden ja kauneuden rajapinnan ymmärtämistä mainonnan ja markkinoinnin näkökulmasta sekä siihen keskeisellä tavalla liittyvän terveydenhuollon kasvavan konsumerismin näkökulmasta (ks. lisää luku 3.1.).

Tarkastelun keskittämisen mainontaan ja markkinointiin (ks. luku 3.2.) perustelen sillä, että medioituneessa yhteiskunnassa mainonnalla on kykyä vaikuttaa ihmisten tietoon, uskomuksiin ja arvoihin. Plastiikkakirurginen mainonta on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina. Tällaiselle esteettisen kirurgian kuvastolle altistuminen voi saada aikaan sen, että kirurgisesti muokattu ihminen alkaa näyttää meistä luonnolliselta. Lisäksi näkyvyys tiedotusvälineissä saattaa madaltaa monien ihmisten kynnystä hakeutua plastiikkakirurgin vastaanotolle. (YLE Uutiset 2.2.2011.)

Tarkastelen esteettisen kirurgian toimijoiden internetin mainossivuja Harri Sarpavaaraa (2004, 18) lainaten ”kulttuurisina teksteinä”, joissa tuotetaan käsityksiä siitä, ”[...] mitä pidetään hyvänä ja pahana, myönteisenä ja kielteisenä, oikeana ja vääränä” (ibid.). Temaattisesti voidaankin ajatella, että esteettinen kirurgia ja esteettisen kirurgian markkinointi kietoutuvat yhteen kaupallisen lääketieteen, kauneuskulttuurin, mediakulttuurin ja ruumiillisuuden käsitteiden kanssa (ks. esim. Kinnunen 2008, 13). Ilman lääketieteen kaupallistumista ja esteettisen kirurgian suunnitelmallista markkinointistrategiaa sekä ruumiin postmodernisoitumiseen liittyvää ruumiin estetisoitumis- ja individualisoitumisprosessia kauneuskirurgia tuskin olisi saavuttanut sitä vankkaa ja suosiollista asemaa, joka sillä tällä hetkellä globaalisti tuntuu olevan (ibid; ks. luvut 2.2.2. ja 2.2.3.).

Tieteellistä tutkimusta tehdessä tutkijalla on keskeinen osuus siinä, millaiseksi tutkimus muodostuu: mistä teoreettisista lähtökohdista työtä lähdetään tarkastelemaan, millaisin metodologisin välinein ja millaisin tutkimuskysymyksin ja sanavalinnoin tutkimus toteutetaan. Tutkija vaikuttaa keskeisesti myös tulosten syntymiseen: tutkijan omat kulttuuriset lähtökohdat, suuntautuneisuus ja arvomaailma eivät voi olla vaikuttamatta siihen, millaisia asioita aineistosta löydetään ja luetaan esille ja kuinka niitä tulkitaan. Tämän edellä mainitun tiedostaminen ja oman tutkijaposition esiin tuominen on tämän vuoksi varsin tärkeä osa tieteellistä tutkimusta, sillä pelkkä tutkijaposition häivyttäminen tekstistä ei tee tutkimuksesta sen objektiivisempää. Sen sijaan tutkijan osallisuuden myöntäminen ja vahva pyrkimys kohti objektiivisuutta (vaikka sitä ei koskaan täydellisesti voisikaan saavuttaa) sekä oman tutkijaposition esille tuominen ovat tärkeitä seikkoja, jotka tulkintani mukaan tulee kirjoittaa auki tieteellisessä tutkimuksessa, jotta lukija pystyy mahdollisimman hyvin arvioimaan tutkimuksessa esitettyjen tulosten oikeellisuutta.

Oma tutkijapositioni tutkielman aiheeseen eli esteettiseen kirurgiaan on varsin ristiriitainen. Toisaalta olen sitä mieltä, että jokaisella ihmisellä tulee olla oikeus muokata ruumiistaan sellainen, kuin hän tahtoo. Miksi kenenkään tulisi tyytyä kasvopiiirteisiin, joiden hän kokee häiritsevän sosiaalista elämäänsä, jos esteettisen kirurgian avulla kasvopiiirteitä on mahdollista muuttaa vastaamaan yksilön omaa näkemystä 'hyvistä' ja 'kauniista' kasvoista? Miksi laihduttaminen paremman vartalon toivossa olisi yhtään sen soveliaampi tapa ylläpitää kaunista vartaloa kuin esteettisen kirurgian vastaanotolle hakeutuminen rasvaimun toivossa? Onko kirurgia lopulta sen erikoisempi tapa huolehtia itsestä kuin meikkaaminen tai suihkussa käyminen? Jos jokin ulkonäöllinen seikka tuottaa ihmisessä huolia ja murheita, miksi kärsiä siitä, etenkin, jos se ei ole muilta ihmisiltä pois. Esteettisen kirurgian avulla voidaan muokata 'omaa itseä', tuottaa identiteettiä ja omaa subjektiviteettiä.

Toisaalta taas kaikella ruumiinmuokkaamisen kulttuurilla, etenkin kirurgisella, on myös negatiiviset seurauksensa. Mitä useampi nainen esimerkiksi suurennuttaa rintojaan plastiikkakirurgilla, sitä normaalimmalta tämä kirurgisesti muokattu ruumis alkaa kulttuurisesti näyttäytyä. Epänormaaliuden pelossa ihmisten paine oman ruumiin kirurgiseen muokkaamiseen kasvaa, sillä kun kirurgisesta ruumiinmuokkaukulttuurista tulee ensin mahdollista ja sitten sallittua ja hyväksyttävää, siitä saattaa tulla lopulta myös yhteiskunnallinen normi, jota ilman ihminen ei ole normaali. Lisäksi esteettinen kirurgia pyrkii tyypillisesti muokkaamaan ruumiita kohti samankaltaisuutta, jolloin variaatiot katoavat. Esteettinen kirurgia objektivoi ihmisen (etenkin naisen, mutta myös mitä suurimmissa määrin myös miehen). Esteettinen kirurgia on riskialtista toimintaa, jossa lopputuloksena saattaa olla, paitsi täydelliset rinnat, myös pitkäaikainen kipu tai jopa potilaan kuolema. Haluanko osaltani olla tukemassa toimintaa, jossa ihmiset eivät enää ole tyytyväisiä omaan itseensä ja jonka kautta ihmisruumiin luonnollisuus ja normaalius vääristyvät? Haluanko osaltani olla tukemassa toimintaa, jossa ihmisten erilaisuutta ei nähdä positiivisena asiana? Näin esitettynä totean, etten halua. Oma tutkijapositioni aiheeseen rakentuu näin ollen varsin ristiriitaisten ajatusten kautta.

Olen jakanut tutkielmani neljään varsinaiseen käsittelylukuun. Aloitan tutkielmani määrittelemällä työn kannalta keskeiset käsitteet. Samassa yhteydessä tarkoitukseni on määrittää työlle teoreettinen orientaatio, johon tutkimukseni pohjautuu. Ensimmäisessä varsinaisessa käsittelyosiossa, luvussa kaksi, pohdin esteettisen kirurgian sijoittumista

terveyden ja kauneuden rajamaastoon suomalaisen terveydenhuollon kontekstissa. Tässä luvussa tuon esille terveyden ja kauneuden erilaisia määrittelyjä ja pyrin löytämään näille käsitteille yhteisen rajapinnan. Lisäksi tässä yhteydessä pohdin lääketieteen asemaa yhteiskunnallisena instituutiona sekä yhteiskunnan medikalisaatiota. Kauneuskirurgiaan läheisesti kytkeytyvän ruumiillisuuden aspektin tuon esille ranskalaisen filosofi Michel Foucault'n kehittämän biovallan käsitteen yhteydessä. Biovallan käsitteen avulla on mahdollista ymmärtää valtaan kytkeytyviä yhteiskunnallisia prosesseja, kuten normalisaatiota sekä tiedon ja vallan yhteenkietoutumista sekä subjektiviteetin ja ruumiillisuuden rakentumista. Luvussa kaksi avaan myös esteettisen kirurgian kenttää kauneuskirurgian lyhyen historiikin kautta.

Kolmannessa luvussa kontekstoin esteettisen kirurgian osaksi suomalaista yksityistä terveydenhuollon kenttää konsumerismin ja markkinoinnin tarjoamista viitekehyksistä käsin. Tämä luku paikantaa esteettisen kirurgian aseman suomalaisessa yhteiskunnassa ja tarjoaa tavan ymmärtää mainonnan ja markkinoinnin merkityksiä medioituneessa kulttuurissa. Lisäksi tässä luvussa luon lyhyen katsauksen internetiin yrityksen markkinointikanavana sekä pohdin markkinointia ensin yleisellä tasolla, jonka jälkeen siirryn tarkastelemaan markkinointia esteettisen kirurgian kontekstissa.

Luvussa neljä esittelen tutkimukseni menetelmälliset työkalut: kriittisen diskurssianalyysin sekä uuden retoriikan ja argumentoinnin tutkimuksen. Nämä lähestymistavat soveltuvat hyvin yhteen, sillä molemmat orientaatiot pohjautuvat yhteiskunnallisen tutkimuksen niin kutsuttuun kulttuuriseen ja kielelliseen käänteeseen. Lisäksi ne jakavat sosiaalisen konstruktionismin mukaisen ajatuksen kaiken tiedon konstruktioluonteesta ja kielestä tiedon syntymistä ja eteenpäin välittämistä mahdollistavana ja rajaavana tekijänä. (Ks. esim. Palonen & Summa 1996, 7; Jokinen – Juhila & Suoninen 1993.) Työn ontologiset ja epistemologiset lähtökohdat pohjautuvat näin ollen sosiaaliseen konstruktionismiin, jonka avulla on mahdollista ymmärtää, ja edelleen tulkita, maailman ja todellisuuden diskursiivisesti rakennettua luonnetta. Tämä sosiaalisen konstruktionismin mukainen ajattelutapa kulkee metateoreettisena viitekehyksenä työn alusta loppuun.

Retoriikan ja argumentaation tutkimuksen menetelmät soveltuvat tekstien (ja puheen) analyysivälineeksi. Niiden avulla voidaan lukea tekstistä erilaisia vakuuttamisen keinoja, avata kirjoittajan ja yleisön välistä (valta)suhdeasetelmaa sekä tuoda esille tekstien ja puheiden poliittinen luonne. (Palonen & Summa 1996.) Tämän analyysimenetelmän avulla pystyn tunnistamaan esteettisen kirurgian toimijoiden teksteistä erilaisia vakuuttamisen keinoja, joiden avulla he rakentavat kuvaa toiminnastaan. Diskurssianalyysin ottamisen analyysivälineeksi retoriikan tutkimuksen rinnalle perustelen diskurssianalyysin kyvyllä tunnistaa erilaisia valtasuhteita ja pureutua merkityksentuottamisen prosesseihin. Sen avulla on mahdollisuus tunnistaa ja nimetä tapoja tuottaa ja merkityksellistää todellisuutta (Jokinen, Juhila & Suoninen 1999) ja täten vastata kysymykseen siitä, miten ja millaisia terveyttä ja kauneutta koskevia diskursseja esteettisen kirurgian toimijat internetsivuillaan lukijoilleen rakentavat.

Luku viisi vetää yhteen tutkielman kannalta olennaisimmat asiat luvuista jo esille tuoduista asioista (luvut 1-4). Luvussa viisi esittelen myös tarkennetut tutkimuskysymykset. Luku kuusi pitää sisällään empiirisen tutkimukseni aineiston esittelyn, tutkimuksen kulun sekä tulokset. Luku seitsemän päättää pro gradu - tutkielmani.

2. ESTEETTINEN KIRURGIA – LÄÄKETIEDETTÄ VAI KAUNEUDENHOITOA

2.1. KAUNEUTTA JA TERVEYTTÄ ETSIMÄSSÄ

2.1.1. KAUNEUDEN KÄSITTEESTÄ JA KAUNEUSIHANTEISTA

Kauneus on kuin kieli; kauneus on jokaiselle hieman erilainen asia, mutta pohjimmiltaan me emme voi keksiä kauneutta millaiseksi tahansa, vaan kauneus on meidän kasvamistamme maailmaan, mukaantuloa siihen, mikä on, ja sitä kautta sen pystyssäpitämistä, kannattelemista (Ojanen 2001, 6).

On esitetty, että kaipuu kauneuteen ja sen luomiseen on jotakin sellaista, mikä on ihmiselle luontaista (Hemminki 2004, 9). Kauneus ei kuitenkaan ole jotakin objektiivisesti olemassa olevaa, yleismaailmallista ja muuttumatonta, vaan se on saanut ihmiskunnan historian saatossa mitä erilaisimpia ilmenemismuotoja, vallitsevan ajan ja paikan mukaan (Wolf 1996, 12). Kauneuden käsitteelle ei näin ollen ole olemassa yksinkertaista, kaiken kattavaa ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää (Ojanen 2001, 15). Kautta aikojen ihminen on kuitenkin pyrkinyt luomaan kauneudelle erilaisia sääntöjä ja luokitteluja (Utrio 2001, 12).

Nykyisen länsimaisen kauneusihanteen juuret ulottuvat antiikin Kreikkaan, platonilaiseen ja aristoteliseen kauneusihanteeseen (Wolf 1996, 12). Ominaista antiikin ajalle oli kauneuden ymmärtäminen symmetriana ja ideaalisina lukusuhteina. Esimerkiksi kaunis ihmisruumis oli sellainen, jonka eri ruumiinosien suhteet olivat tasapainossa ja harmoniassa keskenään. (Vuorinen 1996, 76.) Keskiajalle tultaessa kauneuden ymmärtäminen lukusuhteina ja harmoniana ei ollut kadonnut minnekään, vaan kauneuden mittana korostettiin edelleen ”[...]oikeita suhteita, osien yhteensopivuutta ja lukuja kauneuden perustana” (Utrio 2001, 12). Tämä yhteys antiikin Kreikan ja keskiajan ajatteluun näkyy yhä edelleen nykyisin vallitsevissa kauneuskäsityksissä, joissa kauneuden perustana korostetaan ihmisruumiin täydellistä symmetriaa (emt., 37).

Vaikka yhtymäkohtia antiikin ja keskiajan ajatteluun voidaan löytää yhä edelleen nykyajan kauneusihanteista, kauneuskäsitykset eivät ole olleet historian kuluessa

staattisia, vaan ne ovat muuttaneet muotoaan ja muokkautuneet historian saatossa paljonkin. Aina ne kuitenkin ovat kytkeytyneet vallitseviin kulttuurisiin konventioihin, joita puolestaan ohjaavat erilaiset yhteiskunnassa toimivat instituutiot (Gimlin 2002, 9). Kauneus, kuten muutkin ihmisen luomat käsitteet, ovat viime kädessä ymmärrettävissä sosiaalisesti konstruoituneina diskursiivisina käytäntöinä, joihin vaikuttavat vallitsevan yhteiskunnan arvot, normit ja säännöt.

Kauneuden käsite ei kellu vapaana kulttuurissa, vaan kauneus on aina tulkinnallista. Se on aina avoinna uudelleentulkinnolle ja kritiikille. (Callaghan 1994, xiv; Gimlin 2002, 9.) Tarkastelen tämän pro gradu -tutkielman yhteydessä kauneuden käsitettä ennen kaikkea sosiaalisesti konstruoituna diskursiivisena käytäntönä. Se, määrittäykö kauneus biologisista, suvun jatkamiseen liittyvistä perusteista tai saako kauneus oikeutuksensa ihmisluonnosta, ei ole tämän tutkielman yhteydessä kovinkaan relevanttia (vrt. Hemminki 2004, 9). Kauneusihanteet syntyvät ja muokkautuvat monien erilaisten sosiaalisten ja taloudellisten valtarakenteiden yhteenliittymien seurauksena, ja tämän prosessin kanssa biologialla on lopulta hyvin vähän tekemistä (ks. esim. Wolf 1996, 13). Voidaankin ajatella, että kauneus on katsojan silmissä, mutta tämä katse on aina kulttuurisesti rakentunutta, joten kauneutta ei voida käsitteellistää millaiseksi tahansa.

Ihminen on aina pyrkinyt muokkaamaan ruumistaan vastaamaan aikansa kauneusihanteita; milloin ihmisruumista ¹ ”[...]on litistetty, typistetty, puristettu, venytetty, maalattu, koristeltu, lävistetty ja käytetty mitä erilaisimpia menetelmiä halutun lopputuloksen aikaansaamiseksi” (Kulmala 2004, 13). Ihminen on siis aina ollut ruumiinsa vanki ja harvoin tyytyväinen ruumiiseensa sellaisena kuin se on (Utrio 2001, 6, 34 ja 37). Tästä huolimatta voidaan sanoa, että nyky-yhteiskunnassa kauneudella ja ulkonäöllä on keskeisempi osuus ihmisen elämässä; kauneudesta on tullut mitä suurimmissa määrin minuuden mitta (ks. esim. Utrio 2001, 6 ja 84; Williams & Bendelow 1998, 73; Heyes 2007, 18). Tähän muutokseen vaikuttavat monet toisiinsa yhteenkietoutuneet kulttuuriset ja taloudelliset tekijät, mutta esimerkkeinä voidaan mainita muun muassa yhteiskunnan medioituminen, yleisen elintason nousu ja

¹ Vaikka puhunkin tässä yhteydessä sukupuolineutraalisti ihmisruumiista, on syytä muistaa, että kauneusihanteet ovat olleet ja ovat nykyäänkin erittäin sukupuolittuneita (ks. lisää esim. von Bonsdorff & Seppä 2002). Kauneus ja naiseus kulkevat siis vahvasti käsi kädessä; naisten ulkonäkövaatimukset ovat ahtaampia kuin miesten ja myös esteettisen kirurgian potilaista arviolta yhdeksän kymmenestä on naisia (Davis 1995, 39; Kinnunen 2008, 14). Useat feministitutkijat ovatkin tuoneet esille, että kauneutta voidaan lähestyä myös patriarkaalisenä ja näin ollen myös naisia sortavana ja alistavana sosiaalisen kontrollin mekanismina. (Ks. esim. Callaghan 1994, vii.)

keskiluokkaistuminen, markkinavetoisen kuluttajayhteiskunnan voittokulku, individualismin vahva nousu, medikalisaatio sekä erilaisten ulkonäköteknologioiden kehittyminen (ks. esim. Pitts 2003, 30). Kauneus on siis nyky-yhteiskunnassa vahvasti demokratisoitunutta, sillä se ei yleisen elintason nousun ja keskiluokkaistumisen seurauksena ole enää vain harvojen ja valittujen rikkaiden etuoikeus (emt., 20; Black 2004, 25).

Nyky-yhteiskunnassa ihmisen ulkonäköruumiista on näin ollen tullut eräänlainen ”[...]käyntikortti, joka paljastaa [ihmisen] iän ja yleisen terveydentilan, persoonallisuuden ja yleisen elämänasenteen (Utrio 2001, 84). Nykyinen kauneusihanne korostaa etenkin hoikkaa ja nuorekasta (toisin sanoen rypyttöä, rasvatonta ja kiinteää) vartaloa. Esimerkiksi uusi ihannenainen on reipas, aktiivinen ja hyvinvoiva nainen, jonka kauneus on ennen kaikkea viesti terveydestä ja siitä, että nainen pitää huolta omasta ruumiistaan ja hyvinvoinnistaan. (Emt., 60 ja 82.)

Kauneuden käsite yhdistyy siis vahvasti positiivisiksi miellettyihin arvoihin, kuten moraaliin, terveyteen ja hyvyyteen (Gilman 1995, 52; Callaghan 1994, vii; Ojanen 2001, 45–47; Black 2004, 6). Kauneus yhdistetään myös älykkyyteen, menestymiseen ja sosiaaliseen lahjakkuuteen (Kinnunen 2008, 311). Tästä huolimatta on syytä muistaa, että kauneuteen voidaan liittää myös vähemmän positiivisia piirteitä. Tällöin kauneus määrittyy yleensä ulkokohtaisuutena, pinnallisuutena ja turhuutena. (Ojanen 2001, 33.) Esimerkiksi esteettisin perustein tehtävään kirurgiaan voi liittyä edelleen vahva sosiaalinen stigma, jonka aiheuttaman leiman vuoksi leikkauksessa käyneet eivät julkisesti omalla nimellään ja kasvoillaan halua kertoa turvautuneensa kauneuskirurgiaan.

Kun vallitsevat kauneusihanteet muuttuivat ennen hitaasti ja siirtyivät monesti sukupolvelta sukupolvelle, nykyään kauneusihanteet muuttuvat yhä nopeammin ja ovat yhä useampien ihmisten ulottuvilla ympäri maailmaa. Mainokset ovat korvanneet perinteet kauneusihanteiden välittäjinä ja markkinaorganisaatioiden puristuksessa kauneusihanteet muuttuvat yhä nopeammin, sillä uusia tuotteita on myytävä yhä enemmän ja enemmän. (Utrio 2001, 8.) Nämä mediarepresentaatiot² kertovat ja opettavat meille, mikä on normaalia ja haluttua sekä toimivat mallina ruumiin

² Median ja mainonnan representaatioihin palaan tarkemmin luvussa 3.2.1.

muokkaamiselle (Kinnunen 2006, 169). Keinoja vastata vallitsevien kauneusihanteiden antamiin haasteisiin on useita, ja yksi näistä keinoista saavuttaa haluttu ja jopa epärealistisen ideaali ulkonäkö on esteettinen kirurgia.

2.1.2. MITÄ ON TERVEYS?

[Health] is a condition of being involved, of being in the world, of being together with one's fellow human beings, of active and rewarding engagement in one's everyday tasks (Gadamer 1996, 113).

Samoin kuin kauneus, myöskään terveyden käsite ei mahdu ahtaisiin määritelmiin tai ole ihmisestä objektiivisesti irrallaan oleva kokonaisuus. Sen sijaan terveys on jotakin, joka on suhteellista ja näkökulmasidonnaista kulttuurista toiseen. Erilaisten terveystieteiden taustalla on siis aina yleinen maailmankatsomuksellinen kehikko, joka vaikuttaa siihen, mitä terveyden käsitteellä kulloinkin tarkoitetaan. (Ks. esim. Jordan 2009, 23; Tuominen, Myllykangas & Rynnänen 1999, 60; Honkasalo 2000, 56.) Voidaan kuitenkin todeta, että terveys on ihmisille tärkeää ja yksi inhimillisen elämän tärkeimpiä arvoja. Tässä suomalaiset eivät eroa muusta maailmasta; terveys on suomalaisille perustavanlaatuinen arvo, jonka edelle menevät vain perhe-elämä ja hyvät ihmissuhteet (Torvi & Kiljunen 2005, 58; Lumme-Sandt & Aarva 2005, 178). Terveystieteen määrittelyä yhdeksi elämän perusarvoksi lisää myös se, että terveys mielletään onnellisuuden suoranaiseksi edellytykseksi; ilman terveyttä ei ole mahdollista tavoitella muitakaan onnellisuuden elementtejä kuten vaikkapa juuri hyviä ihmissuhteita tai hyvää toimeentuloa (Torvi & Kiljunen 2005, 58).

Suhteellisuudestaan huolimatta terveyttä on pyritty määrittelemään monin eri tavoin. Voidaan kuitenkin sanoa, että länsimaisen lääketieteen kehityksellä on ollut merkittävä osa siinä prosessissa, miten terveys on ymmärretty. Moderni länsimainen lääketiede on perustanut terveystieteensä ihmisruumiin kaksijakoisuuteen, jossa mieli erotetaan ruumiista. Lääketieteellisten toimenpiteiden kohteena on ollut (ja on yhä edelleenkin) ennen kaikkea ihmisen fyysinen ruumis ja siinä havaitut oireet. Tällainen terveyden biomedikaalinen näkemys jättää ihmisen henkisen puolen lääketieteellisen tutkimuksen ja toimenpiteiden marginaaliin. Terveys näyttäytyy tässä katsannossa negaation kautta; terveys on sairauden puutetta. Ihminen on siis niin kauan terve, kuin hänessä ei todeta normaalista poikkeavia fyysisiä oireita. (Tuominen, Myllykangas & Rynnänen 1999, 35; Lillrank & Seppälä 2000, 105; Lebacqz 1995, 157.)

Terveyttä on pyritty määrittelemään, paitsi sairauden poissaoloksi, myös esimerkiksi toimintakyvyn, kapasiteetin, pääoman, hyvinvoinnin ja voimavaran käsitteiden avulla (ks. esim. Williams 2003, 10–42; Tuominen, Myllykangas & Ryyänen 1999, 35–36; Boddington & Räisänen 2009, 50–51). Terveyttä voidaan kuvata myös jatkumona, jonka ääripäitä ovat täydellinen terveys ja kuolema (ks. esim. Torrance 1976, 990). Lisäksi terveyttä on käsitteellistetty sen kautta, ymmärretäänkö terveys väline- vai itseisarvona. Terveys itseisarvona tarkoittaa, että terveyttä itsessään pidetään elämässä tärkeänä arvona; terveys on elämässä päämäärä sinänsä. Terveys välineellisenä arvona puolestaan viittaa terveyteen hyödykkeenä, jonka avulla on mahdollisuus saavuttaa elämässä muita asioita. Tässä katsannossa terveys ei siis ole arvo sinällään, vaan pikemminkin se on väline, joka mahdollistaa elämässä muihin asioihin keskittymisen: sosiaalisten suhteiden hoitamisen, työn, harrastukset ja kaiken muun, mitä elämässä kukin haluaa tehdä. (Ks. Esim Aarva 1994; Sahlgren 2001, 191-192.)

Yhdysvaltalainen sosiologi Talcott Parsons (1951) loi yhden ensimmäisistä terveys sosiologisesta viitekehyksestä katsotun terveyden ja sairauden määritelmän. Parsonsille terveys ja sairaus eivät näyttäyty lääketieteen biomedikaalisesta viitekehyksestä käsin, vaan sairaus on pikemminkin funktionaalinen ja väliaikainen, lääketieteellistä interventiota vaativa tila. Terveen ihmisen erottaa sairaasta ihmisestä, ei niinkään mikrobiologinen bakteeri- tai virusperäinen invaasio ihmisruumiissa, vaan pikemminkin yhteiskunnalliset odotukset. Sairaalla ihmisellä on lupa sairastaa ja luopua päivittäisistä velvollisuuksistaan sairauden vuoksi, mutta toisaalta hänellä on myös moraalinen velvollisuus parantua ja hakea apua sairauteensa. Ihminen on terve niin kauan, kuin hän pystyy selviytymään arkisista toiminnoistaan hyvin. (Parsons 1951.) Parsonsin näkemystä on kuitenkin kritisoitu erityisesti siitä, että tämä funktionaalinen malli sopii yhteen lähinnä akuuttien sairaustapausten kanssa. Tämä tarkastelunäkökulma sopii huonosti kroonisiin, pitkäaikaisiin sairauksiin, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteihin ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien kanssa. (Williams 2005, 125.)

Koetun terveyden käsite sopii hyvin myös kroonisten sairauksien tarkasteluun (ks. esim. Johnson & Wolinsky 1993, 109). Koetulla terveydellä tarkoitetaan yleisesti ihmisen käsitystä omasta terveydentilastaan. Koettua terveyttä mitataan kysymällä, kuinka hyväksi (esimerkiksi asteikolla yhdestä viiteen, jossa yksi on erittäin huono, kolme tyydyttävä ja viisi erittäin hyvä) ihminen kokee oman terveydentilansa (ks. esim. Ahola

2005; Vuorisalmi 2007, 24–25). Koettua terveyttä mitattaessa ja siitä puhuttaessa on hyvä huomioida, että jokainen ihmisen kokee oman terveydentilansa yksilöllisesti. Esimerkiksi ihminen saattaa kokea terveydentilansa erittäin hyväksi siitä huolimatta, että hänellä on useita päällekkäisiä pitkäaikaissairauksia. Toisaalta ihminen ei välttämättä koe terveyttään aina hyväksi, vaikka hänellä ei olisikaan diagnosoituja sairauksia.

Koetun terveyden käsite ottaa huomioon terveyden kaikki ulottuvuudet: terveys ei ole vain fyysistä, vaan mitä suurimmassa määrin myös sosiaalista ja psyykkistä. Se ei tarkastele terveyttä objektiivisena ylhäältä annettuna käsitteenä, vaan koetussa terveydessä korostuvat ennen kaikkea ihmisen omat henkilökohtaiset kokemukset ja tunnetilat (Vuorisalmi 2007, 22). Tämän vuoksi koetun terveyden käsite on tärkeä erityisesti tämän tutkielman kontekstissa, sillä esteettisen kirurgian tarve ei niinkään pohjaa biomedikaaliselle terveystähtäykselle, jossa huomio keskitetään pääasiassa ihmisen funktionaaliseen, ruumiilliseen toimintakykyyn ja sen parantamiseen. Sen sijaan tarvetta mennä leikkauttamaan itseään esteettiseen kirurgiaan erikoistuneen plastiikkakirurgin vastaanotolle voidaan ymmärtää syvällisemmin ihmisen henkilökohtaisen hyvinvoinnin, sosiaalisten kokemusten ja emotionaalisten tuntemusten kautta. Päätös leikkauttaa esimerkiksi ulkonevat korvat pienemmiksi tai pienet rinnat suuremmiksi on ennen kaikkea kokemukseen liittyvä; pienemmät korvat tai suuremmat rinnat eivät tee ihmisestä fyysisesti toimintakykyisempää, mutta yleisen hyvinvoinnin ja henkilökohtaisten kokemusten tasolla leikkaus saattaa tehdä ihmisestä sosiaalisesti ja henkisesti toimintakykyisemmän. Koetun terveyden käsitteen kautta on mahdollista ymmärtää esteettisen kirurgian luonnetta ja ihmisten hakeutumista näihin leikkauksiin.

Kenties kuuluisin terveyden määritelmä on Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 1948 julkistama terveyden määritelmä. Tässä julistuksessa terveys on pyritty määrittelemään myös laajasti, jolloin sen alle voidaan sisällyttää kaikki ihmisruumiin ulottuvuudet: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Terveys on tämän määritelmän mukaan [...]täydellinen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä vain sairauden puutetta tai fyysistä heikkoutta”³ (WHO 1948). Myöhemmin, vuonna 1986 WHO vielä tarkensi tätä terveyden määritelmää terveyden edistämisen kontekstissa korostamalla, että ”[t]erveys on jokapäiväisen elämän voimavara eikä itse

³ Alkup.: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.

elämän tavoite⁴” (WHO 1986). Tässä määritelmässä korostuvat edelleen terveyden holistinen ja positiivinen ulottuvuus, mutta lisäksi terveys yhdistetään nyt eksplisiittisesti toimintakykyyn sekä sosiaalisiin ja henkilökohtaisiin voimavaroihin.

Vaikka näitä WHO:n terveyden määritelmiä onkin kritisoitu runsaasti epämääräisyytensä ja kaikenkattavuutensa vuoksi, tarjoaa holistinen terveystäkö näkemys, koetun terveyden käsitteen ohella hedelmällisen lähtökohdan pro gradu -tutkielmani viitekehykselle. Jotta esteettistä kirurgiaa, sen mainonnan representaatioita ja siihen sisältyviä terveyden ja kauneuden diskursseja voitaisiin tulkita analyyttisesti, tarvitaan syvää ymmärrystä terveyden kaikista ulottuvuuksista. Esteettisen kirurgian operoidessa terveyden ja kauneuden rajapinnalla ja vahvasti medikalisoituneessa yhteiskunnassa pelkkä ymmärrys terveydestä sairauden poissaolona tai fyysisenä toimintakykynä ei riitä, vaan tarvitaan laajempaa kontekstointia, joka ulottaa tarkastelun myös terveyden sosiaaliseen ja psyykkiseen puoleen. Vaikka esteettisen kirurgian toimenpiteet kohdistuvatkin aina ihmisen fyysiseen puoleen, toimenpiteiden vaikutus voi ulottua aina potilaan itsetuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin asti, toisin sanoen juuri terveyden psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen.

2.1.3. RAJAPINNAN LÖYTÄMINEN: KAUNEUS TERVEYDEN ILMENTÄJÄNÄ, TERVEYS KAUNEUDEN IDEEALINA

Terveyden ja kauneuden yhteisten rajapintojen löytäminen ei ole kovin vaikeaa, sillä jo pelkästään kauneuden tai terveyden käsitteistä puhuminen, kuten jo edelliset kauneutta ja terveyttä käsitteellistävät alaluvut osoittavat, sivuavat välttämättä toisiaan. Terveyden ja kauneuden käsitteet voivat yhtyä kaikessa toiminnassa, jonka keskiössä ihminen ruumiillisen olentona toimii. Kuntosalilla rehkiminen ei edistä vain tervettä ruumista, vaan se seuraa myös vallitsevia kauneusihanteita. Syöminen vallitsevien ravitsemussuositusten mukaan kohtuudella ja oikeita ravintoaineita nauttien edesauttaa vallitsevien kauneusihanteiden vaatimissa mitoissa pysymistä. Kauneuden ja terveyden käsitteet yhtyvät myös esimerkiksi työelämässä: työnantajat voivat ajatella, että nuorekas ja puoleensavetävä ulkonäkö kertoo työntekijän hyvästä terveydentilasta ja hyvinvoinnista ja tämä puolestaan ahkeruudesta, itsekurista, dynaamisuudesta ja yleisestä sitoutumisesta työhön (ks. lisää Toiviainen, Väänänen & Hemminki 2004).

⁴ Alkup.: ” Health is a resource for everyday life, not the object of living”.

Ulkonäkö on nyky-yhteiskunnassa näin ollen vahva merkitysten viestittäjä. Ulkonäön avulla on mahdollisuus viestittää muille ihmisille, että elää hyvää elämää. Toisin sanoen, terveydestä on tullut mitä suurimmissa määrin myös moraalinen symboli ja mitta sekä ulkonäköruumista terveyden eksplikoitumisen paikka. Kun terveydestä on tullut informaation lisääntymisen ja terveellisten elintapojen mahdollistumisen myötä kaikkien ulottuvilla oleva asia, johon ihmisen on mahdollista vaikuttaa omilla valinnoillaan, terveenä pysymisestä on tullut samaan aikaan myös yksilön moraalinen velvollisuus (ks. esim. Crawford 1980). Ajatellaan, että nuorekas, voimakas ja hoikka olemus viestittää hyvästä terveydentilasta ja oikeanlaisten elintapojen noudattamisesta. Sen sijaan esimerkiksi lihava ruumis edustaa yhteiskunnassamme sairautta, epäviehättävyyttä ja kontrolloimattomuutta (Harjunen 2004, 413). Terveys ja kauneus kulkevat käsi kädessä, kuten myös käsitekolmikko kauneus, terveys ja moraalit.

Kauneus ja terveys yhdistyvät monesti myös niissä puhetoissa, joissa erilaisia kauneushoidollisia toimenpiteitä oikeutetaan. Esimerkiksi kauneushoitoloitten tarjoamia hoitoja voidaan retorisesti oikeuttaa yhdistämällä esteettiset hoidot puheessa terveyteen ja hyvinvointiin, jolloin kyseessä ei olekaan enää vain hoito, joka helposti yhdistetään arkipuheessa negatiivisävytteisesti myös pinnallisuuteen ja turhuuteen. Tätä puhetapaa voivat käyttää niin kauneushoitoloitten asiakkaat kuin työntekijätkin. (Black 2004, 48.)

2.2. ESTEETTINEN KIRURGIA LÄÄKETIETEEN

ERIKOISALANA

2.2.1. LÄÄKETIEDE INSTITUUTIONA JA YHTEISKUNNAN MEDIKALISOITUMINEN

Länsimaisen lääketieteen synty ja kehitys kytetään yleisesti 1600-luvulta alkavaan ajanjaksoon, jonka aikana alettiin korostaa valistuksen hengessä ihmisen rationaalista luonnetta, empirismia ja kykyä tehdä empiirisiä havaintoja objektiivisesti, tutkimuskohteestaan irrallisena. Tämä ajattelu kytkeytyi lääketieteen tutkimukseen ja kehittämiseen etenkin ranskalaisen filosofi René Descartesin kirjoituksissa (ks. esim. Forsius 1996). Hänen ajattelunsa lähtökohtia, jotka ovat jääneet vahvasti elämään länsimaisen lääketieteen diskursseihin, ovat ihmismielen erottaminen fyysisestä

ruumiista⁵ sekä ajatus ihmisruumiista mekaanisesti toimivana koneena (ks. esim. *ibid*; Williams 2003, 12; MacLashlan 2004, 2-3; Pitts 2003, 26). Lääketieteessä ja terveyden biomedikaalisessa mallissa on edelleen näkyvissä mieli/ruumis -dualismin tuottama ajatus terveydestä sairauden poissaolona, lääketieteen teknologiapainottuneisuus sekä sairauden syntyminen vain biologisten tekijöiden seurauksena (ks. esim. Nettleton 1995, 3; Murray 2007, 361). Länsimainen lääketiede siis perustuu vahvasti objektiivisuuden ihanteeseen. Vaikka biolääketieteellisestä näkökulmasta katsottuna sairauden raja on periaatteessa yksiselitteinen ja objektiivinen, terveyden ja sairauden instituutiot ja ilmiöt ovat yhteiskunnallisten käytänteiden ja suhteiden muokkaamaa, joihin puolestaan vaikuttavat niin kieli, tieto kuin valtakin. (Honkasalo 2000, 56; Tuominen, Myllykangas & Ryyänen 1999, 35 ja 60; Nettleton 1995, 3.)

Moderni biomedikaalinen lääketieteen malli ei ole onnistunut sijoittamaan ihmisruumista tutkimuskohteena sen sosio-ympäristölliseen kontekstiinsa. Se aliarvioi ihmisen materiaalisen ympäristön ja ihmisruumiin välisiä yhteyksiä sairauden syntymiseen. (Nettleton 1995, 5.) Lisäksi se ei ole tunnustanut eikä tunnistanut lääketieteen instituution riippuvaisuutta ympäröivästä yhteiskunnasta. Se on unohtanut, että myös lääketieteen käytännöt ja tieto ovat alkuperältään sosiaalisia. Viime kädessä lääketiede on näin ollen eräänlainen moraalinen instituutio (*moral enterprise*), joka kykenee määrittämään mikä on hyvää ja mikä paha ihmisen terveyden kannalta. Lääketieteen määriteltessä kuka on sairas ja kuka ei, se samalla tuottaa myös normatiivisia määrittelyjä ja luokitteluja terveyden ja sairauden, siis normaalin ja epänormaalin rajoista. (Illich 1975, 44–48.) Kaiken lääketieteellisen tiedon ollessa viime kädessä sosiaalisesti kontingenttia, myös lääketiede instituutiona paljastuu sosiaalisesti konstruktioksi. Kuten länsimaista lääketiedettä kovin sanoin kritisoinut Iván Illich (1975, 44–48) toteaaakin, ettei arvoista vapaata lääketieteellistä hoitoa ole olemassa. Lääketieteestä on tullut mitä vahvimmin sosiaalisen kontrollin väline yhteiskunnassa (ks. esim. Zola 1972).

Ajatus lääketieteen normatiivisesta luonteesta kytkeytyy tutkielmaani olennaisella tavalla; lääketieteen käsitteiden ja sisältöjen ollessa jatkuvassa liikkeessä, alituisessa

⁵ Tämän jaottelun taustalla vaikutti ratkaisevasti kirkon ja uskonnon vahva merkitys yhteiskunnassa. Kun mieli, eli sielu, erotettiin ruumiista, ei sairauksia tutkittaessa tarvinnut enää huomioida kirkon vaalimaa sielua. Tämän erottelun seurauksena siis kirkon holhoavuus lääketieteestä heikkeni ja lääketiede sai näin lisää toimintavapautta. (Forsius 1996.)

(re)konstruoinnin tilassa, on vain määrittelykysymys, onko esteettinen kirurgia lähempänä lääketiedettä vai kauneudenhoitoa. Lisäksi, kun ihmisruumiista muokataan kirurgisesti, lääketiede instituutiona samalla myös muokkaa sitä, mitä pidetään yhteiskunnallisesti hyväksyttävänä, normaalina ja tarpeellisena – ja mikä puolestaan on epänormaalia, ei-haluttavaa ja tarpeetonta.

Medikalisaatiolla tarkoitetaan yleisesti lääketiedeinstituution kasvua sekä elämäntapahtumien lääketieteellistymistä. Toisin sanoen, medikalisaation myötä lääketieteen valta on laajentunut koskemaan sellaisia alueita, joita ei ole pidetty lääketieteelle kuuluvina. (Ks. esim. Tuominen, Myllykangas ja Ryyänen 1999, 15; Conrad 2007, 4.) Esimerkkinä medikalisaatiosta voidaan mainita lääketieteen laajentuminen myös kauneuden alueelle. Sairauden merkitys on muuttunut yhteiskunnan medikalisaatiokehityksen myötä; rumuudesta on tullut 'epidemia', jota vastaan on mahdollista taistella esteettisen kirurgian keinoin (Kinnunen 2008, 12).

Lääketieteen medikalisoituminen on tehnyt lääketieteestä totuuden lähteen, jossa alan asiantuntijoilla ja heidän epidemiologisilla tiedoillaan on suuri merkitys ihmisten jokapäiväiseen elämään. Lääketieteen voittokulku on tunkeutunut yhteiskunnan jokaiselle osa-alueelle. Medikalisaation myötä ei ole olemassa ihmiselämään liittyvää asiaa, jossa terveys ja sairaus eivät olisi jollain lailla läsnä. (Ks. esim. Conrad & Schneider 1992, 241–242; Armstrong 1995; Zola 1972; ks. myös Foucault 2009, 1–23 ja 33–41.)

Medikalisaation sijasta voidaan puhua myös biomedikalisaatiosta. Biomedikalisaatiolla tarkoitetaan, että perinteisestä medikalisaatiosta on siirrytty kohti uudenlaista medikalisaatioprosessia, jossa terveys ja sen ylläpito on pitkälti lääketieteellistetty ja sysätty yksilön vastuulle (Topo 2006, 172). Erilaisten ”itsen tekniikoiden” avulla, kuten esimerkiksi tiedon hankinnan, itsetarkkailun, ennaltaehkäisyn, riskien arvioinnin ja kuluttamisen kautta yksilöt toteuttavat biomedikalisaatiota omassa elämässään (Vainionpää 2006, 19). Biomedikalisaatio perinteisestä biomedikalisaatiosta laajempaan kokonaisuutena on dynaaminen ja muuttuva käsite, joka erilaisten sosiaalisten käytänteiden ja mallien kautta laajenee koko ajan uusiin suuntiin (Conrad 2007, 14 ja 23). Lääketieteen luonnetta sosiaalisen kontrollin välineenä sekä lääketieteen kentän laajentumista eli medikalisaatiota voidaan edelleen hahmottaa tarkemmin biovallan käsitteen avulla.

2.2.2. (EPÄ)NORMAALI RUUMIS

2.2.2.1. BIOVALTA JA RUUMILLISUUS

Viitataan biovallan käsitteellä alun perin Michel Foucault'n kehittämään vallan käsitteeseen, jolla tarkoitetaan yhteiskunnallisten ja valtiollisten toimijoiden hallinnoinnin tapaa ohjata yksilöitä (ks. esim. Foucault 1999; Foucault 2005). Biovalta on valtaa, joka on kaikkialla, mutta yksittäiset toimijat eivät voi pitää sitä hallussaan. Sen leikkauspisteessä voidaan ajatella sijaitsevan yhteiskunnan arvot ja normit – toisin kuin esimerkiksi perinteisessä valtakäsityksessä⁶. Toisin sanoen, biovalta on ymmärrettävissä voimasuhteiden moninaisuudeksi, joka on kaikkialla. (Danaher, Schirato & Webb 2000, xiv; Foucault 1999, 62 ja 69–70; Helén 1995, 276.)

Subjektiviteetti, tieto ja valta muodostavat foucault'laisessa ajattelussa triadin, jonka jokainen osa määrittelee toistaan; ihminen subjektina on toimija, joka toimii tiedon ja vallan aktiivisena tuottajana (ks. esim. Jauho 2007, 20–32). Tärkeää tässä katsannossa ei ole se, kuka diskursiivista valtaa käyttää, vaan pikemminkin se, millaisia ovat tiedon ja vallan yhteenkietoutuneet diskurssit, sillä nämä diskurssit määrittävät viime kädessä myös sitä, millaiseksi ihminen subjektina muotoutuu. (Foucault 2005, 42.)

Biovallan synty hallintakäytäntönä voidaan sijoittaa 1700-luvulle, jolloin Euroopassa perinteiset kansallisvaltiot alettiin ymmärtää niiden väestön ja väestörakenteen kautta, eikä enää niinkään valtioiden omistamien alueiden ja aluerajojen mukaan (Foucault 1999, 24–25). On syytä huomioida, että samalle ajanjaksolle sijoittui myös länsimaisen lääketieteen kehitys (ks. esim. Tuominen, Myllykangas ja Rynänen 1999, 11). ”Väestövaltioon” siirtyminen merkitsi terveyden, sairauden ja seksuaalisuuden määrittelyä julkiseksi ja poliittiseksi kysymyksiksi, sillä valtion taloudellinen ja poliittinen menestys oli (ja on yhä edelleen) kytköksissä sen väestön luonteeseen ja tilaan.

⁶ Perinteinen näkemys vallasta nojaa ennen kaikkea juridis-diskursiiviseen orientaatioon. Valta nähdään tämän lähestymistavan mukaan ennen kaikkea lakeina ja määräyksinä, joita tuotetaan yhteiskunnassa ylhäältä alaspäin. Valta näyttäytyy johtajan subjektiivisena vuorovaikutusvaltana suhteessa alaisiinsa. (Foucault 1999, 62.) Tätä perinteistä, liberalistista valtakäsitystä voi valottaa Robert Dahlin (1957) valtateorian avulla. Valta on ymmärrettävissä vallankäyttäjän kykyä saada vallankäytön kohde toimimaan haluamallaan tavalla vallankäytön kohteen mahdollisesta vastustuksesta huolimatta (ibid.). Toisin kuin perinteisessä valtakäsityksessä, biovalta ei suuntaudu hierarkkisesti vain ylhäältä alas, vaan myös alhaalta ylös. Valtaa ei myöskään ole vain rajoittavaa ja alistavaa, vaan myös tuottavaa valtaa. Valta tuottaa sen, mitä me olemme ja mitä me voimme tehdä. Se myös tuottaa sen, kuinka me näemme itsemme ja muun maailman. (Danaher, Schirato & Webb 2000, xiv; Foucault 1999, 62 ja 69–70.)

Muutos väestövaltioon tarkoitti myös sitä, että yhteiskunnassa eläviä yksilöitä alettiin tarkastella ennen kaikkea yhteiskunnallisina tuotantovoimina, jotka pitivät toiminnallaan vallitsevaa yhteiskuntarakennetta yllä (Foucault 2005, 39–40; Vähämäki 1998, 135). Hallintaa ei siis ulkoisteta yksilöiden ulkopuolelle, vaan se tapahtuu yksilöiden välityksellä. Tätä Foucault kutsuu subjektiuden tuottamisen tekniikaksi. Yksilön ruumiin mieltäminen tuotantovoimaksi saa puolestaan aikaan ruumiin poliittisen haltuunoton, jossa ruumis vallankäytön ja hallintatoimen kohteena mielletään hyödylliseksi vasta, kun se on sekä tuottava että alistettu. Toisin sanoen, kaikki yksilön käyttäytymistä säätelevät normit ovat sulautettu/sulautuneet osaksi subjektin omaa toimintaa. (Ibid.)

1800-luvulla tekniikat hallita ja kontrolloida ihmisen ruumista levisivät räjähdysmäisesti samaan aikaan lääketieteen kehityksen ja laajentumisen kanssa. Foucault kutsuukin 1800-lukua biovallan ajaksi. (Foucault 1999, 100.) Etenkin sukupuoli ja sitä koskevat diskurssit sekä sukupuoleen olennaisesti kytkeytyvä seksuaalisuus ovat olleet (Foucault 2005, 25 ja 77; ks. myös Turner 1991, 21–22), ja ovat 2010-luvulle tultaessa edelleen biopolitiikan keskiössä⁷. Tästä hyvänä esimerkkinä ovat juuri esteettinen kirurgia ja sen voittokulku, sillä sukupuolituneina ja seksuaalisuuteen vahvasti kytkettyinä lääketieteellisinä toimenpiteinä ne kontrolloivat etenkin naisruumiin pintaa; sitä, miltä naisen pitää näyttää ollakseen kaunis (ja haluttava tai menestynyt).

Myös ruumiin käsite on keskeinen biovallan ymmärtämisessä sekä medikalisaatiokehityksen kontekstissa. Ruumis on foucault'laisen biovallan näkökulmasta katsottuna vallan leikkauspiste ja kohde juuri sen vuoksi, että siinä yhdistyy edellä esitettyjä dualistisia kategorioita ja kulttuurisesti rakentuneita tapoja katsoa maailmaa. Biopolitiikan näkökulmasta yksilöt itse kontrolloivat ja mukauttavat toimintaansa niin, että he mahtuvat yhteiskunnassa vallitseviin kulttuurisiin normeihin ja konventioihin – ja näin tulevat luokitelluiksi, niin itsensä kuin muidenkin taholta, 'normaaleiksi' ja hyväksytyiksi yhteiskunnan jäseniksi, kuuliaisiksi ruumiiksi (docile bodies). Toisin sanoen, ruumis muokkautuu sosiaalisessa prosessissa ja

⁷ On kuitenkin syytä huomioida, että vaikka Foucault'n biopolitiittista teoriaa on käytetty tarkastelemaan usein juurikin seksuaali- ja sukupuolipolitiikkaa, useat feministit ovat kritisoineet Foucault'n teoriaa sen sukupuolisokeudesta. Tämä kritiikki perustuu Foucault'n tavalle kirjoittaa ruumis aina miehiseksi, jolloin naisten ja miesten välinen rakenteellinen epätasa-arvo jää tunnustamatta. (Karkulehto 2006, 61.)

vuorovaikutuksessa toisten ihmisruumiiden kanssa. (Helén 2000, 160; Bordo 1990, 85–86; Foucault 2005, 39–40; Vähämäki 1998, 135.)

Ihmisruumis on paljon muutakin kuin vain biologinen kokonaisuus, sillä siihen liittyy myös suunnaton määrä erilaista kulttuurista symboliikkaa. Ihmisruumiissa yhdistyy muun muassa yksityisen / julkisen, positiivisen / negatiivisen sekä poliittisen / taloudellisen väliset problematiikat. (Synnot 1993, 1; Turner 1991, 4; ks. myös Helén 2000, 163) Lisäksi ruumis voidaan käsittää, ei vain fyysisenä kokonaisuutena, vaan ennen kaikkea sosiaalisena kokonaisuutena, sosiaalisena konstruktiona. (Synnot 1993, 1; Turner 1991, 4; Helén 2000, 165; Williams, Gabe & Galnan 2003, 8.)

Vaikka ruumiilla on aina olemassa materiaallinen puolensa, se saa merkityksensä vasta kielen kautta, jolloin sitä on mahdollista lukea kulttuurisena tekstinä (MacLashlan 2004, 17; Pitss 2003, 35; Hélen, I. 2000, 165). Ihmisruumis viestii jatkuvasti muille ihmisille lukuisia kulttuurisesti kategorisoituja merkityksiä (Synnot 1993, 3; Turner 1991, 5; Farley 1995, vii–viii; Williams & Bendelow 1998, 54), jotka eivät ole arvovapaita ja ideologiattomia. Arkielämässä ihmisruumiiseen liitetyt kategoriat ja puhutavat ovat itsestäänselvyyksien kaltaisia, eikä niitä näin ollen ymmärretä arkiajattelussa yhteiskunnallisesti tuotetuiksi ja ideologisiksi. Kuitenkin, kun näemme toisesta ihmisestä, onko hän vanha vai nuori, mies vai nainen, lihava vai hoikka tai ihonväritään valkoinen vai tumma, kiinnitämme huomiota kulttuurisesti rakentuneisiin merkityksiin ja piirteisiin. Katsomisen tapaan liittyy näin ollen aina vakiintuneita ja kiinteitä merkityksiä, jotka ovat tiedostamatta opittuja (Seppänen 2005, 109; MacLashlan 2004, 24–25; Murray 2007, 362.) Tällainen kulttuurisesti vakiintunut katsomisen tapa sulkee kuitenkin aina muita mahdollisia merkityksiä ulos (Seppänen 2005, 109; Murray 2007, 366). Se, mikä meille tässä ajassa ja paikassa on normaalia, kaunista ja tavoiteltavaa, ei näyttäydy toisessa ajassa ja paikassa välttämättä lainkaan samasta näkökulmasta, sillä katsomisen tavat ovat aina kulttuurisesti opittuja, jolloin ne vaihtelevat kulttuurista toiseen.

2.2.2.2. VALTA, TIETO JA SUBJEKTIVITEETTI

Foucault’lle (1999, 68) valta tuottaa ja kategorisoi normaalin ja totuuden käsitteet. Arkiajattelussa ja arkisessa kielenkäytössä toteutetaan erilaisia vallan diskursseja, joiden kautta todellisuutta rakennetaan. Biovalta eksplikoituukin ennen kaikkea lukuisissa

määrittelykamppailuissa, joita yhteiskunnassa jatkuvasti käydään. Sosiaalikonstruktivistista orientaatiota mukaillen tieto syntyy ihmisten välisissä sosiaalisissa prosesseissa (ks. esim. Berger & Luckmann 1994, 11; Burr 2003, 4). Tältä pohjalta voidaan ajatella, että totuus on aina ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa tuotettua tulkintaa eikä kenelläkään voi olla hallussa yhtä ja ainoaa totuutta.

Konstruoituneen tiedon ja sosiaalisen toiminnan kietoutuessa yhteen syntyy lopulta diskursseja, joista toisista muodostuu ajan mittaan hallitsevampia kuin toisista diskursseista. Hallitsevamat diskurssit sulkevat eksklusiivisesti pois toisia vaihtoehtoja. (Burr 2003, 4–5.) Pysyviksi oletetut ja itsestään selvinä pidetyt asiat paljastuvat sosiaalisessa kanssakäymisessä tuotetuiksi ja uusintetuiksi diskursseiksi, ja nämä diskurssit ovat aina valtamuodostelmien tulosta. (Pulkinen 1998, 107.) Itsestään selvinä pidetyt asiat ja luonnollistettu tieto tyhjentyvät joukkoon kulttuurisia päätelmiä, joista aikojen saatossa on tullut erilaisten normalisaatio- ja objektivoitumisprosessien myötä osa yhteiskunnan hallitsevia diskursseja, jotka elävät arjen sisäistetyissä käytännöissä ja kulttuurisissa konventioissa (Berger & Luckmann 1994, 80–81; Gergen 1999, 46).

Voidaan ajatella, että nyky-yhteiskunnassa etenkin tiedotusvälineet, erilaiset viranomaistiedonannot sekä asiantuntija-asemassa olevat henkilöt ovat keskeisessä asemassa todellisuuden määrittelemisen prosessissa, koska näillä tahoilla on kykyä vaikuttaa ihmisten uskomuksiin ja arvoihin (ks. esim. Karvonen 1998, 36; Fairclough 1997, 10). Esteettisestä kirurgiasta puhuttaessa ei siis ole yhdentekevää, millaista kuvaa ja informaatiota edellä mainitut tahot asiasta esittävät ja miten tietoa erilaisista esteettisen kirurgian toimenpiteistä annetaan.

Määrittelykamppailua siitä, kenen tai minkä tahon näkemys on kulloisessakin yhteiskunnassa hallitsevampi, käydään jatkuvasti. Arvot, päämäärät sekä vallassa olevat tahot vaikuttavat hyvin paljon siihen, millä tavoin esimerkiksi esteettisistä kauneusleikkauksista puhutaan, keille niitä markkinoidaan sekä miksi ja miten. Useat tahot (esimerkiksi yksityisen terveydenhuollon toimijat, tiedotusvälineet, asiantuntijat ja tutkijat, Kansaneläkelaitos, julkinen terveydenhuolto sekä Terveydenhuollon eettinen neuvosto) pyrkivät kukin tuomaan oman näkemyksensä julkiseen keskusteluun – ja näin muokkaamaan julkista mielipidettä esteettisen kirurgian rajoista ja tarpeellisuudesta.

Kussakin kulttuurissa on normisto, jonka mukaan yksilön on käyttäytyvä, jotta hän olisi yhteisön arvostettu jäsen. Usein 'epänormaaliksi' luokiteltu ihminen haluaa olla yhteisössään 'normaali', sillä normistosta poikkeaminen vaatii yksilöltä erityistä rohkeutta ja päättäväisyyttä puolustaa omaa valintaansa (ks. esim. Cadwallader 2007). Oona Tikkaaja (2002) kiteyttää biovallan toimintamekanismin mielestäni erinomaisesti:

Koska haluamme olla hyväksytyjä yhteiskuntamme jäseniä, ohjaamme itsemme toimimaan niin, että olemme luettavissa "normaaleiksi" erilaisten luokittelujärjestelmien (tieteiden) tuottamien tietojen valossa. Olemme kuuliaisista ruumiista kontrolloidessamme itseämme sopiaksemme kulttuuriin normeihin.

Vallan normalisoivia strategioita on yhteiskunnissa nähtävissä useita. Tärkeitä vallan alueita ovat muun muassa hoikkuuden ja tiettyjen muiden kauneusideaalien ihannoiti. Tarkkaillessaan itseään ja toisiaan yksilöt toimivat foucault'laisittain kuuliaisina ruumiina, joiden itsekuri on moitteeton. (Foucault 2005, 189; Tikkaaja 2002.) Standardien noustessa myös se, mitä käsitetään normaaliudella, muuttuu lopulta. Tiede toimii hienovaraisen biovallan toimintamekanismina, koska sen avulla voidaan tiedon ja sosiaalisen kontrollin avulla tuottaa kuuliaisista ja mukautuvia ruumiista (Foucault 2005, 186–189, 307 ja 421). Esimerkiksi lääketieteen avulla on mahdollista määrittää normaalin ja epänormaalin välinen jako ja näin muokata ihmisten haluja ja käyttäytymismalleja (Conrad & Schneider 1992, 241–260).

2.2.3. ESTEETTINEN KIRURGIA TERVEYDEN JA KAUNEUDEN RAJAPINNALLA

2.2.3.1. ESTEETTINEN KIRURGIA – ULKONÄKÖRUUMIIN LÄÄKETIETEELLISEN MUOKKAAMISEN LYHYT HISTORIA

Not all that long ago, anyone who wanted cosmetic surgery would have been recommended therapy in the first instance. Today, by contrast, there is a widespread acceptance that cosmetic surgical culture is beneficial and even desirable. (Elliott 2008, 14.)

Kuten jo luvussa 2.1.1. toin esille, ihminen on luonut itselleen kauneusihanteita kautta aikojen. Myös ruumiin muokkaamisen kulttuuri kauneusihanteita vastaavaksi on yhtä vanha; vallitseva kulttuuri on aina jättänyt näin jälkensä ruumiin pintaan (MacLashlan 2004, 171; Davis 1995, 40). Ihmisruumiin kirurgisen muokkaamisen historia on pitkä. Tietävästi ensimmäiset plastiikkakirurgiset toimenpiteet tehtiin Intiassa jo tuhat vuotta

ennen ajanlaskun alkua.⁸ (Kubisz 2003, 17; Davis 1995, 14.) Eurooppaan plastiikkakirurgia ilmestyi kuitenkin varsin myöhään, 1400-luvulla, jolloin Italiassa tehtiin ensimmäiset nenäleikkaukset. Muut plastiikkakirurgiset toimenpiteet tulivat Eurooppaan 1500-luvun alkupuolella, ja ne keskittyivät ennen kaikkea tautien (syfilis, lepra) hoitoon. Myös rintoja poistettiin kasvaintapauksissa ja ristihuulia sekä suulakihalkioita korjattiin. Esteettisistä syistä rintoja pienennettiin tietävästi ensimmäistä kertaa 1560-luvulla.⁹ (Davis 1995, 14–15 ja 24–25.) Tähän ajanjaksoon liitetään usein myös modernin kauneuskirurgian syntyhistoria, sillä tällöin alettiin korostaa rekonstruktivisten nenäleikkausten psykologisia vaikutuksia potilaaseen (Kinnunen 2008, 235).

Kirurgian ja plastiikkakirurgian kehitys on kulkenut samaan aikaan muun lääketieteen kehityksen ja laajentumisen kanssa (Davis 1995, 15). Kun kirurginen parantaminen yleistyi 1800-luvulla nukutuksen ja aseptiikan kehittymisen myötä, tämä vaikutti myös plastiikkakirurgian yleistymiseen, sillä leikkaukset eivät olleet enää yhtä vaarallisia kuin aikaisemmin (Gilman 1999, 16; Utrio 2001, 29; ks. Myös Davis 1995, 16 ja Kubisz 2003, 18). Vaikka suurin osa plastiikkakirurgisista toimenpiteistä 1800-luvulla keskittyi korjaamaan fyysisiä vammoja ja epämuodostumia (Johansson 2007, 148), tehtiin leikkauksia myös esteettisin perustein; aikakauden muoti suosii naisilla kapeaa ampiaisyvötäröä, joten rikkaat naiset poistattivat itseltään alimpia kylkiluita saadakseen kapeamman vyötärön (Utrio 2001, 29).

Vaikka puhtaasti esteettistä kirurgiaa oli jonkin verran harjoitettu jo aikaisemmilla vuosisadoilla, varsinaisesta esteettisestä plastiikkakirurgiasta alettiin puhua vasta 1900-luvulla. Kauneuskirurgia keskittyi lähinnä Yhdysvaltoihin, jossa alettiin 1900-luvun alussa kehittää esteettistä kirurgiaa ja perustaa kauneusklinikoita, joissa oli mahdollista muuttaa omaa ulkonäköään miellyttävämmäksi. (Johansson 2007, 148.) Ensimmäinen kasvojenkohotus tehtiin kuitenkin Ranskassa vuonna 1919 (Davis 1995, 23). Toinen maailmansota vauhditti plastiikkakirurgian teknistä kehitystä sekä yleistä hyväksyttävyyttä, kun yhtäkkiä oli suurta tarvetta tehdä korjaavia leikkauksia sodan turmelemille sotilaille. (Johansson 2007, 148.) Kun rekonstruktivisen kirurgian

⁸ Potilaat olivat usein rikollisia ja rangaistuksena tehdystä rikoksesta heiltä saatettiin katkaista nenä. Uusi nenä rekonstruoidtiin potilaan poskesta. (Kubisz 2003, 17; Kinnunen 2008; 235.)

⁹ Vertailun vuoksi voitaneen todeta, että ensimmäiset rintojen suurennosleikkaukset tehtiin vasta 1950-luvulla (Davis 1995, 24–25).

tekniikat kehittyivät, kehittyi samalla myös esteettinen kirurgia, sillä esteettisen ja korjaavan kirurgian tekniikat ja toimenpiteiden kohteet ovat yhteneväiset – vain leikkausten motiivit periaatteessa erottivat nämä kaksi plastiikkakirurgian suuntausta toisistaan.

Parempi ja kehittyneempi tekniikka oli kuitenkin vain yksi syy plastiikkakirurgian ja esteettisen kirurgian yleistymiseen, etenkin Yhdysvalloissa, mutta jo muuallakin maailmassa. Toisen maailmansodan jälkeen yleinen kulttuuri ja ajattelutavat muuttuivat esteettiselle kirurgialle sallitumpaan suuntaan, ja kosmeettisesta kirurgiasta alkoi tulla pikkuhiljaa massailmiö, joka levisi Yhdysvalloista muualle maailmaan. (Davis 1995, 16.) Samalla korjaavan ja esteettisen kirurgian väliset rajaviivat muuttuivat epäselvemmäksi kuin aikaisemmin. Huomattiin, että ”[l]eikkauksen tarkoituksesta riippumatta tarvitaan jonkinlainen käsitys siitä, millainen on ihanteellinen keho ja millaiset muodot ovat hyväksyttäviä” (Johansson 2007, 148).

Se kulttuurinen ilmasto, jossa kosmeettisesta kirurgiasta on tullut maailmanlaajuisesti koko ajan yleisempää, hyväksyttävämpää ja jopa tarpeellista, kytkeytyy postmoderniin kulttuuriseen maisemakuvaan (Davis 1995, 28). Tähän globaaliin kulttuuriseen maisemakuvaan kuuluu niin markkinavetoinen kuluttajayhteiskunta, tekniikan kehittyminen, liberaali individualismi, yhteiskunnan medioituminen kuin vahva julkisuudenhenkilöiden ihaileminen ja korostaminen mediassa (ks. esim. Elliott 2008, 9; Davis 1995, 28–29). Tämän kulttuurisen kontekstin hahmottaminen tekee ymmärrettäväksi sen, miksi esteettisestä kirurgiasta on tullut niin suosittua. Enää ei ole kummallista, että ihmiset korjauttavat lääkäriä fyysisiä ’puutteitaan’ tai ’kauneusvirheitään’, kun taas vain hieman aikaisemmin kosmeettista kirurgiaa haluavalle olisi tarjottu terapiaa kirurgin veitsen sijaan ja kenties pidetty häntä pinnallisena ja narsistisena (Johansson 2007, 149; Elliott 2008, 24 ja 145). Kulutusyhteiskunnan ideaalisen terve ruumis on rasvaton, nuorekas, kontrolloitu ja kiinteä (Lupton 1995, 124).

Nykyään voidaan todeta, että ulkonäkökeskeinen ruumiinmuokkaukuskulttuuri on monille jo arkipäivää. Ruumista muokataan muun muassa liikunnalla ja syömällä terveellisesti, mutta yhä enenevässä määrin myös esteettisen kirurgian avulla. Ruumiista on tullut itsen ilmaisun väline ja oman identiteetin rakentamisen paikka (ks. esim. Nettleton 1995, 109; Elliott 2008 9; Williams & Bendelow 1998, 73; Pitts 2003, 31). Tässä valossa

katsottuna esteettinen kirurgia ei näyttäydä enää turhamaisena ja pinnallisena, vaan pikemminkin investointina tulevaisuuteen (Elliott 2008, 24). Ruumis ei ole enää vain lääketieteellisten interventioiden objekti, vaan pikemminkin se on hyödyke, jota voidaan jatkuvasti parantaa ja muokata vastaamaan muotivirtauksia ja laajempia kulttuurisia arvoja (Davis 1995, 17).

Nykyään kosmeettinen kirurgia on yksi nopeimmin kasvavista lääketieteen erikoisaloista (Gimlin 2002, 75; Kubisz 2003, 18) ja on arvioitu, että Yhdysvalloissa tehdään vuosittain noin 1,5 miljoonaa kauneusleikkausta¹⁰ ja vuodesta 1997 lähtien esteettinen kirurgia on kasvanut 50 prosenttia. (ASAPS 2009.) Koko maailmassa leikkauksia puolestaan arvioidaan tehtävän noin 17,3 miljoonaa toimenpiteen vuosivauhtia¹¹. Myös Suomessa esteettisen kirurgian suosio on kasvussa, mutta puuttuvien rekisteröintijärjestelmien vuoksi leikkausten määristä ei ole saatavilla tilastoja. Kauneuskirurgiaa Suomessa tutkinut kulttuurintutkija Taina Kinnunen (2008, 11) arvioi, että leikkausten vuosittainen määrä pyörii useissa tuhansissa. Lisäksi kun nuoremmat ikäpolvet suhtautuvat leikkauksiin vanhempiaan myönteisemmin (Elliott 2008, 25), voidaan ajatella, että esteettisen kirurgian toimenpiteet kasvattavat suosiotaan ympäri maailman – edelleen myös tulevaisuudessa.

2.2.3.2. ESTEETTINEN KIRURGIA KULTTUURISEN (EPÄ)NORMAALIUDEN NÄKÖKULMASTA – KUINKA KAUNIS TÄYTYY OLLA OLLAKSEEN NORMAALI?

Being ordinary seems to have little to do with standards of normalcy in physical appearance (Davis 1995, 90).

Esteettisen kirurgian kokeminen ja siihen yhteiskunnassamme liitetyt näkemykset ovat historiallisesti rakentuneita sekä erilaisten prosessien ja toimijoiden vuorovaikutuksen tulosta. Toisin sanoen, esteettisen kirurgian kulttuurisia representaatioita eivät ole olleet

¹⁰ Arviot perustuvat Yhdysvaltalaisen esteettisen plastiikkakirurgian yhdistyksen julkistamaan vuoden 2009 tilastoon. Jos lukuihin sisällytetään myös ei-kirurgiset toimenpiteet (kuten botox-pistokset ja hyaluronihappohoidot), toimenpiteiden määrä nousee vuosittain on noin 10 miljoonaan. Suosituimpia kirurgisia toimenpiteitä ovat rintojen suurenusleikkaukset, rasvaimu, silmäluomien korjausleikkaukset, nenäleikkaukset ja vatsanahan kiristysleikkaukset. (ASAPS 2009.)

¹¹ Arvio perustuu vuoden 2009 kyselytutkimukseen, jonka on tuottanut esteettisen plastiikkakirurgian kansainvälinen yhteisö International Society of Aesthetic Plastic Surgeons. Tutkimuksessa esteettiseen kirurgiaan erikoistuneilta kirurgeilta on kysytty postikyselyllä tekemiensä leikkausten määrää. (ISAPS 2009a; ISAPS 2009b.) Saatu tilasto ei siis ole täsmällinen ja kattava, mutta on kuitenkin riittävän suuntaa-antava tässä yhteydessä kuvaamaan maailmanlaajuisesti suoritettavien esteettisten leikkausten määrää. Eniten leikkauksia tehdään Yhdysvalloissa, Kiinassa, Brasiliassa, Intiassa ja Meksikossa. Suosituimmat leikkaukset ovat samat kuin Yhdysvalloissakin: rasvaimu, rintojen suurenusleikkaukset, silmäluomien korjausleikkaukset, nenäleikkaukset sekä vatsanahan kiristysleikkaukset. (ISAPS 2009a.)

muokkaamassa ja kirjoittamassa vain lääkärit itse, vaan niitä ovat olleet muokkaamassa myös kirurgin vastaanotolle tulevat potilaat kuin kaikki ne tahot, jotka osaltaan ovat jossakin kontekstissa keskustelleet esteettisestä plastiikkakirurgiasta osana ulkonäköruumiin muokkaamisen laajempia historiallisia ilmiöitä.

Kun puhe esteettisestä kirurgiasta on levinnyt laajasti niin tiedotusvälineisiin kuin arkipuheeseenkin, kaikki nämä puheet osaltaan (re)konstruoivat esteettisen kirurgian käsitettä ja toiston kautta normalisoivat aiheen temaattisesti osaksi yhteiskuntaamme (vrt. Berger & Luckmann 1994, 80–81; Gergen 1999, 46). Myöskään tutkimukseni ei ole irrallinen tästä normalisointia tuottavasta puheesta. Tarkastelemalla esteettisen kirurgian representaatioita mainonnan ja markkinoinnin viitekehyksessä, uusinnan ja tuotan samalla puhetta esteettisestä kirurgiasta ja pidän aihetta täten osaltani esillä. Toisaalta esteettinen kirurgia kulttuurisena ja terveyteen vahvasti kytkeytyvänä ilmiönä tulee huomioida akateemisessa tutkimuksessa, jotta saadaan tietoa sen luonteesta ja siihen kytkeytyvistä merkityksistä.

Kulttuuriset narratiivit mitä suurimmissa määrin normalisoivat esteettistä kirurgiaa (Elliott 2008, 5; ks. myös Petersen 2007, 75). Kun naistenlehdissä tuotetaan artikkeleita esteettisestä kirurgiasta, siihen liittyvistä kokemuksista ja sisällöistä, ne normalisoivat esteettistä kirurgiaa lukijalleen. Samalla tavalla televisiossa esitetyt dokumentit ja sarjat esteettisestä kirurgiasta tuottavat normalisoivaa puhetta esteettisestä kirurgiasta (ks. esim. Heyes 2007). Kirurgin ”[v]astaanotolle päätnyt potilas on[kin] ensisijaisesti samaistunut lukemattomien ruumisesitysten pohjalta kuvittelemaansa stereotyyppiseen ihanteeseen” (Kinnunen 2008, 44).

Foucault’laisen biovallan näkökulmasta esteettinen kirurgia näyttäytyy ruumiin normaalistamiseen pyrkivänä vallankäyttönä. Käytännössä tämä valta näkyy itsetarkkailuna, jossa ihminen tuntee olevansa ”epänormaali” ja ”vajavainen”. Esteettinen kirurgia on keino vastata tähän alemmuudentunteeseen ruumista muokkaamalla. Monet femiministitutkijat ovat nähneet esteettisen kirurgian kytkeytyvän patriarkaattiin ja sen naisia alistaviin valtakäytäntöihin muun muassa vallitsevien kauneusihanteiden avulla. Esteettisessä kirurgiassa lääketieteellinen katse kontrolloi ja manipuloi ja sijoittaa ruumiin jatkuvaan alistamisen jatkumoon. (Ks. esim. Wolf 1996; Callaghan 1994, vii ja xiv.)

Toisaalta voidaan ajatella, että ihminen ei ole tänä päivänä sen enempää ruumiinsa vanki kuin aikaisemminkaan ihmisen historiassa. Tässä katsannossa ihminen ei ole kulttuuristen ulkonäköpaineiden ja esteettiseen kirurgiaan erikoistuneiden kirurgien uhri, joka väistämättä tuntisi kulttuurista painetta ja huolta ulkonäöstään ja haluaisi mukautua johonkin tiettyyn stereotyyppiseen ideaaliin kulttuurisesti halutusta ulkonäöstä. Toisin sanoen, vaikka käsitys ulkonäköruumiista aina väistämättä jäljittelee jonkilaisia kulttuurisia stereotyyppisiä, eikä se näin ollen ole koskaan yhteisöstä ja ympäröivästä kulttuuristaan vapaa ja irrallinen biologinen kokonaisuus, ei tämä väistämättä johda siihen, että ihmiset sokeasti muokkaisivat ulkonäköään kulttuurista ihannevirtausta vastaavaksi. Kauneuskirurgia voidaankin mieltää myös niin, että sen kautta yksilö pyrkii määrittelemään ja uudelleenmäärittelemään itseään ja omaa identiteettiään erottautuakseen hallitsevasta kulttuurisesta diskurssista. (Kubisz 2003, 13; Davis 2003, 85.) Esteettinen kirurgia voi myös luoda naiselle tien kohti ruumiillistunutta subjektiutta objektivoidun ruumiin sijaan (Davis 2003, 85).

Esteettinen kirurgia voi siis toisesta näkökulmasta katsottuna olla pikemminkin vapauttava teko kuin yksilöä alistavaa ja hallitsevaa vallankäyttöä: esteettisen kirurgian avulla yksilö voi tuoda ruumiinsa vastaamaan hänen omaa identiteettiään ja omakuvaansa. Toisin sanoen, esteettinen kirurgia on keino eheyttää omakuva ja lopettaa itsestään vieraantuminen (Black 2004, 187). Vaikka ihmisellä on halu kuulua tiettyyn yhteisöön ja mukautua yhteisön asettamiin arvoihin ja normeihin, ei yksilö foucault'laisen biovallan näkökulmasta katsottuna ole kuitenkaan vain kulttuurinsa uhri – vaan pikemminkin oman elämänsä subjekti.

Kun esteettisen kirurgian asiakkailta on kysytty motiivejaan mennä esteettisen plastiikkakirurgian vastaanotolle, useimmat ovat vastanneet tavoittelevansa leikkauksella ennen kaikkea normaalia ulkonäköä kauniin ulkonäön tavoittelun sijaan (Davis 1995, 69; Gimlin 2002, 96 ja 103). Normaalius puolestaan yhdistetään asiakkaiden puheissa pääasiassa nuoruuteen, terveyteen, seksikkyyteen ja toimintakykyyn (Kinnunen 2008, 31). Voidaan todeta, että normaaliuden käsite yhdistyy vahvasti kulttuurisiin kauneusihanteisiin, eikä niinkään siihen, mikä ihmisten ulkonäössä yleensä on 'tavallista' (ks. esim. Davis 1995, 90). Esteettisen kirurgian avulla tavoitellaan näin ollen luonnollista pintaa keinotekoisesti. Esimerkiksi silikonirintoja ei mielletä kovin

helposti keinotekoisiksi, jos ne kuitenkin näyttävät ja tuntuvat luonnollisilta (Kinnunen 2001, 143).

Myös luonnollisuus mielletään yleisesti normaaliuden synonyymiksi. Raja luonnollisten ja luonnottomien kaunistautumistekniikoiden välillä on kuitenkin varsin häilyvä kulttuurinen sopimus. Kohennetut kasvot ja pakarat voidaan mieltää edustavan luonnollista kauneutta siinä missä hiusten värjääminen ja rakennekynnetkin, kunhan kirurgisten operaatioiden jäljet eivät ole nähtävissä. (Kinnunen 2001, 204.) Voidaankin kysyä, onko itsensä ehostaminen (kirurgisesti tai ilman) koskaan luonnollista tai mihin tämä raja luonnollisen ja luonnottoman raja vedetään.

Jokin ulkoinen ominaisuus voi myös estää ihmistä olemasta sellainen kuin hän 'oikeasti' on. Esimerkiksi keltainen ja epätasainen hammasrivistö tai runsas ylipaino voivat aiheuttaa ihmisessä häpeää ja itseinhoa, joka estää häntä hymyilemästä kun hymyilyttää tai aiheuttaa rakkaasta harrastuksesta luopumisen, kun 'läskit hyllyvät' liikaa. Ihminen voi tällöin löytää 'luonnollisen oman itsensä' vasta, kun hammasrivistö on korjattu tai ylipaino on saatu laihduttamalla pois. Kun vielä 1950-luvulla meikkaavaa naista kutsuttiin paheksuvasti, että hän maalaa itseään, on tänä päivänä meikkaamaton nainen pikemminkin poikkeus kuin sääntö. Nykypäivänä kauneudenhoito on vähintäänkin suotavaa, sillä se on merkki siitä, että pitää huolta omasta hyvinvoinnistaan ja fyysisesti ruumiistaan (Utrio 2001, 82).

Sekä tiedotusvälineet että kauneuskirurgiainstituutio yhdessä vaikuttavat siihen, millainen ulkonäköruumis on haluttava, ideaali, normaali ja myös luonnollinen. ”Mediarepresentaatioiden ja kauneuskirurgiainstituution toisiaan ruokkivan mekanismin olennainen seuraus on ollut se, että käsitys normaaleista rinnoista ja niiden seksikkyydestä on muuttunut.” (Kinnunen 2006, 181.) Seuraavassa luvussa siirrynkään käsittelemään niin terveydenhuollon kaupallistumista yksityisen sektorin ja konsumerismin viitekehyksessä kuin median merkitystä laajemmin yhteiskunnassa (esteettisen kirurgian) mainonnan ja markkinoinnin näkökulmasta.

3. KONSUMERISMI JA KAUPALLISUUS

YKSITYISESSÄ TERVEYDENHUOLLOSSA

3.1. YKSITYINEN TERVEYDENHUOLTO SUOMESSA

3.1.1. YKSITYINEN TERVEYDENHUOLTO JA SEN SUHDE JULKISEN TERVEYDENHUOLLON SEKTORIIN

Suomessa suurin osa terveydenhuollon palveluista järjestetään julkisesti ja vastuu näiden julkisten terveyspalveluiden järjestämisestä on kunnilla. Mittavin osa näistä terveydenhuollon palveluista on lakisäateistä (ks. kansanterveyslaki 28.1.1972/66; erikoissairaanhoidtolaki 1.12.1989/1062), jonka lisäksi kunnat voivat harkinnanvaraisesti järjestää myös muita terveyspalveluita. Terveysdenhuollon keskeisiä palveluntuottajia kuntien lisäksi ovat yksityiset terveydenhuollon yritykset sekä työterveyshuolto. (Kallio 2007, 115.) Huolimatta siitä, että kunnilla on lakisäateinen vastuu julkisten terveyspalveluiden järjestämisestä asukkailleen, kunnat voivat lainsäädännön puitteissa kuitenkin valita järjestämistavan itse. Kunnat voivat järjestää terveydenhuoltopalvelunsa muun muassa itse tai ostamalla palvelut yksityiseltä sektorilta. Julkinen terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa verovaroin, joskin käyttäjämaksuilla katetaan osa toiminnan aiheuttamista kustannuksista. (Okko ym. 2007, 13–14.) Lisäksi Kansaneläkelaitos osallistuu terveydenhuollon rahoitukseen (Kallio 2007, 15).

Yksityinen terveydenhuolto toimii Suomessa julkisen terveydenhuollon rinnalla. Yksityinen sektori paitsi täydentää julkisia terveyspalveluja, muodostaa se myös kilpailevan vaihtoehdon julkiselle palvelutuotannolle. Myös yksityisestä terveydenhuollosta säädetään laissa (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152). Terveysdenhuollon henkilöstön lukumäärän perusteella yksityisten terveyspalveluiden osuus oli 19,4 prosenttia kaikista Suomessa järjestettävistä terveyspalveluista vuonna 2002 (THL 2010).¹² Pääasiassa potilas joutuu maksamaan yksityiset terveydenhuoltopalvelunsa itse, joskin Kansaneläkelaitos korvaa sairausvakuutuksena potilaalle tietyin ehdoin osan lääkärinpalkkioista, tutkimus- ja hoitokuluista, matkakuluista sairaanhoitoon sekä lääkekuluista. Sairausvakuutuksen

¹² Uudempia tietoja ei ollut saatavilla.

saaminen edellyttää kuitenkin, että ”[...]hoito on tarpeellista ja johtuu sairaudesta, raskaudesta tai synnytyksestä” (ks. Sairaanhoidonkorvausten taksat 2010). Sairausvakuutuksen saamisen edellytyksenä on myös potilaan kuuluminen suomalaisen sairausvakuutuksen piiriin (Kela 2009).¹³ Vaikka yksityinen terveydenhuolto kattaa niin yritysmuotoisen kuin järjestömuotoisenkin toiminnan, tämän tutkielman yhteydessä keskityn tarkastelemaan vain yritysmuotoista yksityistä terveydenhuoltoa, sillä esteettistä kirurgiaa harjoitetaan yritysmuotoisessa terveydenhuollossa.

Yksityinen terveydenhuollon sektori on jakautunut Suomessa alueellisesti merkittävästi. Suurin osa palvelutuotannosta on keskittynyt Uudellemaalle, joskin palveluja on saatavilla hyvin myös Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Yksityisen palvelutuotannon osuus on pienin Ahvenanmaalla ja Päijät-Hämeessä. (THL 2010.) Koska yksityisen sektorin toiminta on kaupallista, tarjonta on pyritty sijoittamaan pakkoihin, joissa riittää tarpeeksi maksukykyisiä asiakkaita, siis pääasiassa Etelä-Suomeen suurimpiin kaupunkeihin (Tuorila 2000, 23). Yksityisen sektorin henkilöstöstä noin ”[...]puolet toimi[i] lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa, neljäsosa terveydenhuollon laitospalveluissa ja kolmasosa muissa terveydenhuoltopalveluissa”. Yksityisellä terveydenhuoltosektorilla toimivien yritysten suurimmat toimialat ovat lääkäriasemat, yksityislääkärit ja vastaavat erikoislääkäripalvelut sekä hammaslääkäripalvelut ja fysioterapiapalvelut. Eniten yksityisiä terveystalouksia ovat kotitaloudet, työnantajat ja kansaneläkelaitos. (THL 2010.)

Yksityinen sektori on kasvattanut kysyntäänsä, ja syyksi tähän on arveltu muun muassa väestön ikärakenteen muutosta, elintason nousua ja terveyden arvostuksen lisääntymistä (Tuorila 2000, 11). Lisäksi yksityiset palvelut ovat julkista palveluja joustavampia, sillä niitä eivät sido jäykkä julkinen suunnittelu ja ohjaus tai yksiköiden organisatoriset rajat. Yksityinen sektori joustaa asiakkaan tarpeiden ja kysynnän mukaan, jonka lisäksi asiakas on vapaa valitsemaan itselleen sopivimman tuottajan vapaasti. (Emt., 13.) Toisaalta yksityisen sektorin valitessaan asiakas on velvollinen maksamaan suurimman osan¹⁴ toimenpiteistä ja muista hoitokuluista itse. Eniten yksityinen terveydenhoitoala

¹³ ”Kelan sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat yleensä kaikki Suomessa vakinaisesti asuvat henkilöt” (ks. lisää Kela 2009).

¹⁴ Jos kyseessä ei ole sairaudenhoito tai raskauteen ja synnytykseen liittyvä hoito, asiakas on velvollinen maksamaan kaikki kustannukset itse (ks. Kela 2009).

on kasvanut sektoreilla, joilla voidaan luoda lisää kysyntää, kuten esimerkiksi juuri esteettisessä kirurgiassa (Tritter ym. 2010, 139).

Yksityisen terveydenhuollon yksityislääkäripalvelut sisältävät muun muassa tämänkin tutkielman keskiössä olevan esteettisen kirurgian palvelut. Koska esteettinen kirurgia kuuluu täysin yksityiseen terveydenhuollon palvelutuotantoon eikä sitä mielletä varsinaiseksi sairaushoidoksi, ei Kansaneläkelaitos korvaa potilaalle siitä aiheutuvia toimenpidekustannuksia, lääkekuluja tai matkakustannuksia. Jos leikkausta ei määritellä rekonstruktiiviseksi, vaan puhtaasti esteettiseksi, potilas jää ilman yhteiskunnan korvauksia. Potilas voi kuitenkin saada Kela-korvauksia lääkärin tekemästä esitutkimuksesta, joka suoritetaan ennen leikkausta (Kela 2009).

3.1.2. POTILAS KULUTTAJANA

Konsumerismilla terveydenhuollon kontekstissa voidaan tarkoittaa monia eri asioita. Tämän tutkielman viitekehyksessä konsumerismi käsitteenä viittaa ennen kaikkea yksityisten terveystalveluiden käyttöön sekä potilaan valinnanvapauden ja aseman korostamiseen terveydenhuollossa (ks. esim. Toiviainen 2007, 15–16). Konsumerismilla on juurensa laajemmassa yhteiskunnallisessa kehityksessä: yhteiskunnan muuttumisessa markkinatalousvetoisemmaksi ja individualistisemmaksi, mikä puolestaan tarkoittaa yksilön valinnanvapauden korostamista ja yksilön identiteetin rakentamista kaupallisen kuluttamisen kautta (ks. esim. Spierings & van Houtum 2007).

Kahden viimeisen vuosikymmenen aikana suomalaisessa terveydenhuollossa on nähty yksityisen sektorin vahva esiinnousu ja markkinoiden vahvistuminen ja vakiinnuttaminen myös Suomessa (Tritter ym. 2010, 137–139). Terveydenhuollon markkinointumisen prosessissa myös käsitykset potilaasta ovat muuttuneet, sillä yksityisiä terveystalveluita ostaessaan asiakkaalla on kaksoisrooli: potilaan ja kuluttajan rooli (Tuorila 2000, 32). Perinteisesti potilaalla on tarkoitettu hoidettavana olevaa sairasta henkilöä, joka on terveydenhuollon ammattilaisten tekemien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden kohde. Potilas käsitteenä on vahvasti sidottu terveydenhuoltoon. Asiakas puolestaan viittaa palvelusten hankintaan ammatinharjoittajalta tai liikkeeltä. Kuluttaja on henkilö, joka käyttää hankkimiaan hyödykkeitä tyydyttämään omia tarpeitaan. Kuluttajan olemukseen liitetään kaupallisuus ja markkinakeskeisyys. Kuluttajuuteen liitetään myös vahva toimijuus ja aktiivisuus. Kuluttajat eivät ole

passiivisia hoidon vastaanottajia, vaan he tekevät itsenäisesti omaa toimintaansa koskevia päätöksiä. (Koivusalo ym. 2009a, 11; Tuorila 2000, 32–33.) Kun tarkastellaan terveydenhuollon kontekstia, kuluttajuus yhdistyy yksityisen terveydenhuollon sektorille, kun taas potilaista ja asiakkaista voidaan puhua sekä yksityisen että julkisen terveydenhuollon kontekstissa.

Helena Tuorila (2000, 35) katsoo, että yksityisen terveyssektorin asiakkaita parhaiten kuvaa käsite potilaskuluttaja, sillä siinä yhdistyy niin perinteisen potilaan kuin yleisen kuluttajan roolit. Potilaskuluttaja on samaan aikaan sidottu sekä lääketieteen asiantuntijan päätösvaltaan että kuluttajanolemuksen korostamaan valinnanvapauteen ja määräysvaltaan. Kun potilaskuluttaja asioi yksityissektorilla, on hänen tiedostettava tarpeensa spesifimmin kuin julkisella puolella. Potilaskuluttajan on tiedettävä mitä ja mistä hakea. (Emt., 36.) Toisin sanoen, mitä enemmän ”[...]kuluttajalähtöisyys ohjaa terveyspalveluita, sitä enemmän kasvaa riski siitä, että palveluiden saatavuus eriytyy sen mukaan, mitä kansalaiset osaavat, haluavat ja pystyvät vaatimaan” (Koivusalo ym. 2009b, 276). Tuorila (2000, 36) kuitenkin huomauttaa, että kuluttajamaisuuden ja potilasmaisuuden välillä ei ole selvää rajaa, sillä potilaskuluttajat eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan pikemminkin kyse on jatkumosta. Potilaskuluttajien terveydelliset ongelmat, tietotaito sekä taloudelliset resurssit vaihtelevat huomattavasti ryhmän sisällä (ibid.).

Yksityisen sektorin tulo julkisen terveydenhuollon rinnalle on muuttanut terveyspalveluiden sisältöä ja luonnetta sitä käyttävien potilaskuluttajien näkökulmasta. Kun terveydenhuolto on osaksi markkinoitunutta¹⁵ ja taloudelliseen voittoon tähtäävää toimintaa, sillä on seurauksia sitä käyttäville asiakkaille. Benhamin Ewert (2009, 26) on koonnut tutkimuksessaan saksalaisesta terveydenhuollosta terveydenhuollon markkinoitumisen ja taloudellisen orientoituneisuuden tuomia yleisiä piirteitä yhteen. Markkinoituminen lisää muun muassa terveydenhuollon kilpailua julkisen ja yksityisen sektorin välillä, asiakkaiden laatutietoisuutta ja valinnanvapautta sekä vaatimuksia yksilöllisesti räätälöityihin terveyspalveluihin. Toisaalta terveydenhuollon kaupallistumisen vaarana voi olla julkisen palvelusektorin karsiminen ja kansalaisten

¹⁵ Markkinoituminen ei ole sama asia kuin julkisten palveluiden yksityistäminen, vaan myös julkinen terveydenhuolto voi markkinoistua ja mukauttaa toimintaansa markkinalogiikkaan (Koivusalo 2009, 108). Tämän tutkielman yhteydessä käsitellen terveydenhuollon markkinoita kuitenkin pääasiassa yksityisen terveyssektorin viitekehyksessä.

epätasa-arvoisuuden lisääntyminen esimerkiksi ostovoiman eriarvoisuuden perusteella. (Ibid.) Koska yksityisen yrityssektorin toiminta on aina viime kädessä taloudelliseen menestymiseen, voidaan perustellusti kysyä, tuottaako tämä paineita yksityiselle sektorille vastata kaikkiin asiakkaidensa tarpeisiin, vaikka lääketieteellistä näyttöä ja syytä jatkotutkimuksiin ei olisi olemassa? Toisaalta hyvään toimeentuloon ja taloudelliseen menestykseen tähtäävä terveydenhuollon toiminta voi myös itse osaltaan olla tuottamassa medikalisaation myötä uusia tarpeita asiakkailleen – dekonstruoimalla esimerkiksi iän mukanaan tuomat kasvorypyt pois normaalin ikääntymisen viitekehyksestä ja kontekstualisoimalla ne uudelleen osaksi lääketieteellistä diskurssia, jossa kasvorypyt näyttäytyvätkin normaalin ikääntymisen sijaan patologisena sairautena.

3.1.3. 'TERVEYSBISNES': KYSYNNÄN JA TARJONNAN SUHDE YKSITYISELLÄ SEKTORILLA

Usein ajatellaan, että yksityinen terveydenhuoltosektori lisää potilaan valinnanvapautta valita itselleen mieluisin palveluntarjoaja. Käytännössä kuitenkin myös palveluntarjoaja voi valita asiakkaansa ja luoda uudenlaisia terveystarpeita, kun puhutaan yksityisen sektorin viitekehyksestä. Pahimmassa tapauksessa tämä voi johtaa ilmiöön, jossa yksityinen terveydenhuolto ottaa hoidettavakseen hyvätuloisten helpohkot vaivat ja jättävät kalliit ja hankalat tapaukset, kuten esimerkiksi kalliin päivystyksen sekä huonompiosaisten monimutkaiset vaivat, julkisen puolen tehtäviksi. (Koivusalo ym. 2009b, 278.) Yksityinen sektori näin ollen vastaa asiakkaidensa kysyntään, mutta se voi tehdä sen varsin valikoivasti punniten omaa kustannus-hyötysuhdettaan palvelutuotannossa. Toisaalta uudenlaisten terveystarpeiden markkinoiminen voi johtaa 'tarpeettomien' terveyspalveluiden kasvavaan kysyntään ja yhä erilaisempien asioiden (bio)medikalisoimista.

Suomessa lääkärit ovat sitoutuneet noudattamaan eettisesti korkeatasoista toimintaa (ks. Suomen lääkäriliitto 2005). Terveydenhuollon markkinoistuminen sekä 'terveysbisneksen' kasvu myös suomalaisessa yhteiskunnassa on kuitenkin muuttanut lääkäriprofессиota. Osa lääkärikunnasta on alkanut priorisoida kaupallisuutta lääkärintyössä ja kilpailu asiakkaista on johtanut laaja-alaiseen mainontaan mediassa (Toiviainen 2007, 25). Lääkärit, etenkin yksityisellä sektorilla, ovat keskeisessä asemassa myös medikalisaatiokehityksen etenemisessä. Ammattikuntana he voivat

hyötyä taloudellisesti sitä enemmän, mitä enemmän ihmiset ovat huolissaan terveydestään (Tuomainen 1994, 2363). Esimerkiksi kasvoryppyjä ja rasvaa vyötäröllä on helppo kutsua sairaudeksi, jos sen avulla on mahdollisuus tienata tukuittain rahaa. Terveydenhuollon piiriin tulee näin (bio)medikalisaation myötä aiemmin muille yhteiskunnallisille osa-alueille kuuluneita ilmiökenttiä, joihin etenkin yksityisellä yritysmuotoisella sektorilla voidaan, ainakin osittain, vastata.

Yksityinen terveydenhuoltosektori kattaa toiminnallaan niin julkisen sektorin palvelutarjonnan kuin tuo siihen myös lisää. Toisin sanoen, yksityisillä lääkäriasemilla voidaan tehdä samoja toimenpiteitä kuin julkisella sektorilla, mutta yksityisellä puolella tehdään myös muun muassa esteettisiksi luokiteltuja lääketieteellisiä toimenpiteitä, joita julkisella sektorilla tarjotaan vain, jos esteettinen vaiva voidaan määritellä samalla myös toiminnalliseksi vaivaksi. Tässä tapauksessa esteettisestä vaivasta tulee kuitenkin toiminnallinen vaiva ja esteettisestä toimenpiteestä rekonstrukttiivinen.

Yksityinen terveydenhuolto toimii viime kädessä kuluttajavetoisen markkinalogiikan ehdoilla: tuotetaan (valikoiden) niitä palveluja, joilla on kysyntää ja joiden avulla tehdään työstä taloudellisesti mahdollisimman kannattavaa. Yksityinen sektori hoitaa sekä perinteisiä, myös julkiseen terveydenhuoltoon kuuluvia sairauksia, mutta se vastaa asiakkaidensa kasvaviin terveystarpeisiin myös mahdollistamalla esimerkiksi terveyden ja kauneuden rajapinnalla sijaitsevat ruumiin muokkaamisen toimenpiteet, joiden motiivi on niin esteettinen kuin lääketieteellinenkin. Tällaiset toimenpiteet vastaavat kulttuuriseen ja yhteiskunnalliseen kysyntään, mutta myös luovat uutta kysyntää ja pitävät kysyntää edelleen yllä¹⁶.

3.2. ESTEETTINEN KIRURGIA TERVEYDENHUOLLON MARKKINOITUMISEN YTIMESSÄ

3.2.1. *MAINONTA JA MARKKINOINTI MEDIOITUNEESSA YHTEISKUNNASSA*

3.2.1.1. *TIEDOTUSVÄLINEET, MAINONTA JA MARKKINOINTI KULTTUURISEN MERKITYKSENANTOPROSESSIN KESKIÖSSÄ*

¹⁶ Toisaalta esteettistä kirurgiaa tekevät kirurgit itse ajattelevat usein vain vastaavansa kulttuuristen odotusten luomiseen niiden ylläpitämisen sijaan (Kinnunen 2006, 171).

Tiedotusvälineillä on perustavanlaatuinen asema medioituneessa yhteiskunnassa. Tiedotusvälineiden merkitystä yhteiskunnassa ei voi olla korostamatta, kun puhutaan kulttuurisista kauneusstandardeista: siitä, mikä ihmisen ulkonäössä mielletään normaaliksi ja epänormaaliksi, terveeksi ja sairaaksi ja millaisia merkityksiä näihin käsitteisiin sisällytetään. Medioituneessa yhteiskunnassa ¹⁷ mediarepresentaatiot vaikuttavat vahvasti siihen, millainen ulkonäkö mielletään normaaliksi ja haluttavaksi (Kinnunen 2006, 169 ja 181).

Tiedotusvälineet rakentavat osaltaan sosiaalista todellisuutta, sillä niillä on kykyä vaikuttaa ihmisten tietoihin, arvoihin ja uskomuksiin. Mediarepresentaatioiden ja kauneuskirurgiainstituutioiden toisiaan ruokkivan mekanismin avulla käsitykset 'normaalista' ihmisruumiista muuttuvat (Kinnunen 2006, 181). Toisin sanoen, kun tietynlaisesta ihmisruumiista tulee tiedotusvälineissä pikemminkin normi kuin poikkeus, tämä rakentaa kuvaa ideaalista ihmisen ulkonäköruumiista, jota tavoitella. Medioituneen yhteiskunnan rakenteet ja prosessit hyödyttävät esteettisen kirurgian voittokulkua; kun tiedotusvälineet rakentavat diskursiivisesti tietynlaisia haluttavia ja ideaaleja representaatioita ihmisruumiista, esteettinen kirurgia pystyy toteuttamaan nämä ideaaliset representaatiot käytännössä erilaisilla lääketieteellisillä ruumiinmuokkaamisen tekniikoilla.

Mainonta ja markkinointi ovat taloudellisen toiminnan kulmakiviä medioituneessa yhteiskunnassa (White 2006, 230). Mainonta ja markkinointi ovat yhteiskunnassamme koko ajan läsnä. Ilmiöinä ne kertovat jotakin merkityksellistä kulttuuristamme; ne toimivat kulttuurisina teksteinä ja operoivat näin kulttuurisen merkityksenannon ytimessä. Mainoksissa tuotetaan käsityksiä siitä, mitä yhteiskunnassa pidetään arvokkaana. Toisin sanoen, mainokset heijastavat – joskaan eivät suoraan vaan pikemminkin välillisesti – yhteiskunnan ideaaleja, tilaa ja arvoja. (Sarpavaara 2004, 18.) Mainokset kertovat näin ollen jotakin ihmisestä itsestään, ja ammentavat sisältönsä ”[...]pitkälti yleisesti hyväksytystä, normalisoidusta, luonnollistetusta ja ihannoidusta” (Rossi 2002, 123). Ymmärrän kaupallisen mainonnan tämän tutkielman puitteissa, paitsi kulttuurisiksi teksteiksi, myös laajemmin viestinnäksi, jonka avulla mainostettavaan tuotteeseen pyritään liittämään mielikuvia ja lisäämään näin tuotteen ostovetovoimaa

¹⁷ Yhteiskunnan medioitumisella tai medialisaatiolla tarkoitetaan mediavälitteisyyden voimakasta kasvua yhteiskunnan kaikilla osa-alueilla, jolloin yhä suurempi osa kokemuksistamme ja tiedostamme on tiedotusvälineiden välittämää (Karvonen 2004, ks. lisää Kunelius ym. 2009, 48–75).

asiakkaalle (Fowles 1996, 13). On kuitenkin syytä huomioida, että nämä merkityksen eivät aina ole mainoksessa eksplisiittisesti esillä. Kuitenkin piilotettuinkin ne ovat kiinnittyneitä mainoksen vastaanottajan kulttuuriseen tietoisuuteen niin, että ne on mahdollista lukea ulos mainoksesta. (Lumme-Sandt & Aarva 2005, 179.) Mainonta on maksettua ja suurelle kohderyhmälle suunnattua viestintää, jonka avulla edistetään mainostettavan tuotteen tai palvelun kysyntää kohderyhmän keskuudessa (Karjaluo 2010, 36).

Mainonnalla on myös tärkeä osa yhteiskunnallisessa medikalisaatioprosessissa. Mainosten avulla voidaan saada lukijat pohtimaan terveyden tärkeyttä ja merkitystä omassa elämässä ja antaa heille vaikutelma siitä, että terveys on jotakin ostettavissa, valikoitavissa ja kontrolloitavissa olevaa. Yhä useampia tuotteita myös mainostetaan terveydellisillä vaikutuksilla (Sahgren 2001, 2 ja 283.) Mainonnalla on vahva kyky tuottaa yhteyksiä mainostettavan tuotteen ja hyvän terveyden välille (emt., 294), sillä se operoi korostuneesti visuaalisen estetisoinnin kentällä käyttäen hyväkseen realismivaikutelman ja fantasian välistä jännitteistä rajapintaa (Rossi 2002, 110 ja 113). Mainonta vaikuttaa lukijansa identiteetin muokkautumiseen niin tietoisella kuin tiedostamattomallakin tasolla ja vaikuttaa siihen, mitä pidämme kauniina ja haluttavana. Mainoksissa esiintyvät kauniit ihmiset paljastavat katsojalleen, kuinka ihmiset ovat aina, paitsi muiden ihmisten ja oman todellisen katseen(nsa) alla, myös aina abstraktin kulttuurisen katseen alla. Ruumiillisena ja sosiaalisena toimijana ihmisen ei voi täysin valita sitä, kuinka hän näkyy ja kuinka hänet nähdään. Kun ihmisellä on aina jonkinlainen kuva itsestään, mainonta saa vertaamaan tätä kuvaa mainonnan ruumisrepresentaatioihin, joko samastumisen tai erojen kokemisen kautta. (Emt., 123.)

Markkinointi puolestaan voidaan ymmärtää eräänlaiseksi kattokäsitteeksi mainonnalle. Mainonta on täten vain yksi, joskin yleisin ja näkyvin, keino muiden keinojen joukossa toteuttaa markkinointia (Karjaluo 2010, 36). Markkinointi käsitteenä on vaikea, moniselkoinen ja -tulkintainen, eikä markkinoinnin käsitteelle ole löydetty yhtä ja ainoaa selitystä, joka avaisi markkinoinnin funktiot tyhjentävästi (ks. esim. Tikkanen ym. 2007, 12; Grönroos 2006, 395–298). Markkinoinnissa on kuitenkin viime kädessä kysymys yrityksen arvon luomisesta ja korottamisesta asiakassuhteiden kehittämisen kautta (Karjaluo 2010, 15). Se on yrityksen omien intressien edistämistä asiakkaiden tarpeiden tyydyttämisen kautta (Tikkanen ym. 2007, 13). Markkinointi on siis prosessi,

jonka tarkoituksena on tuottaa yrityksen tuotteelle tai palvelulle arvois sisältöä asiakkaan näkökulmasta (Grönroos 2006, 398–401). Keskitän tarkasteluni markkinoinnista ennen kaikkea yrityksen asiakkaille suunnattuun kuluttajamarkkinointiin ja palvelujen markkinointiin erotuksena muusta markkinoinnista, kuten esimerkiksi yritysmarkkinoinnista tai projektien markkinoinnista.

Kuluttajille suunnatussa markkinoinnissa yritykset hyödyntävät perinteisiä ja digitaalisia mediakanavia viestinsä levittämiseen asiakaskohderyhmälle. Markkinoinnin termein kyse on monikanavaisuudesta (Karjaluoto 2010, 18). Kuluttajamarkkinoinnin päätehtävänä on yrityksen asiakassuhteiden johtaminen, etenkin kun yritykset usein saavat merkittävän osan liikevaihdostaan juuri asiakkailta (Tikkanen ym. 2007, 25–26). Erinomaisena esimerkkinä tällaisesta yrityksestä voidaan mainita juuri esteettistä kirurgiaa tuottavat yksityiset terveydenhuollon organisaatiot, joiden liikevaihto, ja tietenkin viime kädessä myös liikevoitto¹⁸, ovat aina sidoksissa yrityksen palvelemaan asiakkaisiin ja heidän määräänsä.

3.2.1.2. YRITYSKUVA JA MAINONNAN VIESTISTRATEGIA KULUTTAJAMARKKINOINNIN POHJANA

Yrityksen brändi (eli yrityksen tuotemerkki tai yrityskuva) on keskeinen tekijä menestyksekkään liiketoiminnan tuottamisessa. Omintakeisen brändin avulla on mahdollista erottautua kilpailijoista ja tuottaa yritykselle liikevoittoa yhdistämällä kohderyhmän mielissä yrityksen tarjoamat palvelut tai tuotteet erilaisiin positiivisiin mielikuviin, kuten esimerkiksi laatuun tai kykyyn tyydyttää asiakkaiden tarpeita ja tuottaa heille hyötyjä. (Murray 2003, 7; Kelley & Jugenheimer 2006, 64.) Kun kilpailijoista erottautuminen persoonallisella ja positiivisella yrityskuvalla on yksi merkittävimmistä tekijöistä puhuttaessa kannattavasta liiketoiminnasta, ei ole yhdentekevää, miten yritystä ja sen tuotteita tai palveluita suurelle yleisölle esitetään: millainen kuva yrityksestä muodostuu ja millaisia määreitä siihen liitetään.

Mainonnassa olennaista on sen sisältämä viesti: mitä halutaan ja aiotaan sanoa yrityksen kohderyhmälle (Karjaluoto 2010, 41). Markkinoinnin termein kyse on viestistrategiasta. Jotta mainonta olisi yrityksen näkökulmasta toimivaa ja mahdollisimman tehokasta,

¹⁸ Toisaalta menestyksekkäs asiakassuhteiden johtaminen ei aina riitä yrityksen taloudelliseen menestymiseen markkinoilla, jos yrityksen asiakkailta saadut tuotot valuvat esimerkiksi tehotomaan hallintoon tai ydinliiketoimintaan liittymättömiin investointeihin (Tikkanen ym. 2007, 26).

pitäisi mainonnan vastaanottajan kokea saavansa hyötyä mainostettavasta tuotteesta tai palvelusta. Mainonnan viestin suunnittelussa tulisikin aina lähteä liikkeelle yrityksen kohderyhmän tarpeista. Toimivimmillaan mainos rakentuu hyötyargumenttien varaa, jolloin mainoksen vastaanottaja voi kokea saavansa mainostettavan tuotteen tai palvelun avulla itselleen jotakin uutta hyötyä, mikä ilman mainostettavaa palvelua tai tuotetta ei olisi mahdollista. (Karjaluoto 2010, 41.)

Mainontaa voidaan toteuttaa useiden erilaisten tekniikoiden avulla. Karkeasti mainonnan keinot voidaan jakaa rationaalisiin ja emotionaalisiin keinoihin sekä näiden yhdistelmiin (Karjaluoto 2010, 42; Kelley & Jugenheimer 2006, 32). Rationaaliossa mainonnassa pyritään vaikuttamaan tiedollisiin asenteisiin, kun taas emotionaalinen mainonta vetoaa ennen kaikkea tunteisiin, esimerkiksi huumorin, pelon tai erotiikan avulla. (Karjaluoto 2010, 42.) Usein samassa mainoksessa yhdistyvät niin rationaaliset että emotionaaliset vaikuttamiskeinot, niin että emotionaalisuus on pääosassa kuitenkin rationaalisuutta unohtamatta. Painotus kohti emotionaalisuutta viestii siitä, että mainonta operoi ennen kaikkea aina emotionaalisen alueella, sillä mielikuvat syntyvät aina ennen loogista järjeilyä. Siksi vahvan brändin rakentamisessa ja markkinoinnissa on tärkeää luoda yrityksen tuotteelle tai palvelulle mahdollisimman paljon positiivisia määreitä. Ostopäätökset tehdään usein emotionaalisesti, mutta niitä oikeutetaan rationaalisesti. (Kelley & Jugenheimer 2006, 33.)

Mainonta voi olla luonteeltaan myös vertailevaa, jolloin verrataan mainostettavaa tuotetta tai palvelua kilpailijoihin (Karjaluoto 2010, 43.) Vertailua tosin sitoo muun markkinoinnin ohella Suomessa lainsäädäntö, joka sallii vertailevan mainonnan vain silloin, kun se ei ole harhaanjohtavaa eikä kilpailijoita halventavaa (Kuluttajansuojalaki 20.1.1978/38, luku 2). Lainsäädännön rajoissa vertailu kilpailijoihin voi kuitenkin olla varsin tehokas markkinointikeino, etenkin jos yrityksen tuotteet tai palvelut eivät olennaisella tavalla eroa toisistaan.

3.2.1.3. INTERNET MEDIANA: MONIMUOTOISTA MARKKINOINTIA JA BRÄNDÄTYT VERKKOSIVUT

Internetin läpimurto voidaan katsoa tapahtuneen 1990-luvun aikana (Merisavo ym. 2006, 25), ja viimeisen kymmenen vuoden aikana sen käyttö on kasvanut maailmanlaajuisesti räjähdysmäisesti (Karjaluoto 2010, 128). 16–74-vuotiaista

suomalaisista peräti 82 prosenttia käyttää internetiä päivittäin, ja oma internetyhteys on vajaalla 80 prosentilla kotitalouksista (Kohvakka 2009). Markkinointipaikkana internet on tällä hetkellä ainut voimakkaasti kasvava kanava. Vuonna 2008 internetmainonta kasvoi Suomessa lähes 35 prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen 2007. (Media 2009, 14.) Digikanavien hyödyntäminen markkinoinnissa on kuitenkin ollut suhteellisen hidasta ja asiakkaat ovat omaksuneet uudet kanavat usein markkinoijia paremmin (Merisavo ym. 2006, 26). Nykyään markkinoijat ovat jo hyvinkin tietoisia internetin tarjoamista hyödyistä, ja verkkomainonnasta on tullut olennainen osa nykypäivän markkinointiviestintää. Suurin osa markkinoinnin ammattilaisista katsoo, että yritysten on kannattavaa toimia ja mainostaa internetissä (Karjaluoto 2010, 128). Lisäksi internet on koettu erityisen hyväksi välineeksi juuri kuluttajamarkkinoinnissa (emt., 127).

Markkinointia internetissä voidaan toteuttaa monella tavalla. Suosituimpia markkinointikeinoja digitaalisessa ympäristössä ovat muun muassa hakukonemarkkinointi, blogit, kotisivut, erilaiset mainosbannerit ja -pelit erilaisilla sivustoilla sekä sosiaalinen media, kuten Facebook ja Twitter (ks. esim. Rooney 2010, 247–249). Etenkin yrityksen omat brändätyt verkkosivustot ovat tehokkaita markkinointikanavia. Brändätyllä verkkosivustolla tarkoitetaan yrityksen kampanjasivustoa, jotka sisältävät tietoa yrityksestä ja sen brändistä (Karjaluoto 2010, 130). Tämän tutkielman empiirisessä osassa keskistyn tarkastelemaan yksinomaan esteettisen kirurgian toimijoiden tuottamia verkkosivustoja poissulkien muun internetmarkkinoinnin keinovalikoiman.

Yrityksen verkkosivustot sisältävät usein sekä kaupallista materiaalia että muuta sisältöä¹⁹. Sivuston tarjoaman sisällön avulla voidaan lisätä niin asiakkaiden kiinnostusta ja tietoisuutta tarjolla olevista tuotteista ja palveluista, luoda positiivisia brändiasenteita, vahvistaa tunteita ja uskollisuutta kuin lisätä myyntiäkin (Merisavo ym. 2006, 48). Internetin ympäristössä mahdollistuvat markkinoinnin, viestinnän, kaupankäynnin ja asiakaspalvelun integroiminen (emt., 31). Asiakkaalle voidaan samanaikaisesti markkinoida yritystä kokonaisuudessaan, luoda positiivista mielikuvaa sen palveluista, myydä tuotteita ja varata palveluita sekä vastata asiakkaiden sähköisesti lähetettämiin kysymyksiin. Verkkomainonnalla on useita positiivisia puolia kuten hyvä

¹⁹ Puhutaan niin sanotuista ”informercialeista”, joissa sivujen kaupallinen materiaali yhdistyy sivulla olevan muun sisällön kanssa (Kuluttajavirasto 2010).

kohdennettavuus, näyttävyys, monipuolisuus ja mitattavuus. Toisaalta verkossa oleva tieto vanhenee nopeasti ja sillä on vaikea erottautua. (Karjaluoto 2010, 128.)

Internetissä mainostaminen on yleensä edullisempaa kuin perinteisten printtimedioiden kautta ja näin ollen markkinointi internetissä on markkinoijalle varsin kustannustehokasta (Rooney 2010, 250). Internet myös mahdollistaa monimuotoisen markkinoinnin: sen avulla voidaan saavuttaa suurempi kohderyhmä kuin perinteisissä medioissa ja markkinointia voidaan toteuttaa ja muuttaa hyvin nopeasti asiakkailta saadun palautteen perusteella. Lisäksi markkinoinnista on mahdollista tehdä myös interaktiivista ja tehdä siitä tarkasti kohdennettua ja personoitua. Internetissä on mahdollista tiivistää jo olemassa olevia asiakassuhteita, mutta myös hankkia uusia asiakkaita. (Merisavo ym. 2006, 45 ja 138.)

Ostokäyttäytyminen on muuttunut internetin myötä entistä itseohjautuvammaksi (Karjaluoto 2010, 18). Asiakkaat itse kontrolloivat saamaansa informaatiota ja sen määrää enemmän kuin aikaisemmin (Rooney 2009, 243). Internet mahdollistaa sen, ”[...]että asiakas valitsee sisällön (mitä halutaan tietää) ja ajoituksen (milloin)”. Digitaalinen markkinointi on muuttanut koko markkinointiviestinnän perusmallia, sillä markkinoija ei enää itse pysty kontrolloimaan omaa markkinointiaan samalla tavoin kuin aikaisemmin (Merisavo ym. 2006, 32). Toisaalta, koska internetissä informaation määrä on valtava, markkinoijan tulisi tuoda omaan palveluunsa liittyvä informaatio asiakkaalle helposti löydettäväksi, ymmärrettäväksi ja luotettavaksi (emt., 67). Toisin sanoen, informaation valtava määrä ja sen helppo saatavuus tekevät markkinoinnista digitaalisessa ympäristössä markkinoijalle myös entistä haastavampaa. Tehokas ja toimiva markkinointi edellyttää yritykseltä ajan haasteisiin vastaamista. Tähän ajan haasteeseen vastaaminen edellyttää muutosta myös kaupallisen terveydenhuollon markkinoilla. Yhä suuremmissa määrin terveyspalveluiden markkinoijat ovat muuttaneet markkinointistrategiaansa ja siirtäneet markkinointiaan osaksi verkkoympäristöä, sillä internetin käyttö on levinnyt hyvin laajasti asiakaskunnan keskuudessa.

3.2.2. *ESTEETTISEN KIRURGIAN BRÄNDIÄ RAKENTAMASSA*

3.2.2.1. *MAINONTA JA MARKKINOINTI YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON SEKTORILLA*

Terveyspalveluiden mainonta ja markkinointi eroavat muunlaisesta palveluiden markkinoinnista, sillä terveydenhuollon palvelut sisältävät aina riskejä, ne voivat olla pelottavia ja aikaa vieviä, jonka lisäksi ne ovat myös varsin kalliita (vrt. Shaw 2008). Lisäksi, kun puhutaan ennen kaikkea esteettisestä kirurgiasta, leikkaukseen päättymistä edeltää myös pohdinta leikkauksen tarpeesta²⁰ – toisin kuin terveyspalveluiden kohdalla, jolloin kyse on yleensä akuutista sairaudesta, joka on välttämätön hoitaa.

Myös terveydenhuollon markkinoista on tullut yhteiskunnan markkinoitumisen ja medioitumisen myötä entistä kuluttajavetoisempaa, ja tämä muutos on johtanut asiakkaiden entistä suurempaan rooliin markkinoinnissa: terveydenhuollon sektorilla ollaan jatkuvasti kiinnostuneempia potilaiden tarpeista, haluista ja odotuksista. (Rooney 2010, 243 ja 245). Asiakkaan motivaatioon käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita vaikuttaa pitkälti hänen mielikuvansa siitä, mitä terveydenhuollolla on hänelle tarjota. Toisin sanoen, markkinoinnin avulla yksityinen terveydenhuollon sektori luo myös uusia tarpeita mielikuvien kautta, ja nämä tarpeet eivät välttämättä liity aina sairauden hoitoon. (ETENE, 2005.) Tämä puolestaan liittyy vahvasti jo aikaisemmin, luvussa 2.2.1., esille nostamani yhteiskunnan medikalisoitumisen prosessiin, jossa aikaisemmin elämänsä tavallisesti liitettyjä ilmiöitä, kuten esimerkiksi vaihdevuosisia, surua tai ulkoisen ruumiin 'ongelmakohtia', on alettu hoitaa terveydenhuollossa.

Suomessa terveyspalveluiden mainontaa ja markkinointia ohjaavat muun muassa Suomen Lääkäriliiton ohjeet lääkäreiden ja lääkäripalveluiden markkinoinnista (2009). Ohjeet koskevat kaikkia lääkäriammattia harjoittavia lääkäreitä sekä niitä laitoksia ja yrityksiä, joissa lääkäripalveluja annetaan tai välitetään. Sisällöllisesti nämä Lääkäriliiton ohjeet rajaavat ja ohjaavat terveyspalveluiden markkinointia varsin yksityiskohtaisesti. Tiivistän markkinointiohjeiden (Lääkäreitä ja lääkäripalveluja koskevat markkinointiohjeet, 2009) keskeisimmän sisällön tämän tutkielman fokuksen kannalta seuraaviin:

²⁰ Kauneuskirurgiaa ja kauneuskirurgian potilaita tutkinut Kathy Davis (1995) päätyi omassa tutkimuksessaan tulokseen, että kirurgin vastaanotolle päädytään yleensä vasta vuosien vakavan harkinnan tuloksena. Toisaalta Taina Kinnusen (2008) tekemässä tutkimuksessa noin 70 prosenttia potilaista sanoo leikkauspäätöksen ollut melko helppoa tai erittäin helppoa. Tätä eroa aikaisempiin tutkimuksiin selittää Kinnusen mukaan yleisten asenteiden muuttuminen sallivammaksi esteettistä kirurgiaa kohtaan. (Emt., 49.)

- Terveyspalveluiden markkinoinnissa ei saa käyttää ylisanoja tai vertailumuotoja ja sen on annettava tarjottavasta terveyspalvelusta asiallinen, totuudenmukainen, luotettava ja hyvän tavan mukainen kuva.
- Markkinoinnilla ei saa luoda tarpeetonta kysyntää terveydenhuollossa, jonka lisäksi palveluiden tulee olla lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia. Tämä edellinen lause koskee myös aiheesta kirjoitettuja artikkeleita, joiden tulee perustua lääketieteelliseen tietoon, eivätkä ne saa lisätä tarpeetonta kysyntää.
- Kaikki tarjolla olevat tutkimus- ja hoitomenetelmät tulee kuvata niin, että asiakas kykenee kuvauksen pohjalta tekemään päätöksensä.
- Kaikenlainen vertailu muihin lääkäreihin tai palveluiden tuottajiin on kiellettyä, elleivät ne perustu ulkopuolisen tahon arvioimiin objektiivisiin kriteereihin.
- Mainonnassa ei saa luoda asiakkaalle vääriä mielikuvia tai epärealistisia odotuksia hoidon suhteen. Myöskään takuuta hoidon onnistumisesta ei tule antaa.
- Palvelun hinta tulee esittää vertailukelpoisella tavalla ja siitä on joko selkeästi käytävä ilmi, mitä hinta pitää sisällään tai palvelujen hinnan ollessa vielä epäselvä voidaan käyttää alkaen -hintoja. Kylkiäisten liittäminen tarjottuihin palveluihin on kielletty. Markkinoinnissa puolestaan saa esittää potilaita ja heidän kokemuksiaan heidän luvallaan.
- Terveyspalveluita ei saa mainostaa alle 15-vuotiaille.
- Lääkärintoimintaa harjoittava laitos ei saa myöskään mainostaa lääkäriammattin harjoittamiseen kuulumattomia palveluita eikä tuotteita.

Soveliaan ja epäeettisen markkinoinnin ja mainonnan rajapinnat ovat kuitenkin aina varsin häilyviä. Esimerkiksi kysymys tarpeettoman kysynnän luomisesta on varsin monitulkintainen kysymys: voiko esimerkiksi esteettinen kirurgia olla lääketieteellisestä näkökulmasta katsottuna tarpeellista? Entä kuka on se ulkopuolinen taho, jonka tuottamaa tietoa voidaan soveltaa mainoksessa esimerkiksi lääkärivertailuihin? Onko eettistä mainostaa esteettistä kirurgiaa alaikäisille, jos markkinoinnin alaikäraja on määritelty 15-vuotias? Ovatko asiakkaan saamat väärät mielikuvat palvelusta asiakkaan oman mielikuvituksen tulosta vai onko mainos sittenkin johtanut vääränlaisen kuvan antamiseen asiakkaalle? Kuten Taina Kinnunen (2008, 71) huomauttaa, ”[o]n [...]

makuasia, mainostetaanko 'sinä päätät rintojesi muodosta' -tyylisellä mainostekstillä tarvetta vai palvelua”.

3.2.2.2. *ESTEETTISEN KIRURGIAN PALVELUT KAUPALLISENA TUOTTEENA*

Kuten edellisessä luvussa toin esille, myös terveydenhuolto, etenkin yksityisellä sektorilla, on viime vuosina tuotteistanut vahvasti toimintaansa jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Näin on tapahtunut myös esteettisen kirurgian sektorilla, jonka lähtökohdat eroavat suuresti muusta terveydenhuollossa tarjottavasta palveluvalikoimasta muun muassa siinä, että esteettinen kirurgia voidaan, toki näkökulmasta riippuen, mieltää palveluksi, jonka kohderyhmänä ovat terveet ihmiset. Esteettisen kirurgian asiakkailta ei välttämättä ole muuta ongelmaa kuin tietty ruumiinosa, jonka he (yhdessä ympäröivän kulttuurin kanssa) ovat mieltäneet epänormaaliksi, vajavaiseksi, liian näkyväksi, ja joka tästä syystä aiheuttaa heille ongelmia sosiaalisissa suhteissa sekä itsetunnossa.

Esteettisen kirurgian palvelut ovat varsin kilpailtu ala. Menestyäkseen liiketoiminnassaan esteettisen kirurgian toimijat joutuvat liikkumaan terveydenhuollon markkinoinnin ohjesääntöjen ja toimivan ja tehokkaan kuluttajamarkkinoinnin välimaastossa. Jotta palvelusta voidaan tehdä kaupallinen markkinatuote, on sitä muun muassa markkinoitava, mainostettava, luotava tuottava viestistrategia ja määritettävä kohderyhmä. Palvelu, josta kukaan ei ole koskaan kuullutkaan tai josta ei ole saatavilla tietoa, ei saa asiakkaita markkinoilla, eikä se näin ollen pysty jatkamaan toimintaansa kovin kauan, sillä yrityksen menestys markkinoilla perustuu viime kädessä saatuihin voittoihin eli asiakkaiden luomaan kassavirtaan. Kirurgin ja leikkauspaikan valinnassa painottuvat esteettisen kirurgian asiakkaiden mukaan ennen kaikkea leikkaavan lääkärin henkilökohtainen maine ja ammattitaito sekä leikkauksen suorittavan sairaalan hyvä maine ja tunnettavuus (Kinnunen 2008, 54–56).

Tunnettavuutta voidaan lisätä erilaisin markkinointikeinoin. Tehokkaimpia keinoja luoda asiakkaille positiivista mielikuvaa yrityksestä ovat julkkispotilaat, joiden avulla on mahdollista luoda vetovoimaista brändiä yrityksestä suosittuna paikkana, jossa myös julkisuuden henkilöt käyvät. Kirurgin tai leikkaavan sairaalan suosiota voidaan kasvattaa tehokkaasti myös lehti-ilmoitusten ja internetin avulla. Noin puolet esteettisen

kirurgian vastaanotolle tulevista potilaista on vakuuttunut sairaalan tai kirurgin maineesta internetmainonnan tai lehtimainonnan kautta. (Ibid.)

Esteettistä kirurgiaa tuottavien tahojen kuluttajamarkkinoinnin strategiasta huolimatta osa asiakkaista valikoituu tietylle vastaanotolle puhtaasti sattumalta. Lisäksi myös maantieteellinen sijainti ja asiakkaan leikkaukseen käytettävissä oleva rahamäärä vaikuttavat sairaalan ja kirurgin valintaan. Esimerkiksi Virossa tehtävät esteettiset leikkaukset ovat usein Suomessa tehtäviä toimenpiteitä edullisempia, ja juuri palvelujen hintatason vuoksi monet asiakkaat valitsevat leikkauspaikakseen Viron. (emt., 56.)

Voidaan ajatella, että esteettisen kirurgian markkinoinnissa toimenpiteiden legitimointi asiakkaalle on vaikeaa, sillä ei ole olemassa tieteellisiä kriteereitä sille, milloin ihmisen ulkonäköön kajoava leikkaus on oikeutettu, milloin ei tai tarpeellinen ja tarpeeton (Davis 1995, 8). Tämän vuoksi esteettisiä leikkauksia on pitkälti markkinoitu niin, että potilaan ruumis tai jokin ruumiinosa luokitellaan 'epänormaaliksi' tai 'vajavaiseksi', jolloin leikkauksen tarpeellisuus on mahdollista osoittaa mainoksen vastaanottajalle (emt., 10). Kauneuskirurgiassa ja sen markkinoinnissa ruumis pilkotaan osiin, jolloin yksittäinen ruumiinosa erotetaan muusta ruumiin kokonaisuudesta, jolloin nämä yksittäiset ruumiinosat, kuten rinnat ja nenä, voidaan määrittellä patologisiksi (Kubisz 2003, 28–29). Toisaalta on syytä muistaa, että tähän määrittelyyn normaalin ja epänormaalin rajoista osallistuvat palveluiden tuottajien lisäksi myös muun muassa potilaat sekä muut julkisuudessa esiintyvät tahot. Vaikka tarpeiden luominen terveystalouden markkinoinnissa on kiellettyä, käytännössä voidaan todeta, että prosessi, jossa ihmisruumiista tuotetaan epänormaalia tai vajavaista, on osaltaan aina myös luomassa ja muokkaamassa tarpeita. Yhteenvetona voidaan todeta, että esteettinen kirurgia on paitsi terveydenhuoltoa, myös markkinoilla toimiva kaupallinen tuote, jonka vetovoimaisuus ja elinvoimaisuus riippuvat siihen kohdistuvasta kysynnästä.

3.2.2.3. *ESTEETTISEN KIRURGIAN MAINOSTAMINEN JA MARKKINOINTI INTERNETSIVUILLA*

Suomessa esteettistä kirurgiaa markkinoidaan internetissä monin eri keinoin: yhteisöpalveluissa (kuten Facebook), hakukonemarkkinoinnin ja bannereiden avulla sekä yrittäjien omilla brändätyillä internetsivustoilla (vrt. Merisavo ym. 2006, 176 digitaalisesta markkinoinnista lääkealalla yleensä). Internetmarkkinointi on tehokasta.

Kun kerran olet hakenut esimerkiksi Google-hakukoneessa esteettisen kirurgian palveluita, hakukone muistaa tämän ja alkaa mainostaa esteettisen kirurgian palveluita yhteistyössä Googlen kanssa sinulle myös muilla internetsivustoilla, jotka ovat tehneet Googlen kanssa mainossopimuksen. Näin kävi minulle tämän tutkielman aineiston keruun yhteydessä. Minne internetissä menenkin, esteettinen kirurgia ei jätä minua rauhaan: ”Haluatko suuremmat rinnat?”, kysyy esteettistä kirurgiaa tuottava yritys Ruotsista. Ilmeisesti etsimäni hakusanat ovat tallentuneet Googlen palvelimelle yhdessä tietokoneeni IP-osoitteen kera, minkä avulla minulle osoitettu täsmämainonta toteutetaan.

Oma kokemukseni tukee käsitystä, jonka mukaan esteettistä kirurgiaa markkinoidaan internetissä varsin tehokkaasti. Internetmainonnan lisäksi esteettisen kirurgian maksettuja ilmoituksia näkyy nykyään niin Helsingin Sanomissa kuin televisio-ohjelmien sponsoreinakin. Internetissä tapahtuva mainonta kuitenkin eroaa muusta mediasta siinä, kuten jo aikaisemmin toteisin, että se on asiakasohjautuvampaa kuin ’perinteisissä’ medioissa. Usein asiakas itse on halukas ottamaan selvää palveluista ja hankkiutuu informaation lähteille omasta halustaan. Esteettisen kirurgian mainonta on myös varsin kohdennettua, kuten esimerkkinä hakukone Googlen ja esteettisen kirurgian palveluita tuottavien tahojen yhteistyöstä kertoo. Googlen kanssa yhteistyötä tekevät muun muassa Sairaala Siluetti, Klinikka 22, ruotsalainen Proforma Clinic, Nordström Hospital sekä Virossa palveluita tuottava Laatururgia (Google: esteettinen kirurgia 2010).

Edellä mainittujen maksettujen hakukonetulosten tehtävänä on ohjata potentiaalinen esteettisen kirurgian asiakas yrityksen omille brändätyille verkkosivuille, jotka puolestaan pyrkivät vakuuttamaan internetselailijan muun muassa palvelunsa tarpeellisuudesta, laadusta sekä kiinnostavuudesta. Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkoitus on keskittää tarkastelu juuri esteettistä kirurgiaa tuottavien yksityisten terveydenhuollon yritysten verkkosivuihin, sillä nämä verkkosivustot ovat paikka, jonne hakukoneen tai mainosten perusteella potentiaalinen asiakas lopulta klikkaa itsensä, jos hän on kokenut aiheen tarpeeksi kiinnostavaksi. Toisin sanoen, nämä yritysten omat brändätyt verkkosivustot toimivat tärkeänä paikkana asiakassuhteen luomisessa ja sitouttamisessa. Internet tarjoaa paikan, jossa yrityksen on mahdollista tuottaa haluamansa kaltaisia esteettisen kirurgian representaatioita, liittyy siihen haluamiaan

mielikuvia ja rakentaa sitä omasta näkökulmastaan haluttavaksi. Tässä tutkielman tarkastelun kohteeksi olen valinnut kuuden esteettisiä terveyspalveluita tuottavan yrityksen verkkosivut. Näihin palaan tarkemmin luvussa 6.

4. TYÖN METODOLOGINEN VIITEKEHYS:

RETORIikka JA DISKURSSIANALYYSI

4.1. RETORIikka METODISENA TYÖKALUNA

4.1.1. UUSI RETORIIKAN JA ARGUMENTAATION TUTKIMUS

Retoriikka ei ole yksi ja yhtenäinen oppirakennelma, jota empiirisissä akateemisissa tutkimuksissa sovelletaan aina samalla tavalla tai samasta näkökulmasta. Pikemminkin retoriikka voidaan mieltää teoreettiseksi kattokäsitteeksi, joka pitää sisällään useita erilaisia metodeja, näkökulmia ja orientaatioita. (Summa ja Palonen 1996, 7.) Eroavaisuuksistaan huolimatta useimpia eri näkökulmia retoriikkaan ja sen tutkimukseen yhdistää sosiaalikonstruktivistinen viitekehys: ajatus kielen poliittisuudesta (ts. ajatus kielestä vallankäytön kappaleena) sekä kielestä sosiaalisena vuorovaikutuksena (ks. esim. Leivo & Pietikäinen 1996, 85; Palonen & Summa 1996, 7).

Tämän tutkielman yhteydessä retoriikka on ennen kaikkea uuden retoriikan ja argumentaation tutkimusta²¹. Erityisesti retoriikka näyttäytyy tämän tutkielman puitteissa markkinointiretoriikan ja mediaretoriikan näkökulmista. Lisäksi yhdistän orientaatioon kriittistä diskurssianalyysiä, sillä retoriikan lisäksi luen empiirisestä aineistosta esille myös erilaisia diskursseja. Tutkielmani metodologinen lähestymistapa on näin ollen yhdistelmä erilaisia retoriikan tutkimuksessa käytettyjä elementtejä sekä kriittistä diskurssianalyysiä. Voidaan puhua myös retorista diskurssianalyysistä tai diskursiivisesta retoriikantutkimuksesta.

Uuden retoriikan ja argumentaation tutkimuksen menetelmät soveltuvat niin puhutun puheen kuin kirjoitetun tekstin analyysivälineeksi. Antiikin Kreikassa retoriikka miellettiin puhetaito-opiksi, mutta uudessa retoriikan ja argumentoinnin tutkimuksen viitekehyksessä retoriikka on pikemminkin vakuuttamisen, suostuttelemisen, argumentaation sekä perustelemisen taitoa. Se on taitoa puhutella ihmisiä jollakin tavalla minkä tahansa esittäminen keinoin. (Karvonen 1999, 73 ja 259.) Tämän

²¹ Uudella retoriikan ja argumentoinnin tutkimuksella tarkoitetaan yleisesti 1950-luvulta alkanutta ajanjaksoa, jolloin retoriikka palasi takaisin osaksi akateemisen tutkimuksen kenttää sitten antiikin Kreikan ajan ja Aristoteleen. Uuden retoriikan keskeisimpiä teoreetikkoja ovat Edmund Burke, Chaïm Perelman sekä Stephen Toulmin. (Summa 1996, 51.)

tutkielman viitekehyksessä esittämisen keinot ovat sidoksissa markkinointiin ja mainontaan, koska tutkimusaineistonani ovat esteettisen kirurgian palveluita tuottavien tahojen omat internetsivut.

Retoriikan tutkimuksessa on usein läsnä kolme ulottuvuutta: eetos (ethos), paatos (pathos) ja logos (logos). Nämä kaikki kolme vaikutuskeinoa tähtäävät samaan tavoitteeseen: tekstin sanoman uskottavuuden lisäämiseen (Kakkuri-Knuutila 1998, 233). Edelleen yhä tänä päivänä nämä kolme ulottuvuutta ovat olennainen osa retoriikan ja argumentaation tutkimusta:

Eetos on retoriikan tutkimuksen ensimmäinen ulottuvuus. Eetos liittyy puhujan²² itsensä ominaisuuksiin. Eetos vastaa kysymykseen, kuinka puhuja esittää itsensä tekstissä. Se huomioi, että ei ole samantekevää kuka puhuu ja kenelle puhutaan. Esimerkiksi saman puheen sisältö voidaan huomioda eri lailla riippuen siitä, onko puhuja lääkäri, poliitikko, opettaja vai kenties meille aiemmin tuntematon kanssamatkustaja linja-autossa. Viestiä uskotaan paremmin, jos se tulee auktoriteettiasemassa olevalta henkilöltä. Eetoksen oppi voidaan tiivistää siihen, että viestijä itsessään on jo viesti, josta tehdään tulkintoja. (Karvonen 1999, 261.)

Paatoksen näkökulmasta retoriikka näyttäytyy ennen kaikkea puhuja-yleisösuhteena. Se viittaa yleisön ”liikuttamiseen” tavoitteenaan saada ihmiset tuntemaan ja toimimaan. (Karvonen 1999, 261.) Paatos voidaankin suomentaa yleisön vastaanottokyvyksi, joka vaihtelee yleisön mielentilan ja tunteiden mukaan (Kakkuri-Knuutila 1998, 233). *Logos* puolestaan on riippumaton tästä puhuja-yleisösuhteesta. Logos viittaa tekstiin rakennettuihin päätelmien ja järkeilyjen ketjuihin eli itse tekstin argumentointiin ja asiasisältöön. Huomio kiinnitetään ennen kaikkea järkeen vetoamiseen argumenttien avulla. (Karvonen 1999, 74; Kakkuri-Knuutila 1998, 233.) Taitava retorinen puhuja osaa käyttää viestinnässä hyväkseen kaikkia näitä edellä mainittuja kolmea ulottuvuutta (Karvonen 1999, 74). Taitava retoriikan käyttäjä osaa keksiä parhaat mahdolliset viestintästrategiat kunkin tilanteen vaatimat erityisehdot huomioiden, sillä tehokas viestintä on aina kontekstisidonnaista (emt., 73).

²² Retoriikan tutkimuksessa puheen tai tekstin tekijästä käytetään usein sanaa ”puhujaa” siitähän huolimatta, että huomion kohteena olisi kirjoitettu teksti. Puhuja ei siis viittaa retoriikassa pelkästään puheen pitäjään tai tekstin kirjoittajaan, vaan pikemminkin toimijaan, jonka ääni puheessa/tekstissä tulee esille. Usein tämä ”puhujaa” on sama kuin tekstin kirjoittaja, mutta tekstin ”puhujaa” voi myös olennaisella tavalla erota sen tuottajasta. (Vuori 2004, 95 ja 97.)

Markkinointi- ja mediaretoriikan näkökulmista katsottuna uuden retoriikan ja argumentoinnin tutkimus liittyy pitkälti mielikuvilla vaikuttamiseen. Aineksia valikoimalla on mahdollista vaikuttaa siihen kuvaan, mitä asiasta ulospäin kerrotaan (emt., 78). Tässä katsannossa koko yhteiskunta nähdään yhtenä isona markkinapaikkana, jossa käydään retorista kamppailua erilaisista representaatioista eli esityksistä. Voidaankin ajatella, että asioihin ja ilmiöihin liitetyt mielikuvat ovat keskeisessä asemassa, kun ihmiset tekevät päätöksiä ja valintoja. Sekä retoriikassa itsessään että siihen liittyvässä mielikuvien tuotantoprosessissa on kyse siitä, miten kohde havaitaan, eikä niinkään siitä, millainen puheen kohteena oleva asia tai ilmiö todellisuudessa on (emt., 83). Kuitenkin, kuten kaikki toiminta, myös retoriikkaa tuottaa osaltaan sitä todellisuutta, jossa ihmiset elävät.

Seuraavassa esittelen lyhyesti tutkimukseni kannalta keskeisiä retoriikan käsitetyökaluja. Niiden avulla pystyn empiirisen aineiston pohjalta tunnistamaan esteettiseen kirurgiaan erikoistuneiden toimijoiden verkkoympäristössä sijaitsevista markkinointitarkoituksin tuotetuista teksteistä erilaisia representaatioita, identifikaatioita sekä vakuuttamisen keinoja. Lisäksi näiden käsitetyökalujen avulla pystyn ymmärtämään näiden tekstien luonnetta suhteeseen asettamisen ja valintojen tekemisen prosessina.

4.1.2. VALINTA JA SUHTEESEEN ASETTAMINEN

Viestin, esityksen tai tekstin tuottaminen sisältää retoriikan tutkimuksen näkökulmasta aina valintoja ja suhteeseen asettamista; kun jotakin asiaa esitetään, jotakin tuotetaan läsnäolevaksi samalla, kun jotakin jää poissaolevaksi. (Karvonen 1999, 63, 259; Tucker 2001, 398) Esimerkiksi samalla kun esteettisestä kirurgiasta kertova teksti tuottaa kauneuskirurgiasta tietynlaista kuvaa, se sulkee pois muita merkityksiä.

Voidaan sanoa, että teksti tuotetaan aina jostakin näkökulmasta. Ne eivät näin ollen koskaan suoria todellisuuden heijastumia tai kerro suoraan ympäröivästä todellisuudesta, tässä yhteydessä esteettisestä kirurgiasta, vaan asioiden esittäminen on aina näkökulmasidonnaista, rajattua ja valikoivaa (ks. esim. Perelman 1996, 43–45). Retoriikassa puhuja tuottaa ”tavan katsoa asioita” (Tucker 2001, 399). Tätä edellä esitettyä voidaan retoriikan tutkimuksen käsittein kutsua suhteeseen asettamiseksi. Esimerkiksi markkinointia ja mainoksia voidaan tarkastella retoriikkana, jossa asiat

halutaan nähdä tietyssä suhteessa. Retoriikan tutkimuksessa huomioidaan nämä valinnat, ja retorisen tutkimuksen tavoitteena on tutkimuksen kohteena olevan asian, esimerkiksi tekstin tai puheen valinnanvaraisuuden eli toisin esittämisen mahdollisuuden osoittaminen (Karvonen 1999, 259).

Viestiminen sekä merkitysten ja mielikuvien lukeminen ei kuitenkaan tarvitse olla aina intentionaalista. Esimerkiksi ihminen viestii omalla ruumiillaan jatkuvasti merkityksiä, halusi hän sitä tai ei. Tämän tutkielman kontekstissa tutkimuksen kohteena olevat esteettiseen kirurgiaan erikoistuneiden palvelutuottajien internetsivut ovat kuitenkin mitä suurimmassa määrin intentionaalisesti tuotettuja; niillä on tietty funktio ja tavoite. Niiden tavoitteena on hankkia hyväksyntää ja kannatusta ja näin uusia asiakkaita esteettiselle kirurgialle potentiaalisen asiakaskunnan keskuudessa.

4.1.3. YLEISÖSUHDE, IDENTIFIKAATIO JA PREMISSIT

Uuden retoriikan keskeinen teoreetikko Chaïm Perelmanin mukaan yleisösuhte on yksi keskeisimmistä uuden retoriikan ja argumentoinnin tutkimuksen käsitelykohteista. Keskeistä on se, että viestintä voidaan ymmärtää prosessiksi, jonka osapuolet ovat viestijä (puhujaa) ja vastaanottaja (yleisö) sekä puheen foorumi. (Kakkuri-Knuuttila 1998, 235.) Viestintä on näiden kahden ensimmäisen osapuolen vuorovaikutusta niin, että viestin merkitys- ja mielikuvatuotanto on aina kahden osapuolen yhdessä tuottamaa. Vaikka puhujaa voi tuottaa esitykseensä intentionaalisesti erilaisia merkitysisältöjä, lopulta kuitenkin viestin vastaanottaja tulkitsee esityksen omasta kulttuurisesta tulkintakehikostaan käsin. Retoriikan tutkimuksessa keskeistä on siis se, mitä yleisö uskoo (Karvonen 1999, 74). Retoriikka on luonteeltaan sosiaalista ja käytännöllistä toimintaa (Kakkuri-Knuuttila 1998, 235; Jokinen 1999, 128).

Yleisön voidaan katsoa perustavan tulkintansa tiettyjen premissien eli ennakkooletusten varaan. Nämä ennakkooletukset muodostavat eräänlaisen arkisen ja kulttuurisen uskomusjärjestelmän ("common sense"), joka hyväksytään lähtökohtaisesti usein itsestään selvyydeksi, "terveeksi järjeksi" ja silkaksi "tosiasiaksi", eikä sitä näin ollen kovin helposti kyseenalaisteta (Karvonen 1999, 75). Tässä yhteydessä voidaan puhua myös hegemonisista tai hallitsevista diskursseista, joihin palaan diskurssianalyysin esittelyn yhteydessä. Esimerkkinä tällaisesta hegemonisen aseman saavuttaneesta premissistä voidaan ajatella lausetta "terveys on hyvä asia", sillä

terveyttä positiivisena asiana tuskin tarvitsee yhteiskunnassamme sen enempää selitellä – sen asema on itsestään selvä ja se otetaan annettuna.

Usein retorinen puhe/teksti ei kuitenkaan kokonaisuudessaan edusta tällaisia edellä mainittuja kulttuurisia itsestään selvyiksi, vaan niitä tulee argumentoida, mikäli viestin keskeinen sanoma halutaan saada hyväksytyksi vastaanottajien taholta (Karvonen 1999, 75). Retorisessa argumentaatioissa on kysymys siitä, että yleisön tietyille premisseille antama hyväksyntä osoitetaan koskemaan myös johtopäätöksiä (Perelman 1996, 28). Retoriikassa ei näin ollen todisteta ”[...]johtopäätöksiä muodollisen logiikan sääntöjen mukaan johdetuiksi” (Karvonen 1999, 74).

Viestijän tulee siis sovittaa puheensa kohderyhmänsä mukaan, mikäli hän aikoo saada yleisönsä vakuuttuneeksi esityksestään. Tämä tarkoittaa, että ”[...]puhujalla voi valita päättelynsä lähtökohdiksi vain väitteitä, jotka kuulijat hyväksyvät”. (Perelman 1996, 28.) Tehokas ja toimiva viesti on sellainen, joka sopii vastaanottajan uskomuksiin ja arvomaailmaan (Karvonen 1999, 74 ja 263). Samanlainen viestintä ei toimi kaikille yleisöille (Jokinen 1999, 129). Tämä ajatus on myös asiakaslähtöisen markkinoinnin keskeisiä kulmakiviä. Retorista taitoa on se, että osataan huomioida tilanne ja yleisö parhaalla mahdollisella tavalla ja luoda juuri tähän kontekstiin sopiva viestintästrategia. (Emt., 73–74.)

Yleisöä ovat kaikki ne puheen/tekstin vastaanottajat, joihin puhujalla haluaa vaikuttaa argumenteillaan (Perelman 1996, 21). Perelman jakaa yleisön universaaliyleisöksi, jolla hän tarkoittaa kaikkia niitä viestin vastaanottajia, jotka jakavat keskenään yleiset sosiaaliset kulttuuriset premissit (esimerkiksi suomalaiset, eurooppalaiset) sekä erityisyleisöksi (esimerkiksi lääkärit, oikeusoppineet, koti-isät), joka on suppeampi viestin kohderyhmä ja näin ollen heihin voidaan vedota myös erityisimmillä premisseillä kuin universaaliyleisöä. (Perelman 1996, 21; Karvonen 1999, 75.)

Jokainen puheen tai tekstin tuottaja pyrkii identifioimaan yleisöä jossakin suhteessa. (Karvonen 1999, 76 ja 266). Kuten Karvonen (1999, 266 ja 268) toteaa:

Reettorilla [puhujalla] on mahdollisuus valita, mihin ihmisten puoleen hän haluaa vedota tai missä suhteessa hän heihin vetoaa. Tämä vetoaminen aktualisoi ihmiset jossakin suhteessa, tuottaa heidät tietynlaisiksi. [...]Jos puhujalla ja yleisöllä saadaan tuotetuksi samaksi, silloin myös puhujan omat intressit ja yleisön intressit on helppo saada yhteneväisiksi.

Kaikkea retoriikkaa voidaan näin ollen tarkastella siitä näkökulmasta, millaista samastumista ja erottautumista se vastaanottajilleen ehdottaa ja mistä näkökulmasta se yleisöään tuottaa (emt., 267). Kyse on samastumisen (identifikaatio) ja erottautumisen prosessista. Perelmanin ohella uuden retoriikan ja argumentoinnin tutkimuksen yksi keskeisimmistä teoreetikoista, Kenneth Burke, on nimennyt tämän prosessin yhdeksi retoriikan keskeisistä kulmakivistä. Identifikaatiossa pyritään samastamaan puhujan ja yleisön intressit ja tuottamaan niistä yhteneväiset (Summa 1996, 56–57).

4.1.4. *VAKUUTTAMISEN KEINOT*

Retoriikassa ja retoriikan analyysissä voidaan erottaa ja tunnistaa useita erilaisia argumentaatiotekniikoita, joita voidaan käyttää lisäämään puheen/tekstin vakuuttavuutta yleisölle (Perelman 1996, 45). Olennaista analyysissä on ymmärtää sitä prosessia, mitä kyseisillä argumenteilla tehdään tilanteissa, joissa ne tuotetaan (Jokinen 1999, 127). Pohjaan tämän esitykseni erilaisista retorisisista vakuuttamisen keinoista Jokisen (1999) sekä Chaïm Perelmanin (1996) jaotteluja mukaillen.

Karkeasti jaoteltuina vakuuttamisen keinot voidaan jakaa niihin, jotka keskittyvät väitteen esittäjään sekä niihin, jotka liittyvät esitettyyn argumenttiin. Käytännössä nämä kaksi puolta ovat kuitenkin usein toisiinsa yhteen kietoutuneita. (Jokinen 1999, 132–133.) Esimerkkejä vakuuttamisen keinovalikoimasta ovat Jokisen (1999) mukaan etäännyttäminen omista intresseistä, puhujakategorialla oikeuttaminen, liittoutumisasteen säätely, konsensuksella tai asiantuntijan lausunnolla vahvistaminen, vetoaminen ’tosiasioihin’, kategorioiden käyttö, yksityiskohdilla ja narratiiveilla vakuuttaminen, kvantifointi (numeerinen ja ei-numeerinen), metaforien käyttäminen, ääri-ilmaisujen lausuminen, kolmen listat, kontrastiparien käyttö, havainnollistavat esimerkit sekä rinnastukset, toisto ja tautologia sekä vasta-argumenttiin varautuminen.

Retoristen keinojen analyysin avulla on mahdollista ymmärtää, miten faktoja konstruoidaan tai miten subjektipositioita tai identiteettejä tuotetaan. Lisäksi keinovalikoiman analyysin avulla on mahdollisuus päästä käsiksi erilaisten kategorioiden rakentamis-, vahvistamis- ja kyseenalaistamisprosesseihin sekä siihen, kuinka erilaisia asioita normalisoidaan ja oikeutetaan tai kuinka niistä rakennetaan epänormaaleja ja epäsuotuisia. (Emt., 156–157.)

4.2. KRIITTINEN DISKURSSIANALYYSI

4.2.1. *DISKURSSIT METODOLOGISENA TYÖKALUNA*

Diskurssianalyysi on, retoriikan tutkimuksen ohella, teoreettis-metodologinen viitekehys, joka pitää sisällään useita erilaisia diskursiivisia metodeja ja käytännön sovelluksia. Yhteistä näille diskurssianalyysin sovelluksille on kielen merkityksen korostaminen inhimillisen toiminnan tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa diskurssianalyysiä käytetään erityisesti valtasuhteiden ja merkityksentuotantoprosessien tunnistamisen ja nimeämisen apuna. Tämän tutkielman puitteissa diskurssianalyttinen ote yhdistyy uuden retoriikan ja argumentaation tutkimukseen erityisesti vakuuttamisen keinojen, puheen sanomaan ja puhujaposition liittyvissä tarkasteluissa.

Perustelen diskurssianalyysin ottamisen analyysivälineeksi retoriikan tutkimuksen rinnalle sen kyvyllä tunnistaa erilaisia valtasuhteita ja puretua merkityksentuottamisen prosesseihin. Sen avulla on mahdollisuus tunnistaa ja nimetä tapoja tuottaa ja merkityksellistää todellisuutta (Jokinen, Juhila & Suoninen 1999) ja täten vastata kysymykseen siitä, miten ja millaisia terveyttä ja kauneutta koskevia diskursseja esteettisen kirurgian toimijat internetsivuillaan lukijoilleen rakentavat. Diskurssianalyysin käytön tutkimuksellinen mielenkiinto keskittyykin pitkälti siihen, mitä kieli tekee käyttäjälleen, käyttäjä kielelle ja miten kieli toimii erilaisissa tilanteissa (Mäntynen & Pietikäinen 2009, 14).

Kriittisessä diskurssianalyysissä puhetta ja sen kulttuurista kontekstia ei oteta itsestään selvänä lähtökohtana tutkimukselle, vaan puhe ja sen kulttuurinen konteksti on itsessään kriittisen tarkastelun kohteena. Erilaiset versiot tapahtumista saavat erilaisia painoarvoja, ja jotkin merkitykset yhteiskunnassa nousevat vallitseviksi eli hegemonisiksi, toisten merkitysten jäädessä puuttuviksi tai marginaalisiksi (ibid.; Fairclough 1999, 75–83 ja 92–96).

Kriittinen diskurssianalyysi on kiinnostunut teksteistä kahdella tasolla, joita ovat lingvistinen analyysi ja intertekstuaalinen analyysi (Fairclough 1999, 188). Lingvistinen analyysi keskittää huomionsa siihen, kuinka valikoivasti teksteissä ammennetaan erilaisia kielellisiä osa-alueita (esimerkiksi kielioppia, sanoja, sanaston rakentumista teksteissä). Intertekstuaalinen tarkastelu puolestaan johdattaa tutkijan katsomaan tekstin

yhtymäkohtia ja sidoksia laajempaan yhteiskunnalliseen ja historialliseen kontekstiin. (Ibid.)

4.2.2. *DISKURSSIT JA TODELLISUUDEN TUOTTAMINEN KIELEN AVULLA*

Diskurssianalyysin laajasta viitekehystä johtuen diskurssin käsitettä on määritelty näkökulmasta riippuen useilla erilaisilla tavoilla. Tämän tutkielman yhteydessä diskurssilla tarkoitetaan historiallisesti rakentunutta ja vakiintunutta puhetapaa, joka muodostaa suuren osan kulttuurin yhteisestä ymmärryksestä (Wetherell & Potter 1992, 89–90). Vastaavanlaisen määritelmän tarjoaa Suoninen (1999), joka ymmärtää diskurssin verrattain eheäksi merkityssuhteiden kokonaisuudeksi, joka rakentaa todellisuutta tietyllä tavalla (Suoninen 1999, 21).

Käsitetyökaluina diskurssit operoivat siis todellisuuden tuottamisen kentällä, kun kielenkäyttö niin tekstuaalisesti kuin puhetilanteissakin ymmärretään toimintana. Diskurssianalyysi kohdentaa tarkastelunsa siihen, miten asioita tehdään ymmärrettäväksi kielenkäytön avulla (emt., 18–19). Diskurssianalyttisessä lähestymistavassa kieli ei ole ajatusten ja viestinnän 'puhdas väline', eikä sillä pyritä ensisijaisesti kuvaamaan maailmaa sellaisenaan; kieli on kommunikaation mahdollistaja ja tulkinnan välittäjä, jota muokkaamalla ja soveltamalla voidaan saada erilaisia lopputuloksia (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 12). Kieli on joustava ja notkea resurssi, jota voidaan käyttää eri tilanteissa eri tavoin.

4.2.3. *REPRESENTAATIOILLA MERKITYKSELLISTÄMINEN*

Tekstin tai puheen ymmärtäminen on aina tulkinnallista toimintaa. Tulkinnan avulla teksti saa merkityksiä, jotka määrittyvät sen asiayhteyden kontekstissa, jossa se tulkitaan. (Kakkuri-Knuutila & Ylikoski 1998, 24.) Esimerkiksi samaa tekstiä voidaan tulkita eri kulttuureissa ja eri aikoina toisistaan eriävillä tavoilla. Kuitenkin samassa kulttuurissa merkityksiä tulkitaan usein samalla tavalla, sillä kommunikaatiolle on ominaista merkitysten julkisuus. Tämä tarkoittaa, että merkitys on kaikkien kieltä osaavien ymmärrettävissä jokseenkin samalla tavalla, joskin yksilöiden välillä tässä saattaa olla eroavaisuuksia. Julkiset merkitykset ovat edellytys sille, että asioita voidaan ilmaista muille ihmisille. (Emt., 26–29.)

Lisäksi merkitykset ovat konventionaalisia. Ne perustuvat tapaan tai sopimukseen, joka kielenkäyttäjien yhteisössä aikojen saatossa on konstruoitu. Toisin sanoen, merkitykset perustuvat kielenkäyttäjyhteisön yhteisille uskomuksille. (Ibid.) Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa ei oleteta, että sama sana saisi aian kaikissa tilanteissa samanlaisia merkityssisältöjä, vaan sanat saavat erilaisia tulkinnallisia viitekehyksiä eri tilanteissa, eri aikoina ja eri paikoissa (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 11). Kun puhumme esimerkiksi kirurgiasta, osaamme kaikki samassa kielenkäyttäjyhteisössä ja kulttuurissa tulkita sen suurin piirtein samalla tavalla tarkoittamaan lääketieteellistä erikoisalaa, jossa sairauksia hoidetaan leikkausten avulla. On kuitenkin syytä huomioida, että myös vakiintuneet merkitykset voivat muuttua aikojen saatossa niin, että ne saavat uudenlaisia merkityssisältöjä (emt., 28–29; Fairclough 1999, 73). Esimerkiksi myös esteettisen kirurgian merkityssisällöt ovat muuttuneet ja laajentuneet aikojen saatossa.

Kielen käyttö ja merkitysten tuottaminen on myös valintojen tekemistä (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 17). Tätä tutkielmaa tehdessäni minulla on mahdollisuus valita tyylini kirjoittaa: puhunko tämän tutkielman yhteydessä esimerkiksi hörökorvaleikkauksista, ulkonevien korvien leikkauksista tai vain korvien esteettisistä leikkauksista. Käyttämäni sanavalinnat vaikuttavat siihen, kuinka rakennan omalta osaltani käsityksiä esteettisin perustein tehdyistä korvaleikkauksista ja millaisen kuvan haluan tästä toimenpiteestä lukijalle välittyvän. On myös aivan eri asia puhua 'muovitissien laitosta' ja 'silareista' kuin rintojen kirurgisesta augmentaatiosta. On kuitenkin syytä huomioida, että vaikka kielenkäyttäjällä onkin suhteellinen vapaus valita sanansa, valinnan runsautta karsivat, paitsi viestintätilanne, myös laajempi yhteiskunnallinen konteksti ja kielellinen varanto.

Kieli on merkityksiä tuottava järjestelmä. Se representoi asioita aina joksikin. Representaatio voidaankin mieltää kulttuuriseksi esitykseksi jostakin. Representaatiossa pyritään liittämään johonkin asiaan tietynlaisia merkityksiä ja samalla sulkemaan tietynlaisia merkityksiä ulos. (Hall 1997, 24.) Voidaan ajatella, että kaikki teksti on representaatiota: ne tuottavat merkityksiä ja esittävät asioita aina jostakin näkökulmasta katsottuna, jonka lisäksi ne ovat kulttuurisesti jaettavissa ja tulkittavissa. Myös esteettisen kirurgian toimijoiden tuottama internetsisältö voidaan ajatella representaation näkökulmasta. Ne tuottavat representaatioita esteettisestä kirurgiasta ja

sen toimialasta, ja pyrkivät näin liittämään siihen tietynlaisia merkityssisältöjä, kun taas toisenlaiset merkitykset pyritään jättämään tekstisisällön ulkopuolelle.

5. VÄLIYHTEENVETO JA TARKENNETUT TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tähän asti olen rakentanut tutkielmani teoreettis-metodologista viitekehystä, jonka varassa tutkimuksen empiirinen toteutus tehdään. Olen pyrkinyt tuomaan esille erilaisia yhteiskunnallisia kehityskulkuja, jotka kytkeytyvät olennaisella tavalla esteettisen kirurgian sekä sen mainonnan ja markkinoinnin laajaan ilmiökenttään. Lisäksi olen esitellyt teoreettisen lähestymistavat, joiden avulla voidaan ymmärtää ja tarkastella esteettisen kirurgian jännitteistä tasapainoilua sekä terveyden että kauneuden diskursiivisilla kentillä sekä suhteessa muun lääketieteen kenttään.

Kuten jo johdannossa lyhyesti toin esille, tutkimukseni tavoitteena on tarkastella esteettisen kirurgian representaatioita sekä terveyden ja kauneuden diskursiivista rakentumista esteettiseen kirurgiaan erikoituneiden yksityissairaaloiden verkkosivuilla. Tarkastelen myös sitä, miten esteettisen kirurgian toimijat itse määrittelevät toimialaansa ja relevanssiaan suhteessa lääketieteen kokonaiskenttään. Tavoitteenani on näin ollen terveyden ja kauneuden rajapintojen kulttuurisen ymmärryksen syventäminen esteettisen kirurgian kautta.

Tutkimuskysymykset, joihin tutkimuksessani pyrin vastaamaan, ovat seuraavat:

1. Miten esteettinen kirurgia representoidaan eli esitetään esteettiseen kirurgiaan erikoistuneiden yksityissairaaloiden internetsivuilla?
2. Miten näissä representaatioissa rakennetaan terveyttä ja kauneutta koskevia diskursseja?
3. Kuinka esteettisen kirurgian toimijat sijoittavat itsensä suhteessa lääketieteen ja kauneudenhoidon kenttään?
4. Millaista identiteettiä sivustoilla tuotetaan esteettisen kirurgian asiakkaista?

Näihin edellä mainittuihin kysymyksiin pyrin vastaamaan diskursiivisen retoriikan analyysin sekä työn teoreettisen viitekehysten luomien käsitetyökalujen avulla.

6. EMPIIRINEN ANALYYSI JA TUTKIMUSTULOKSET

6.1. AINEISTON VALINTA JA ESITTELY SEKÄ ANALYYSIPROSESSIN ETENEMINEN

Esitutkimuksen perusteella valitsin aineistokseni havainnollistavan otoksen suomalaisille markkinoiduista esteettisen kirurgian toimijoiden itsensä tuottamasta internetsisällöstä. Kaikkea aineistoa ei ole tämän tutkielman puitteissa mahdollista, eikä tarpeellista, tarkastella, ja toisaalta laadullisessa tutkimuksessa varsin suppeastakin aineistomateriaalista on mahdollista saada ilmiökentästä kattava kuva ja vastaus valittuihin tutkimuskysymyksiin.

Aineistoni koostuu neljän suomalaisen ja kahden virolaisen esteettistä kirurgiaa harjoittavien sairaaloiden internetsivuista. Jotta aineistoni olisi mahdollisimman kattava ja edustaisi esteettisen kirurgian markkinoinnin kenttää mahdollisimman laajalti, valitsin aineistoni alustavan sisällönanalyysin perusteella, jota tehdessä tutustuin internetissä Google -hakukoneen kautta laajasti suomenkielisiin esteettistä kirurgiaa markkinoiviin yrityksiin. Haku tuotti suomenkielisiä osumia niin Suomesta sekä Virossa kuin Ruotsistakin²³. Virossa ja Ruotsissa tehtäviä esteettisen kirurgian leikkauksia markkinoidaan myös suomalaiselle yleisölle suomenkielellä. Tutkimuksellinen mielenkiintoni keskittyi vain niihin sivustoihin, joiden sisältö olisi saatavilla myös suomeksi, ja näin ollen myös markkinointikohteena ovat osaltaan suomalainen asiakaskanta.

Lopulliseen aineistooni valikoin suuremmasta lukumäärästä ne kuusi sivustoa, jotka poikkesivat mahdollisimman paljon toisistaan, ja joiden sivuilla oli tarpeeksi sisältöjä varsinaisen analyysin tekemiseen. Luin kaikki analyysiini valitsemat sivustot ensin kertaalleen läpi, jonka jälkeen luin tekstit uudelleen keskittyen yhteen tutkimuskysymykseen kerrallaan. Jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla pyrin löytämään ja erittelemään teksteistä retorisia strategioita sekä diskursseja sekä löytämään eroavaisuuksia ja samanlaisuuksia suhteessa muiden analyysini kohteena olevien palvelutarjoajien sivustoihin. Läpi analyysin teon pyrin myös kuljettamaan

²³ Osumia Ruotsista oli vain yksi. Tämän ainoan ruotsalaisen esteettistä kirurgiaa tarjoavan yrityksen jätin pois varsinaisesta analyysistä, sillä yrityksen sivut olivat vain osittain suomeksi. Sivustolta ei siis olisi saanut tarpeeksi kattavaa kuvaa sen käyttämästä markkinointiretoriikasta suomalaiselle asiakaskunnalle.

mukanani kirjallisuuskatsauksessa esille tuomiani teoreettisia orientaatioita ja soveltamaan niitä yhteen analyysini kanssa.

Varsinaisen analyysin teon ja tutkimustulosten kirjoittamisen jälkeen vertailin vielä omaa otostani (yhteensä kuusi sivustoa) kuuteen esteettistä kirurgiaa tarjoavien yritysten verkkosivuihin²⁴, joita en valinnut osaksi lopullista aineistoa. Tämän prosessin tarkoituksena oli kartoittaa tutkimusaineistokseni valitsemieni esimerkkisivustojen edustavuus laajemmassa kontekstissa saturaation eli kylläntymisen näkökulmasta. Totesin esimerkkiaineistoni olevan tarpeeksi kattava, sillä oleellista uutta tietoa tutkittavan ilmiökentän kannalta ei enää ilmennyt muiden esteettistä kirurgiaa tekevien yksityissairaaloiden internetsivuilla.

Ensimmäiseksi sivustoksi valikoituivat *sairaala Siluetin* internetsivut. Sairaala Siluetti on pelkästään esteettiseen kirurgiaan erikoistunut yksityissairaala Helsingin ydinkeskustassa. Sairaala Siluetti on osa Siluetti -konsernia, johon kuuluu esteettiseen kirurgiaan erikoistuneen yksityissairaalan ohella veitsettömään kauneudenhoitoon keskittyvä Siluetti Day Spa. Siluetin verkkosivut kattavat lyhyen yritysesittelyn, esteettisen kirurgian (ja muiden esteettisen hoitojen) ruumiinosakohtaiset toimenpidesittelyt hinnastoineen, ajankohtaista -osion uutisvirtoineen, henkilökunnan lyhyen esittelyn sekä leikkaavien lääkäreiden ansioluettelot, sairaalan tilojen sekä laitteiden yksityiskohtaiset esittelyt. Lisäksi sivuilla on tietoa tarjolla olevista koulutuksista, lehdistötiedotteista, tarjolla olevista avoimista työpaikoista ja yhteistyökumppaneista sekä yhteystiedoista karttalinkeineen. (Siluetti 2010.)

Valitsin tutkimukseeni myös toisen Helsingissä toimivan, vain esteettistä kirurgiaa tekevän yksityissairaalan: *Rolf Nordströmin Plastiikkakirurgisen Sairaalan*. Nordströmin sairaala eroaa sairaala Siluetista siinä, että se on Rolf Nordströmin omassa henkilökohtaisessa omistuksessa ja että Nordström tekee itse sairaalan kaikki leikkaukset. Nordströmin sairaalan verkkosivut tarjoavat varsin kattavan paketin esteettisestä kirurgiasta. Sivuilla esitellään sairaala, sen toimitilat, leikkaava lääkäri, plastiikkakirurgian ja esteettisen kirurgian historiaa, esteettisen kirurgian toimiala ja mahdolliset toimenpiteet. Lisäksi sivuilla on toimenpidehinnasto, yhteydenottolomake,

²⁴ Vertailuryhmä koostui seuraavista esteettistä kirurgiaa tekevästä sairaaloista: Cityklinikka (2011), Klinikka22 (2011), Sairaala Tilkka (2011), Sairaala Botnia (2011), Plastiikkakirurgia Helena Puonti Oy (2011) sekä Terveystalo Oy (2011).

tiedot avoimista työpaikoista, esteettiseen kirurgiaan viittaavia uutisartikkeleita sekä useita linkkejä muille sivuille, muun muassa Käyttöluoton luottolaskuriin, Rolf Nordströmin henkilökohtaiseen blogiin, yhteistyökumppaneiden sivustoille sekä ajo-ohjekarttaan. (Nordström Hospital 2010.)

Esteettistä kirurgiaa markkinoivat myös sellaiset yksityissairaalat, joiden pääasiallinen toimenkuva terveydenhuollossa on ulkonäkökirurgiaa laajempi. Erinomainen esimerkki tällaisesta yksityisestä terveyspalveluiden monialaisesta yksityisestä tuottajasta on Mehiläinen konserniin kuuluva *Mehiläinen -sairaala(t)*, joita on Suomessa suurimmilla paikkakunnilla, kuten Helsingissä, Turussa ja Tampereella. Mehiläinen-konserni toimii sekä yksityisrahoitteisten terveyspalveluiden että julkisrahoitteisten terveys- ja sosiaalipalveluiden markkinoilla. Mehiläinen kuuluu osana Pohjoismaiden suurimpaan yksityiseen terveys- ja hoivapalveluyrityskonserni Ambeaan. Koska Mehiläinen on monialainen terveyspalveluiden tuottaja, yrityksen internetsivut eivät yksistään käsittele vain esteettistä kirurgiaa. Kuitenkin Mehiläisen verkkosivuilla käydään läpi erilaisia plastiikkakirurgisia toimenpiteitä, jonka lisäksi sivuilla on esteettisiä toimenpiteitä tekevien lääkäreiden ansioluettelot, toimipisteiden vastaanottoajat sekä yksikössä toteutettavien leikkausten lista. Lisäksi sivuilta löytyy *Mehiläinen* asiakaslehden vuosikerran verkkoversio, joista artikkelihauulla löytyy muutamia esteettistä kirurgiaa käsitteleviä artikkeleja. Sivuille ei ole hinnastoa. (Mehiläinen 2010.)

Mehiläinen -konsernin ohella valikoin aineistoon mukaan myös Helsingissä toimivan *yksityissairaala Pulssin*. Sairaala Pulssi kuuluu Suomessa viiden suurimman lääkäriaseman joukkoon, ja sen palvelutarjontaan kuuluvat kaikki erikoissairaanhoidolliset osa-alueet – mukaan lukien esteettinen kirurgia. Myös Pulssin internetsivut keskittyvät pääasiassa muuhun kuin esteettiseen kirurgiaan, joskin sivuilta on kuitenkin löydettävissä myös plastiikkakirurgiaan erikoistuneiden lääkäreiden ansioluettelot sekä artikkeleita, jotka käsittelevät esteettistä kirurgiaa. Sivuille ei ole hinnastoa. (Pulssi 2010.)

Ulkomaista esteettistä kirurgiaa, jota markkinoidaan myös suomalaisille asiakkaille, edustaa aineistossani virolainen yksityisklinikka *Artia Cosmetic Surgery*. Artia Cosmetic Surgery sijaitsee Tallinnassa, ja se tarjoaa asiakkailleen yksinomaan kosmeettisen kirurgian ja plastiikkakirurgian palveluita. Artia Cosmetic Surgeryn internetsivuilla esitellään yritys, henkilökunta, plastiikkakirurgian mahdollisuudet ja

riskit, leikkaavat lääkärit esittelyineen ja ansioluetteloineen, toimenpidehinnasto sekä leikkausprosessin etenemisen kokonaisuudessaan. (Artia Cosmetic Surgery 2010.)

Toisena virolaisena esimerkkinä aineistossani toimii *Christinas Clinic*. Christinas Clinic -toimipisteitä on Suomessa, Ruotsissa ja Virossa, joskin kaikki leikkaukset suoritetaan Tallinnassa. Christinas Clinic -sairaalan leikkaustoiminnan pääpaino on kauneuskirurgiassa. Cristinas Clinici -sairaalan verkkosivuilla on lyhyt yritysesittely, potilasohjeita sekä kattava tietopaketti tarjolla olevista leikkauksista. Lisäksi sivuilla on leikkaavien lääkäreiden ansioluettelot, yhteystiedot karttoineen sekä toimenpidehinnasto. (Christinas Clinic 2010.)

6.2. ESTEETTISEN KIRURGIAN MARKKINOINNIN

KONTEKSTI JA SIVUSTOJEN YLEISÖ

Kuten jo aikaisemmin luvussa 3.2.2. toin esille, muun muassa terveystietopalveluiden luonne erikoislaatuksena palveluna sekä tekstin tuottaminen palveluiden myyntitarkoituksessa määräävät pitkälti sen, kuinka sivustojen sisältöä rakennetaan. Markkinointitekstille on tyypillistä myytävän palvelun hyvien puolien esittely mielikuvien ja yrityksen brändin avulla, kun taas negatiiviset puolet, kuten palvelujen haitta- ja sivuvaikutukset, jätetään usein varsin marginaaliseen asemaan tai niitä pyritään vähättelemään. Näin on myös omassa aineistossani; kaikki aineistoni tekstit pyrkivät luomaan esteettisestä kirurgiasta positiivista kuvaa, jossa esteettinen kirurgia näyttäytyy, paitsi haluttavalta, myös varsin tarpeellisena toimenpiteenä – toki tapauksesta riippuen.

Sivustojen tutkimuksellinen mielenkiintoisuus tiivistyy myös siihen, että niissä yhdistyvät yhtäläillä mainonta ja informaation jakaminen. En kuitenkaan omassa tutkimuksessani tee eroa mainonnan ja informaation jakamisen tavoitteiden välillä, sillä kaupallisessa ympäristössä (kuten tässä tapauksessa palvelutuottajien internetsivuilla) myös tieto palvelee kaupallisia tarkoituksia. Tarkoitus on lisätä informaatioksi puettua markkinointitekstin avulla asiakkaan luottamusta ja kiinnostusta kyseistä palvelua kohtaan. Sivuilla kerrotaan yleisesti yrityksen toimialasta, tarjottavista toimenpiteistä, esitellään yrityksen henkilöstöä sekä annetaan tuotetietoa esteettisestä kirurgiasta erilaisten artikkelien ja esitteiden muodossa.

Kriittisen diskursiivisen luennan sekä retoristen keinojen erittelyn kautta voidaan ajatella, että kyseiset tekstit eivät koskaan ole luonteeltaan intressittömiä asiatekstejä, vaan näiden tekstien avulla voidaan rakentaa esteettisestä kirurgiasta tietynlainen esitys palvelemaan tekstien taustalla olevien toimijoiden tavoitteita. Teksteillä voidaan liittää esteettiseen kirurgiaan erilaisia mielikuvia sekä sulkea pois toisenlaisia ja näin oikeuttaa esteettisen kirurgian toimialaa legitimiinä terveydenhuollon palveluna. Tekstit tuottavat todellisuuden tietystä näkökulmasta, jonka tavoitteena on luoda kysyntää esteettisen kirurgian markkinoille. Julkisuuden hallinnalla ja erilaisilla retorisilla keinoilla, joita myös tässä analyysissäni erittelen, voidaan vaikuttaa laajasti ihmisten mielipiteisiin aiheesta.

Esteettisen kirurgian kuvailu ja esitleminen palvelutuottajien verkkosivuilla pohjautuvat hyvin pitkälti erilaisten esteettisen kirurgian luonteesta oletettujen premissien varaan. Koska kaikki aineistossani esiintyvät premissit eivät kuitenkaan edusta yhteiskunnan hegemonisimpia itsestäänselvyyksiä, näitä premissejä tulee osata argumentoida, jotta myös lukija voisi vakuuttua tekstin sisällöstä.

Esteettisen kirurgian markkinoinnin yhteiskunnallinen konteksti myös osaltaan määrittää esteettisen kirurgian mainonnan luonnetta. Tekstiä tuotetaan aina tietyssä yhteiskunnallisessa ajassa, jossa esteettisen kirurgian legitimointi pyritään suhteuttamaan ympäröivään kulttuuriseen ilmapiiriin. Kontekstoin tutkimusaineistoni kirjallisuuskatsaukseni perusteella yhteiskuntaan, jossa esteettisen kirurgian eteneminen kietoutuu yhteen yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten kanssa. Keskeisimpiä muutoksia, joiden kautta myös aineistoani voidaan lähestyä, ovat terveydenhuollon markkinoituminen ja yksilöityminen muiden yhteiskuntasektoreiden ohella sekä kauneuden, ruumiillisuuden ja median merkityksen kasvu viime vuosikymmeninä.

Esteettisen kirurgian palvelutuottajien internetsivut on tulkintani mukaan suunnattu suomalaiselle kuluttajalle, joka kenties pohtii omaa päätöstään hakeutua esteettisen kirurgin vastaanotolle. Tässä mielessä internetsivustojen yleisö voidaan identifioida pääasiassa koostuvan, perelmanilaisittain lausuttuna, universaaliyleisöstä, jotka jakavat keskenään yleisiä sosiaalisia ja kulttuurisia tapoja katsoa maailmaa (Perelman 1996, 21). Kuitenkin he ovat keskenään varsin heterogeeninen joukko, eivätkä näin ollen täytä erityisyleisön tunnusmerkkejä. Toisaalta voidaan ajatella, että esteettisen kirurgian markkinointisivut verkkoympäristössä toimivat myös foorumina erilaisten

tiedotusvälineiden suuntaan sekä kilpailijoille. Kun esteettisen kirurgian toimijat taistelevat verkossa potentiaalisista asiakkaista, tulee heidän erottautua kilpailijoistaan ja luoda omasta yrityksestään mahdollisimman positiivinen kuva verrattuna alan muihin toimijoihin. Tämä kaikki tulee kuitenkin luoda terveystalveluiden markkinoinnin sääntöjen ja hyvän maun (ks. luku 3.2.2.1.) mukaisesti.

6.3. AINEISTON ANALYYSI

6.3.1. ESTEETTINEN KIRURGIA JA SEN LUONNE PALVELUTUOTTAJIEN INTERNETSIVUILLA

6.3.1.1. NEUTRAALI ASiantuntijAPUHE MARKKINOINTIRETORIIKAN KESKIÖSSÄ

”Yläluomileikkauksella voidaan poistaa ylimääräisiä ihopoimuja (esim. iän tuomia ryppyjä) ja rasvakudosta yläluomea ympäröivistä rasvataskuista” (Mehiläinen 2010).

Tarkastellessani esteettisen kirurgian markkinointiretoriikkaa silmiinpistävämpänä piirteenä kaikista teksteistä nousi esille tekstien neutraali asiakieli. Tällaisen asiallisen ja lääketieteellisiin ’faktoihin’ nojaavan kielenkäytön tarkoituksena näyttää olevan verkkosivuille etsiytyneen lukijan vakuuttaminen esteettisen kirurgian objektiivisuudesta ja tarpeellisuudesta. Puhutaan faktuaalistamisstrategiasta, joka saa asiat näyttämään puhujista ja tulkinnoista riippumattomilta tosiasioilta (Jokinen 1999, 140).

Esimerkiksi kun Sairaala Siluetti kirjoittaa verkkosivuillaan kasvojen olevan kauneuden perusta, joista ihminen tunnetaan ja muistetaan (Siluetti 2010) tai kun Nordströmin sairaala kirjoittaa hörökorvaisen ihmisen joutuvan kulttuurissamme helposti kiusaamisen kohteeksi (Nordström Hospital 2010), ne pyrkivät luomaan kirjoituksistaan faktuaalisia tosiasioita.

Leikkauksen tarkoituksena on saada potilas siihen kuntoon, että hän voi mennä esimerkiksi työpaikalle tai kouluun ilman häpeää tai kiusaamisen kohteeksi joutumista (Nordström’s Hospital 2010).

Se tosiasia, että hörökorvainen ihminen joutuu kiusatuksi tai että kasvot ovat ihmisen kauneuden perusta määrittävät tekstissä tosiasioiksi, jotka on hyväksyttävä ja joille ei voida tehdä mitään. Tähän ikävään tosiasiaan voidaan kuitenkin vaikuttaa esteettisen kirurgian keinoin, jossa liian ulkonevat ja suuret korvat asetetaan takaisin ”[...]normaaliin muotoon” (Mehiläinen 2010) tai jossa veltojen silmäluomien

ylimääräinen iho poistetaan lopputuloksena ”valoisampi ilme” (Pulssi 2010). Esteettinen kirurgia representoituu näissä teksteissä relevantiksi keinoksi auttaa ulkonäöstään kärsiviä ihmisiä. Faktuaalista puhetta esiintyi kaikissa aineistoni teksteissä, palvelutuottajasta riippumatta.

Edellä mainittu tosiasiapuhe voidaan liittää vahvasti siihen, että esteettistä kirurgiaa on ollut suhteellisen vaikea legitimoida potentiaalisille asiakkaille, sillä esteettisessä kirurgiassa korjataan tervettä ihmistä. Toimenpiteiden tarpeellisuutta voidaan oikeuttaa näillä edellä mainituilla ’tosiasioilla’ yhteiskunnassamme, joissa ulkoisesti poikkeavia kiusataan tai esteettisiä toimenpiteitä voidaan oikeuttaa luokittelemalla yksittäiset ruumiinosat patologisiksi, jolloin leikkauksen tarpeellisuus voidaan osoittaa tekstin vastaanottajalle (Davis 1995, 10; Kubisz 2003, 28–29).

Esimerkiksi naisilla niin pieni- kuin suuririntaisuuskin, puhumattakaan velttorintaisuudesta, konstruoidaan verkkosivuilla esteettistä kirurgiaa vaativaksi tilanteeksi – toki vain sillä ehdolla, että yksilö itse kokee asian ongelmaksi. Cristinas Clinicin (2010) sivuilla puhutaan jopa ”epämuodostuneista rinnoista”, joilla he pyrkivät oikeuttamaan, paitsi aikuisten naisten rintaleikkaukset, myös tätä aikuisuuden määritelmää nuorempien rintaleikkaukset. Aikuisuuden määritelmää ei kuitenkaan tuoda tässä yhteydessä avata sen tarkemmin. Suomessa aikuisuus yhdistyy kuitenkin vahvasti 18-vuoden ikään. Rintaleikkauksia siis voitaneen tehdä myös alaikäisille tytöille. Riittää, että heidän rintansa ovat luokiteltavissa esteettisen kirurgian toimijoiden taholta ’epämuodostuneiksi’.

Mehiläinen -konsernin sivuilla puhutaan kaikista ulkonäöllisistä ongelmista ”normaalivariaatioon kuuluvina piirteinä”, jolloin niin pienet, veltot kuin suuretkin rinnat konstruoidaan epänormaaliuden sijaan ihmisen normaalivariaatioihin kuuluviksi ja yhtä normaaleiksi. Toki tässäkin yhteydessä muistutetaan, että tämän normaalivariaationkin puitteissa saattaa olla, että tiettyjä ruumiinosia halutaan muuttaa muuhun olemukseen sopivimmiksi. (Mehiläinen 2010.) Toisin sanoen, normaalivariaatio ei välttämättä takaa sitä, että jokin ruumiinosa tai ulkonäöllinen piirre olisi asiakkaalle ’sopiva’ – oli se sitten kuinka normaalia tahansa.

Tosiasiapuheen lisäksi esteettisen kirurgian retorinen keinovalikoima vakuuttaa lukija esteettisen kirurgian tarpeellisuudesta nojaa pitkälti puhujakategoriolla oikeuttamiseen

sekä omista intresseistä etäännyttämiseen. Sivustojen tekstien kieli on ajoittain lääketieteellisen sanaston kyllästämää (puhutaan esimerkiksi rhinoplastiasta, hematomista tai silmäluomiin liittyvästä V-deformiteetista). Lisäksi asioista puhutaan usein passiivissa häivyttämällä tekstin tuottajan oma osuus tekstin syntymiseen.

Koska kyseessä on esteettistä kirurgiaa markkinoivat internetsivustot, sivustojen sisällön oletetaan ajavan itsestään selvästi sivustojen taustalla olevien palvelutuottajien omia intressejä. Kuitenkin lääketieteen termejä ja puhetapoja mukailevalla puhetavalla voidaan antaa kauneuskirurgiasta varsin luotettava ja objektiivinen kuva. Puhetapa käyttää tulkintani mukaan hyväkseen yhteiskunnan medikalisaatioprosessia; lääketieteellinen puhetapa laajennetaan koskemaan ei-lääketieteellisiä asioita, kuten kauneutta. Näin ollen kauneudesta itsestään tulee lääketieteellinen kategoria, jolla pyritään häivyttämään eroja lääketieteen ja kauneuskirurgian päämäärien välillä.

6.3.1.2. POSITIIVISUUDEN JA ARKALUONTOISUUDEN JÄNNITE: ESTEETTINEN KIRURGIA NORMAALINA JA YKSITYISENÄ ASIANA

Esteettisen kirurgian markkinointikieli esittää esteettisen kirurgian, paitsi neutraaliin asiantuntijuuteen nojaavana tosiasiapuheena, myös legitiiminä ja normaalina asian, jota ei tarvitse hävetä:

Esteettisestä kirurgiasta on kuluneina vuosina tullut Suomessakin jokaiselle sallittu keino huoltaa ja parantaa ulkonäköään iän tuodessa mukanaan muutoksia. Syyllistävän termin 'turhamaisuus' voi huoletta heittää romukoppaan ja nauttia tieteen saavutuksista hyvillä mielin. (Mehiläinen 2010.)

Esteettinen kirurgia esitetään kaikilla analyysini kohteena olevilla verkkosivuilla positiivisesti. Sivustoilla pyritään varautumaan lukijan mielessä herääviin konnotaatioihin esteettisen kirurgian luonteesta, esimerkiksi sen liittämistä turhamaisuuteen, erilaisten retoristen vasta-argumenttien avulla. Esteettisestä kirurgiasta luodaan kuva ulkonäöstään kärsivien ihmisten auttajana, jolloin esteettinen kirurgia ei näyttäytyäkään lukijalle pinnallisena turhakkeena, vaan pikemminkin hyödykkeenä, jonka käyttämistä ei tarvitse enää hävetä.

Myös asiakkaiden määrät esteettisen kirurgian tilastoissa puhuvat sen puolesta, että esteettinen kirurgia ei enää ole yhteiskunnallinen tabu, jota tarvitsisi hävetä. Esimerkiksi virolainen Artia Cosmetic Surgery:n retorisen vakuuttelun kirjoon esteettisen kirurgian legitimitetistä kuuluu tilastoilla ja määrillä vakuuttaminen. Asioiden esittäminen

määrällisessä muodossa voi antaa lukijalle mielikuvan yksiselitteisestä ja ristiriidattomasta tiedosta (Jokinen 1999, 146).

Tilastojen mukaan plastiikkakirurgien puoleen kääntyy vuosittain yhä enemmän ihmisiä (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Edellä olevan väittämän tavoitteena on luoda lukijalle kuva esteettisen kirurgian yleistymisestä ja arkipäiväistymisestä. Kuitenkaan tilastoista mainittaessa ei ole mainittu minkäänlaista viittausta alkuperäiseen tilastoon, josta tiedot ovat peräisin. Kriittinen lukija saattaa lukea lauseen myös niin, että vaikka esteettinen kirurgia on yleistynyt, se on yhteiskunnassamme edelleen varsin marginaalista, sillä esteettisen kirurgian toimenpiteiden määriä ei ole tässä yhteydessä mainittu lainkaan. Lauseen ensimmäinen lukutapa kuitenkin lienee tekstin tuottajan tavoitteiden näkökulmasta 'oikeampi'.

Esteettisen kirurgian representoiminen normaalina ja legitiiminä voidaan tulkita nojaavan Foucault'laiseen ajatukseen normalisaatiosta biovallan välineenä (ks. esim. Foucault 1999, 68 ja 103; Danaher, Schirato & Webb 2000, 60–62). Esteettisen kirurgian palvelutuottajat pyrkivät internetsivuillaan konstruoimaan retoristen puhetapojen avulla esteettisestä kirurgiasta normaalia ja arkipäiväistä. Mitä useampi nainen korjauttaa rintansa plastiikkakirurgialla, sitä normaalimmalta nämä ideaaliset, kirurgian keinoin rakennetut rinnat, jotka eivät ole 'liian pienet' tai 'liian isot ja roikkuvat', näyttävät. Kuten Tuominen, Myllykangas ja Ryyänen (1999, 70) toteavatkin, normalisaatiokehitys ja yhteiskunnan medikalisoituminen on mennyt jo niin pitkälle, että merkittävä osa yhdysvaltalaisista naisista 'sairastaa' joko pieni- tai isorintaisuutta.

Vaikka aineistossani ei eksplisiittisesti mainittu esimerkiksi pienirintaisuutta sairaudeksi, oli tämä aineistossa käytettäviä retorisia keinoja lukemalla tulkittavissa sairauteen rinnastettavissa olevaksi asiaksi, joka tulee korjata. Esimerkiksi Nordströmin sairaalan (2010) sivuilla todetaan, että "[p]ienirintaisuutta korjataan rintaimplantilla". Sitä, vaatiiko pienirintaisuus ylipäänsä 'korjaamista' ei sivustolla kyseenalaisteta. Mielenkiintoinen piirre aineistossani kokonaisuudessaan on myös esteettisen kirurgian representoiminen sivustoilla yksityisluontoiseksi ja arkaluonteiseksi asiaksi.

Näin yksityisluontoisissa kysymyksissä ihmiset eivät yleensä halua jakaa kokemuksiaan (Artia Cosmetic Surgery 2010).

- Oletpa sinä laihtunut, hämmästelivät työkaverit. En ollut kertonut heille leikkauksesta, Kirsti tyytyväisenä kertoo (Mehiläinen 2010).

Esteettisen kirurgian konstruointi arkaluontoiseksi on kuitenkin näkemykseni mukaan osittain ristiriidassa edellä esitetyn väitteen kanssa, jossa esteettisestä kirurgiasta luodaan kuvaa ”jokaiselle sallittuna keinona huoltaa ulkonäköään” (Mehiläinen 2010). Esteettistä kirurgiaa luonnehtiinkin tekstien perusteella vahva kaksijakoisuus. Toisaalta leikkausten määrät kasvavat ja kirurgia tunnustetaan legitimiinä keinona päästä eroon epämiellyttävästä kohdasta ruumiissa ja saavuttaa näin haluttu ulkonäkö, toisaalta esteettistä kirurgiaa pidetään edelleen varsin henkilökohtaisena ja arkaluontoisena asiana, josta ei haluta kertoa tutuille eikä jakaa kokemuksiaan muille. Esteettinen kirurgia yhdistyy arkaluonteisuus -retoriikassa vahvasti sairastamiseen yleensä. Esimerkiksi syöpä on sairaus, joka on yhteiskunnallisesti konstruoitu ’normaaliksi ja yleiseksi’ sairaudeksi. Tästä huolimatta syöpä, kuten mikä tahansa muu vakava sairaus, konstruoidaan samalla arkaluontoiseksi ja henkilökohtaiseksi asiaksi, josta ei muille tarvitse tai haluta kertoa. Tässä mielessä esteettisen kirurgian ongelmat yhdistyvät sairastamisen stigmaan yleensä: kenelle vaivasta voi kertoa, jotta ei tule leimatuksi vain kyseisen vaivan perusteella?

Tällainen markkinointiretoriikka toimii kulttuurisen kontekstin ja yksilöön vetoamisen välimaastossa: vaikka esteettinen kirurgia olisi kuinka hyväksyttävää ja normaali tapa kohentaa ulkonäköään nyky-yhteiskunnassa, kenenkään ei ole pakko tulla luokitelluksi muiden silmissä kauneuskirurgian asiakkaaksi ilman omaa tahtoaan. Arkaluonteisuuteen vetoavalla retoriikalla esteettisen kirurgian palvelutuottajat varmistavat sen, että myös ne lukijat, jotka pelkäävät tulla leimatuiksi esteettisen kirurgian myötä turhamaisiksi ja pinnallisiksi, eivät tästä pelosta huolimatta jättäisi tulematta lääkärin konsultaatioon.

6.3.1.3. *USKO UNIVERSAALIIN KAUNEUTEEN*

”Plastiikkakirurgian työn kohteena on ihmisvartalo, jota muokataan kauneuden ja tasapainon sääntöjen mukaisesti” (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Usko vallitseviin kauneusihanteisiin oli kaikissa aineistoni teksteissä vahvasti läsnä. Usein kauneusdiskurssi näyttäytyi aineistossa esteettisen kirurgian toimijoista riippumattomana, objektiivisena ja universaalina ilmiökenttänä, jolla on omat sääntönsä ja ilmenemismuotonsa. Tällainen objektiivinen ja klassinen kauneus määriteltiin muun

muassa luonnolliseksi, pehmeäksi, tasapainoiseksi (Artia Cosmetic Surgery 2010), normaaliksi ja yksilöllisesti sopivaksi (Mehiläinen 2010) kuin luonnollisen näköiseksikin (Cristinas Clinic 2010). Kauneus määriteltiin aineistossani siis pitkälti joksikin sellaiseksi, joka on ihmisistä riippumatta olemassa, mutta joka jokaisella ihmisellä tulee erilailla esiin. Toisaalta ideaali kauneus on yksilöllisyydestä huolimatta määriteltävissä tiettyjä ominaisuuksia mittaamalla, kuten seuraava kasvonpiirteiden symmetriaa korostava esimerkki havainnollistaa:

Kauniilla ihmisellä tulee olla kasvoissaan valoheijasteet esimerkiksi molemmissa poskipäissä, kaksi tai kolme ylähuulessa, yksi tai kaksi alahuulessa ja kaksi heijastetta nenän kärjessä (Nordström Hospital 2010).

Esteettisen kirurgian toimenpiteitä ja niiden tarpeellisuutta kuvailtiin vahvasti nuoruuden ihannoimisen kautta. Nuoruuden ihannointi vallitsevana kauneusihanteena tuotiin teksteissä esille kuitenkin varsin epäsuorasti. Puhuttiin ”ulkoisista ikääntymisen merkeistä, joita halutaan muuttaa” (Artia Cosmetic Surgery), ”ihon ikämuutosten korjausleikkauksista” (Mehiläinen 2010), ”veltoista rinnoista, jotka voidaan siirtää entisille paikoilleen” (Nordström Hospital 2010) tai ”veltostuneiden rintojen kiristyksestä” (Cristinas Clinic 2010) sekä ”ikämuutoksiin liittyvistä ulkonäköhaitoista ja niiden korjaamisesta” (Siluetti 2010, Pulssi 2010). Tällaisen nuoruutta ihannoivan puhutavan avulla palvelutuottajat vahvistavat retorista viestiään esteettisen kirurgian tarpeellisuudesta.

Tekstit olettavat lukijan jakavan saman mielikuvan ideaalista kauneusihanteesta kuin ympäröivä yhteiskuntakin. Ne myös saattavat toimia ’auktoriteettina’ lukijalle, sillä lääkäreillä palvelutuottajien tekstien takana voidaan ajatella olevan asiantuntijuutta, jota maallikoilla ei asiassa ole. Ihmisen ikääntyminen sellaisenaan riittää perusteeksi esteettiseen kirurgiseen toimenpiteeseen hakeutumiselle. Yhdessäkään aineistoni tekstissä ei argumentoida syitä sille, miksi ikääntymismuutokset ylipäänsä vaativat toimenpiteitä. Ajatus fyysisestä ikääntymisestä negatiivisena asiana oletetaan aineistossa niin itsestään selväksi, ettei sitä tarvitse lukijalle erikseen perustella. Kyseessä on siis perelmanilaisittain (ks. esim. Karvonen 1999, 75) eräänlainen yhteiskunnallinen esisopimus, premissi. Esteettisen kirurgian markkinointiretoriikka olettaa, että lukija jakaa tekstien tuottajien kanssa nämä samat lähtökohdat tai ainakin tunnistaa ne yhteiskunnan vallitsevaksi ajattelutavaksi. Sivustoilla mielletään itsestään selvästi ikääntyminen relevantiksi syyksi hakeutua esteettisen kirurgian pariin.

Länsimaisessa kulttuurissa rintojen ulkomuoto liittyy naisellisuuteen ja sillä on huomattava psykososiaalinen ja seksuaalinen merkitys (Cristinas Clinic 2010).

[Huulten esteettinen kirurgia] [...] on noussut esille samalla kun on ruvettu korostamaan huulten merkitystä sensuellina ja seksistisenä osana länsimaista kulttuuria (Nordström Hospital 2010).

Merkittävää oli myös se, että sivustojen retoriikassa painotettiin vahvasti yksilön mukautumista yhteiskuntaan, eikä päinvastoin. Edellä olevien sitaattien kaltaiset lauseet toistuvat aineistoni jokaisessa sivustossa. Tällaista vallitsevaa yhteiskunnallista kauneusideaalia tai sen merkitystä ihmisten arjessa ei yhdessäkään aineistoni kohdassa kyseenalaistettu. Pikemminkin länsimaisen kulttuurin luoma kauneusihanne konstruointiin teksteissä faktuaalisena tosiasiana, johon yksilön tulee mukautua. Sivustoilla unohdetaan kuitenkin mainita, että ilman kauneuskirurgiaa ihmisten ei olisi mahdollista saada täydellisiä huulia ja täydellisiä rintoja, jolloin niiden merkitys yhteiskunnassakin olisi varmasti vähäisempi. Mitä useampi nainen laittaa täytettä huuliinsa, sitä varmemmin täyteläisistä huulista tulee normaali standardi, joka puolestaan luo lisää paineita muille täyteläisistä huulista. Esteettinen kirurgia tarjoaa nopean vastauksen siihen, kuinka pitää ruumis kulttuurisesti hyväksyttävänä (Kubisz 2003, 100).

Silmiinpistävä piirre aineistossani oli myös runsas metaforien käyttö, kun puhuttiin ideaalista kauneudesta. Ihmisvartaloa kuvailtiin teksteissä milloin ”hienoimmaksi taideteokseksi”, ”kulttuurirakennukseksi” (Mehiläinen 2010) tai ”soittimeksi, joka kaipaa virittämistä” (Artia Cosmetic Surgery 2010). Esteettistä kirurgiaa puolestaan kutsuttiin ”kuvanveistoksi” (Nordström Hospital 2010) sekä ”potilaan kuuntelemisen ja ymmärtämiseen taiteeksi” (Artia Cosmetic Surgery 2010). Jokisen (2002, 149) mukaan metaforien voiman perustuvan siihen, että niiden avulla on helppo luoda tehokas konnotaatio jostakin ilmiökentästä ilman monipolveilevaa argumentaatiota.

Ihmisruumiin ymmärtäminen taideteokseksi tai kulttuurirakennukseksi perustelee esteettisen kirurgian tarpeellisuutta yhteiskunnassamme. Eihän arvokasta rakennusta tai taideteosta jätetä rapistumaan, vaan niitä restauroidaan hienovaraisesti, jotta niiden arvo sekä arvostus eivät kärsisi. Ihmisruumis toimii näiden metaforien mukaan samalla tavalla: olisi sääli jättää kaunis vartalo ajan kulumisen armoille, jolloin rapistuisi, eikä olisi enää yhtä arvokas. Tällaiset metaforat vahvistavat tulkintani mukaan myös vallitsevia kauneusihanteita, joissa nuorekas – rypyttömäksi ja kiinteäksi restauroitu – vartalo on kaunis, kun taas jo rapistumaan päässeellä vartalolla ei enää ole arvoa.

6.3.1.4. *RISKIEN KONSTRUOIMINEN JA MAHDOLLISTEN KOMPLIKAATIOIDEN LUONNE*

Esteettiseen kirurgiaan liittyy aina komplikaatioiden mahdollisuus. Riski saada toimenpiteestä jonkinasteinen komplikaatio on kuitenkin kaikkien aineistoni sivustojen mukaan pieni, mutta se on kuitenkin olemassa. Sivustoilla mainittavat riskit ovat jaettavissa terveydellisiin ja esteettisiin riskeihin. Terveydellinen riski on jaotteluni mukaan kyseessä silloin, kun puhutaan leikkauksessa aiheutuvista fyysisistä komplikaatioista kuten esimerkiksi kuolioista rasvaimun yhteydessä, rintaimplanttien kapseloitumisista tai vaikkapa alaluomien irti repeytymisistä silmämunasta alaluomileikkauksessa. Esteettisiä riskejä, joihin ei liity suoranaista toiminnallista haittaa, ovat puolestaan lopputuloksen epätasaisuus esimerkiksi rasvaimun yhteydessä tai muuten epätäydellinen lopputulos asetettuun tavoitteeseen nähden.

Puhe riskeistä erotteli aineistoni sairaaloita hyvin paljon toisistaan. Sairaala Pulssin (2010) sivuilla lähes sivuutettiin puhe riskeistä ja niiden mahdollisuudesta. Sivustolta löytyi ainoastaan kaksi mainintaa riskeistä, joista toinen oli epäsuorasti luettavissa rivien välistä. Ensimmäinen riski koski väitettä, että rintaimplantit aiheuttaisivat rintasyöpää tai lisääisivät itsemurhariskiä. Nämä väitteet sairaala Pulssi oikaisi vääriksi ja perättömiksi, omaa oikaisuaan kuitenkin sen enempää perustelematta. Epäsuorasti esteettisistä riskeistä puhuttiin leikkausten lopputulosten yhteydessä. Jotta leikkaus olisi mahdollisimman onnistunut, tulee potilaan yhdessä leikkaavan lääkärin kanssa valita juuri kyseiselle potilaalle sopiva toimenpide. Leikkaavan lääkärin ja potilaan keskinäinen vuorovaikutus konstruointiin avaintekijäksi esteettisten riskien välttämiseksi.

Myös sairaala Mehiläisen (2010) riskiretoriikka oli vähäistä. Lääketieteellisistä riskeistä puhuttaessa riskit mainittiin yleisellä tasolla: vielä tässä vaiheessa ei ole tarve antaa laajempaa informaatiota internetsivujen lukijoille: ”Vastaanotolla käydään [...]läpi leikkauksen kulku, siitä toipuminen ja mahdolliset riskit”. Lääketieteellisistä riskeistä mainittiin ainoastaan rintaimplanttien kapseloitumisvaara, joka tosin sekin oli sairaalan mukaan nykyproteeseilla ”[...]juurikaan esiinny”. Esteettisistä riskeistä mainittiin tatuoinnin poistoista aiheutuvat arvet, mutta muuten esteettisetkin riskit lukija sai lukea sivuilta epäsuorasti. Lopputuloksen onnistumiseen vaikuttivat sairaala Mehiläisen mukaan ”realistisesti parannettavissa oleva tilanne”, ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta sekä leikkauksen mahdollisuuksista yhdessä potilaan kanssa saavutettu yhteisymmärrys ehkäisevät esteettisesti epätydyttävien lopputulosten syntymistä. Sen

sijaan sairaala huomautti leikkausmenetelmistä, että: ”[mikään] menetelmä sinänsä ei kuitenkaan takaa onnistunutta leikkausta”.

Sairaala Siluetin (2010) sivuilla riskien mahdollisuus huomioitiin edellisiä sairaaloita laajemmin. Sairaala Siluetti oli sivujensa mukaan hyvin perillä mahdollisista komplikaatioista ja niiden syntymiseen on myös varauduttu ennalta. Siluetissa toimiikin esimerkiksi rintojen hoitoon perehtynyt työryhmä, jonka tehtävänä on hoitaa kaikkia rintoihin liittyviä ongelmatilanteita. Työryhmällä on toimintaansa varten käytössään alan uusimmat tekniset laitteet. Lisäksi sairaala Siluetti käyttää rintojen suurennusten yhteydessä ”[...]vain tutkittuja ja turvalliseksi koettuja implantteja”. Muunlaisia lääketieteellisiä tai esteettisiä riskejä ei sairaala Siluettikaan yksilöinyt sen enempää. Riskiretoriikka pohjautui pitkälti, ei niinkään riskeistä puhumiseen, vaan pikemminkin luottamuksen synnyttämiseen lukijassa. Retoriikassa korostettiin sairaala Siluetin vankkaa kokemusta, ammattitaitoa, kykyä sanoa potilaalle tarvittaessa myös ei, lääkärin osallistumista lukuisiin koulutuksiin sekä uudenaikaisia leikkaussaleja ja käytössä olevien laitteistojen erinomaisuutta. Lisäksi sairaala Siluetti on saanut AAAASF²⁵ -laatuluokituksen Yhdysvalloista, jolla voidaan Siluetin mukaan ”[...]helpottaa hoitoon hakeutuvia luotettavan hoidon saamisessa”.

Taas täysin erilainen lähestymistapa riskeihin oli Nordströmin sairaalalla (2010). Nordströmin sairaalan sivuilla puhuttiin niin lääketieteellisistä riskeistä kuin esteettisistäkin riskeistä, useassa kohtaa niitä hyvin yksityiskohtaisesti esitellen ja avaten. Nordströmin sairaala ei kuitenkaan liittänyt tätä riskipuhetta omaan toimintaansa, vaan käyttää riskipuhetta strategisena keinona kilpailijoidensa palvelujen kyseenalaistamiseen.

Taitava plastiikkakirurgi voi tehdä paljon hyvää, mutta taitamattoman käsissä voi tapahtua mitä tahansa (Nordström Hospital 2010).

Muistathan, että esteettinen kirurgia on vaikeaa ja siihen liittyy komplikaatioiden riskejä. Siksi hoitopaikan valinnassa kannattaa kiinnittää erityistä huomiota leikkaavan lääkärin ja hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja kokemukseen sekä hoitopaikan laatuun (Nordström Hospital 2010).

Puhe esteettisen kirurgia riskeistä ei sivuilla koskettanut liiemmin Nordströmin sairaalan omaa toimintaa. Sen sijaan sivuilla mainittiin, että sairaalassa korjataan paljon muissa sairaaloissa tehtyjä esteettisiä operaatioita. Lisäksi uudet menetelmät (joita

²⁵ American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (Siluetti 2010).

leikkaava lääkäri Nordström on itsekin ollut kehittämässä), huipputekniikka ja entistä turvallisemmat materiaalit ovat pienentäneet leikkausten riskejä entisestään. Yhdistettynä nämä seikat sairaalan oman leikkaavan lääkärin kokemukseen ja ammattitaitoon, lukijalle luotiin vaikutelma lähes riskittömästä toimenpiteestä – kunhan leikkaus vain suoritetaan Nordströmin omassa sairaalassa.

Huomionarvoista on se, että aineistoni virolaisten sairaaloiden kohdalla mahdollisista riskeistä puhuttiin kaikkein eniten. Sekä Artia Cosmetic Surgeryn (2010) että Cristinas Clinicin (2010) verkkosivuilla mainittiin lukuisia sekä terveydellisiä että esteettisiä riskejä, joita leikkauksesta voi aiheutua. Leikkauksista voi aiheutua muun muassa tulehduksia, hematoomaa eli verenkertymiä, arpikudosten muodostumista, leikkausalueen tunnon häiriöitä (Cristinas Clinic 2010) sekä epämiellyttäviä sivuvaikutuksia, arvaamattomia reaktioita lääkeaineisiin, tulehdusvaaraa, pitkittynyttä toipumista sekä korjausleikkausten tarvetta (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Täysin riskitöntä leikkausta ei ole olemassa. [...] Jokaisessa leikkauksessa verenvuodon, tulehduksen ja arpikudoksen muodostuminen sekä nukutusten aikaisten ongelmien mahdollisuus on silti aina. (Cristinas Clinic 2010.)

Lisäksi Artia Cosmetic Surgery (2010) eksplikoi erikseen mahdolliset kosmeettiset ja lääketieteelliset riskit. Esteettisen riskin saattoi aiheuttaa sairaalan mukaan joko toimenpiteen suoritustason jääminen alle sataan prosenttiin tai potilaan omat epärealistiset odotukset. Olennaista tällaisten esteettisten riskien välttämiseksi on hyvä vuorovaikutus ammattitaitoisen ja toimiluvalla toimivan lääkärin kanssa sekä hyvin varustettu klinikka. Potilaan on myös syytä riskien välttämiseksi noudattaa huolella lääkärin antamia ohjeita.

Cristinas Clinic (2010) toisti sivuillaan esteettisistä leikkauksista mahdollisesti aiheutuvat riskit jokaisen leikkausesittelyn kohdalla aina uudelleen. Lisäksi sivuilla mainittiin, että Cristinas Clinic käyttää rintojen suurennusleikkausten yhteydessä vain karheapintaisia proteeseja, jotka eivät kapseloidu helposti, eivätkä ne myöskään aiheuta allergioita tai syöpää. Väite perustettiin kolmeen tieteelliseen tutkimukseen vuosilta 1993 ja 1994. Syöpäväite osoitettiin vielä toisessakin kohtaa perättömäksi. Tässä yhteydessä viitattiin suomalaiseseen tutkimukseen, joka on julkaistu vuonna 1998 Duodecim -lehdessä. Lisäksi lukijalla oli mahdollisuus klikata itsensä verkossa proteesin valmistajan omille (tosin ranskankielisille) internetsivuille hakiessaan aiheesta

lisätietoa. Myös silikoniproteesien hylkimisriskin pienuutta korostettiin. Tutkimusten mukaan, joita tosin ei nimetty, rintaproteesien kohdalla hylkimisriski on vain 0,002 prosentin luokkaa. Retorisena keinona riskien osoittamisessa harvinaiseksi käytettiin näin ollen niin asiantuntijalausunnolla vakuuttamista (tutkimustulokset) että numeraalista kvantifiointia: 0,002 prosentin riski on yleisen tiedon mukaisesti lähes olematon riski.

Kaiken kaikkiaan riskeistä puhuminen käännettiin kaikkien aineistoni markkinointitekstien kohdalla pikemminkin puheeksi sairaalan luotettavuudesta, laadusta ja ammattitaidosta. Riskejä ei juurikaan yksilöity, paitsi virolaisten sairaaloiden kohdalla. Lisäksi kukaan palvelutuottajista ei maininnut internetsivuillaan esimerkiksi kuoleman riskiä, joka sekin on mahdollinen aina kun puhutaan lääketieteellisistä interventioista ihmisruumiiseen. Mahdollisten syntyvien komplikaatioiden pysyvyydestä ja korjaamattomuudesta mainittiin ainoastaan Nordströmin sairaalan kohdalla. Muilla sivuilla mahdolliset komplikaatiot konstruointiin, vähintäänkin implisiittisesti, yleensä korjattaviksi uusintaleikkauksella.

6.3.2. ESTEETTINEN KIRURGIA LÄÄKETIETEEN KENTÄLLÄ: LÄÄKETIEDETTÄ VAI KAUNEUDENHOITOA?

6.3.2.1. KAUNEUDENHOITODISKURSSIN JA LÄÄKETIETEELLISEN DISKURSSIN VÄLINEN JÄNNITTEINEN KENTTÄ

Kun edellisissä luvuissa pyrin vastaamaan, kuinka esteettistä kirurgiaa representoidaan aineistossani, seuraavien alalukujen tavoitteena on puolestaan vastata siihen, kuinka esteettisen kirurgian palvelutuottajat näkevät itsensä suhteessa muun lääketieteen kenttään sekä suhteessa kauneudenhoitoon.

Varsin omalaatuisen leimansa esteettiselle kirurgialle toimialana loi kauneudenhoitodiskurssin ja lääketieteellisen diskurssin samanaikainen – ja myös varsin jännitteinen – läsnäolo palvelutuottajien internetsivuilla. Yhtäältä palvelutuottajien puheessa näkyi esteettisen kirurgian kauneudenhoidollinen puoli, toisaalta taas erittäin vahva lääketieteellinen puoli. Kauneudenhoidollisissa diskurssissa korostettiin estetiikkaa niin toimenpiteen tavoitetta kuin lopputulostakin määräävänä tekijänä. Hyvään lopputulokseen tarvitaan, paitsi menetelmien teknistä osaamista, myös hyvää esteettistä silmää ja taiteen ymmärtämistä. Lääketieteellinen diskurssi puolestaan

esiintyi pitkälti vakuuttamassa internetsivustojen lukijoita esteettisen kirurgian objektiivisuudesta, arvoneutraalisuudesta sekä hyväksyttävyydestä.

Terveysten ja kauneuden samanaikaisesti läsnäoleva jännitteinen kenttä läpäisi aineistoni kaikki tekstit alusta loppuun. Lääketieteellinen diskurssi toimi teksteissä toimivana ja vakuuttavana lähtökohtana, jonka ajateltiin tarjoavan lukijalle yhteiskunnallisesti hyväksyttävän pohjan esteettisen kirurgian olemassaololle. Esteettinen kirurgia sai sivustoilla lisää vakuuttavuutta ja hyväksyttävyyttä, kun siihen yhdistettiin biolääketieteellinen diskurssi.

Kauneudenhoidollinen diskurssi puolestaan legitimoitsee esteettisen kirurgian omalaatuisuutta suhteessa muuhun kirurgiaan; kauneudenhoidollisen diskurssin avulla pystyttiin esteettiselle kirurgialle tuottamaan sellaista professionaalista lisäarvoa, jota mikään muu kirurgian tai lääketieteen ala ei kykene tarjoamaan. Teknisen lääketieteellisen toimenpiteen houkuttelevuuden kannalta toimenpiteestä puhuttaessa näyttää edulliselta tuoda esille myös kauneudenhoidollisia arvoja. Kauneudenhoidollisen diskurssin ja lääketieteellisen diskurssin yhdistäminen puheessa vaikuttavat näin ollen tukevan toinen toisistaan (ks. myös Lumme- Sandt & Aarva 2003).

6.3.2.2. *ESTEETTISEN KIRURGIAN SUHDE REKONSTRUKTIIVISEEN KIRURGIAAN*

Esteettinen plastiikkakirurgia sinällään määritellään jokaisella sivustolla hieman eri tavalla. Yhteisenä tunnuspiirteenä kaikissa näissä määrittelyissä on kuitenkin esteettisen kirurgian määrittely plastiikkakirurgian alalajiksi yhdessä rekonstrukttiivisen kirurgian kanssa sekä esteettisen kirurgian liittäminen ennen kaikkea ulkonäöllisiin ongelmiin. Ainoastaan Cristinas Clinic -sairaalan (2010) sekä sairaala Siluetin (2010) internetsivuilla ei esteettisen kirurgian (tai laajemmin plastiikkakirurgian) määritelmää ole esitelty lainkaan.

Kolmella sivustolla mainittiin, että esteettistä kirurgiaa ei täysin voida erottaa rekonstrukttiivisesta kirurgiasta, sillä myös korjaavassa leikkauksessa pyritään aina mahdollisimman esteettiseen lopputulokseen (Cristinas Clinic 2010, Nordström Hospital 2010; sairaala Pulssi 2010). Korostamalla korjaavan ja esteettisen kirurgian yhteisiä piirteitä ja häivyttämällä eroja, on mahdollisuus luokitella molemmat erikoisalajat yhteisen plastiikkakirurgia -kategorian alaisuuteen, jolloin esteettiselle

kirurgialle ominaiset piirteet, kuten esimerkiksi se, että toimenpiteiden kohteena ovat terveet ihmiset, hämärtyvät.

Se, että korjaavan ja esteettisen kirurgian eroja ei pyritty aineistossani liiemmin eksplikoimaan, kertonee esteettiseen kirurgiaan liitetyistä, edelleen vahvoista negatiivisista konnotaatioista, kuten esimerkiksi turhamaisuudesta ja pinnallisuudesta. Rinta rinnan puhuttiin sekä varsinaisesta esteettisestä kirurgiasta että korjaavista leikkauksista. Retoriikka, jolla esteettinen kirurgia liitetään osaksi laajaa plastiikkakirurgista kenttää, saattaa lisätä esteettisen kirurgian hyväksyttävyyttä suuren yleisön keskuudessa; kukapa ei hyväksyisi palovammapotilaiden ihonsiirtoja tai rintasyöpäpotilaan rintarekonstruktiota? Vaikka esimerkiksi sairaala Siluetti (2010) mainostaa itseään juuri esteettiseen kirurgiaan erikoistuneena sairaalana, sivustolla tuodaan esille myös erilaisten rekonstruktivisten operaatioiden toteuttamisen mahdollisuus.

Merkittävä ero niin sanotun rekonstruktivisen (korjaavan) plastiikkakirurgian ja esteettisen kirurgian välillä on se, ettei yhteiskunta korvaa kauneusleikkauksia, vaan potilas maksaa itse kaikki kustannukset. (Nordström Hospital 2010.)

Merkittävimmäksi eroksi esteettisen kirurgian ja korjaavan kirurgian välillä konstruoitiinkin puhdas maksupolitiikkakysymys. Samaan ajatukseen päätyivät myös sairaala Pulssi (2010) sekä Mehiläinen (2010) omilla sivuillaan. Leikkaus on esteettistä silloin, kun potilas maksaa itse leikkauksesta aiheutuvat kustannukset ja korjaavaa silloin, kun toimenpiteestä on mahdollista saada KELA -korvauksia. Raja esteettiseen ja korjaavaan kirurgiaan konstruoitiin sivustoilla näin ollen erilaisin retorisin keinoin vain taloushallinnolliseksi.

6.3.2.3. ESTEETTINEN KIRURGIA LÄÄKETIETEEN ERIKOISALANA JA TOIMIJOIDEN VÄLISEN HIERARKIAN EKSPLIKOITUMINEN ARGUMENTAATIOSSA

”Kauneuskirurgia on kaikkialla maailmassa lääketieteen erikoistumisala[...]” (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Esteettinen kirurgia representoitiin kaikilla aineistoni sivustoilla osaksi lääketieteen kokonaiskenttää. Jo se, että esteettiseen kirurgian käsitteeseen liittyy toisena osana sana kirurgia, on omiaan lisäämään vaikutelmaa lääketieteen erikoisalasta. Lisäksi sivustoja lukiessa selviää, että esteettisiä leikkauksia suorittaa kirurgiaan erikoistunut lääkäri, toimenpidepaikkana on sairaala, toimenpiteet tehdään lääketieteellisin välinein ja

tekniikoin, jonka lisäksi operoitava kohde ihmisruumis, kuten modernissa länsimaisessa lääketieteessä. Internetsivuja lukiessa on näin ollen hyvin vaikea välttää liittämästä esteettistä kirurgiaa osaksi lääketiedettä.

Lääketieteellistä diskurssia tuettiin palvelutuottajien verkkosivuilla erilaisin retorisin keinoin: puhuttiin erilaisista lääketieteellisistä tekniikoista, käytettiin alan sanastoa, puhuttiin lääkäreistä, sairaaloista ja potilaasta. Lääketieteellisen diskurssin sisällä käytetyn puhutavan tarkoituksena on luoda tekstin lukijalle kuva esteettisestä kirurgiasta objektiivisena ja neutraalina lääketieteen erikoisalana, kuten jo asiaa sivusin alaluvussa 1.3.1.1.

Esteettinen kirurgia ei kuitenkaan ole itsestään selvästi osa legitiimiä biolääketiedettä, sillä kauneuskirurgiaa voidaan pitää perinteisen biomedikaalisen lääketieteellisen terveyskäsityksen mukaan täysin turhana interventiona terveeseen ihmisruumiiseen. Myös esteettisen kirurgian toimijat ovat huomioineet tämän seikan verkkosivuillaan; he pyrkivät varautumaan jo ennalta lukijan mielessä herääviin ajatuksiin eli toimijat varautuvat ennakkoon oletettuihin vasta-argumentteihin. Tällaisella retorisella keinolla pyritään suojaamaan omaa argumentointia potentiaaliselta vastaväitteeltä, jolloin toiselta osapuolelta viedään mahdollisuus käyttää tätä mieleen juolahtanutta vasta-argumenttia (Jokinen 1999, 155). Vasta-argumentteihin varautuminen näkyi muun muassa siinä, kuinka esteettisestä kirurgiasta luotiin kuvaa legitiiminä lääketieteen erikoisalana. Esimerkiksi Nordströmin sairaala (2010) varautui sivujen lukijan potentiaalisesti mielessä herääviin ajatuksiin esteettisen kirurgian tarpeettomuudesta seuraavasti:

Tulin [leikkaava lääkäri Rolf Nordström] jo varhain vakuuttuneeksi siitä, että ei pelkästään riitä että saa jonkun säilymään hengissä tai että korjaa jonkin toiminnallisen haitan. Ollakseen onnellinen on potilaalla oltava myös riittävää laatua elämässään. (Nordström Hospital 2010.)

Esteettisen kirurgian tarvetta ja legitiimiä paikkaa lääketieteen kentällä voitiin perustella asiakkaan elämänlaadun ja kokonaishyvinvoinnin kannalta.

Lääketieteen toimijoina aineistoni palvelutuottajat erosivat toisistaan hyvin paljon siinä, kuinka biolääketieteellistä legitimizeettiä koettiin tarpeen perustella internetsivujen lukijoille. Aineistoni palvelutuottajat jakaantuivat tämän suhteen selkeästi kolmeen erilaiseen kategoriaan. Suomalaiset lääkäriasemat, sairaala Pulssi ja Mehiläinen, joissa tehtiin paljon muitakin lääketieteellisiä toimenpiteitä kuin vain esteettistä kirurgiaa,

eivät kokeneet tarpeelliseksi vakuuttaa verkkosivujensa lukijaa sen enempää toimintansa tarpeellisuudesta kuin lääketieteellisestä legitimitetistäkään. Verkkosivuilla selvästi luotettiin kyseisten sairaaloiden kohdalla hyvään maineeseen, jonka vuoksi toiminnan perustelemisen tarvetta ei ollut.

Suomessa toimivat esteettiseen kirurgiaan erikoistuneet sairaalat, Nordströmin sairaala ja sairaala Siluetti sen sijaan argumentoivat sivuillaan oman toimintansa hyväksyttävyyttä sekä asemaa lääketieteen kentällä. Nordströmin sairaalan (2010) kohdalla tuotiin lukijalle selvästi esille, että sairaalan leikkaava lääkäri Rolf Nordström on Suomen *ainoa* professoritason plastiikkakirurgi, joka tekee esteettistä kirurgiaa. Lisäksi hän on sivujen mukaan

[...]myös Suomen *ainoa* plastiikkakirurgi, jolla on erittäin laaja kansainvälinen opetuskokemus sekä *poikkeuksellisen laaja* leikkauskokemus esteettisestä kirurgiasta (korostus S.M.).

Sivuilla tuotiin alinomaan esille Nordströmin sairaalan lääketieteellinen paremmuus suhteessa muihin alan toimijoihin. Tätä argumentointia vahvistettiin myös lukuisilla ääri-ilmaisuuilla, kuten edellä olevan esimerkin sisältämällä korostetuilla sanoilla: ”ainoa”, ”erittäin laaja” ja ”poikkeuksellisen laaja”.

Myös Sairaala Siluetin (2010) verkkosivustolla argumentoitiin vahvasti oman toiminnan biolääketieteellisen hyväksyttävyyden puolesta. Sairaala Siluetti tarjoaa ”huippuluokan palveluja [...]lähes 40 vuoden kokemuksella”, jonka lisäksi sivuilla esitellään hyvin yksityiskohtaisesti leikkauksissa käytettävää laitteistoa sekä sairaalan tiloja. Sivuilla esitellään myös sairaalan saama laatusertifikaatti esteettisistä palveluista.

Aineistoni virolaiset esimerkkitoimijat sen sijaan kuvasivat ja perustelivat toimintaansa kaikkein yksityiskohtaisimmin ja perusteellisimmin. Artia Cosmetic Surgery (2010) mainosti heillä olevaa Viron terveystieteiden myöntämää kosmeettisten ja plastiikkakirurgisten palveluiden tarjoamisen edellyttämää toimilupaa (numero L01383) peräti kahteen kertaan. Lisäksi sivuilla mainittiin erikseen myös leikkaavien lääkäreiden toimiluvat sekä myös sairaalan tilojen, laitteiden, tietoliikenneyhteyksien sekä sisustuksen vastaavan eurooppalaisia standardeja. Luottamusta lisäävänä tekijänä mainittiin myös Viron kuuluminen Euroopan Unioniin, sillä ”[...]Suomen ja Viron terveydenhoitojärjestelmät tunnustavat [Euroopan Unioniin liittymisen myötä] toisensa ja tekevät myös yhteistyötä”.

Myös Cristinas Clinic luotti markkinointiargumentaatioissaan Euroopan Unioniin liitettyihin positiivisiin konnotaatioihin laadusta: ”Puitteet edustavat EU:n huipputasoa ja seuraamme tiiviisti alalla tapahtuvaa jatkuvaa kehitystä.” Lisäksi suomalaisten asiakkaiden vakuutettiin viihtyvän hyvin sairaalassa: ”Klinikkamme täyttää vähintäänkin suomalaisen asiakkaan odotukset”, sairaalan verkkosivuilla mainostettiin. Kyseisellä lauseella pyrittiin todennäköisesti luomaan kuvaa vaativasta suomalaisesta asiakkaasta, joka haluaa toimenpiteiltä korkeaa laatua eikä tyydy vähään.

Artia Cosmetic Surgery myös argumentoi implisiittisesti sivuillaan omaa paremmuuttaan suhteessa muihin virolaisiin esteettisen kirurgian palvelutuottajiin. Artia Cosmetic Surgery (2010) mainosti sivuillaan heidän olevan suoraan yhteydessä suomalaisiin asiakkaisiin ilman välikäsiä, eikä sairaala myöskään toimi heidän mukaansa ”[...]yhdenkään myyntiorganisaation alihankkijana”. Näin Artia Cosmetic Surgery luo taitavasti omalla markkinointiretoriikallaan paremmuutta suhteessa muihin alalla toimiviin vastaavanlaisiin kilpailijoihinsa. Muut saattavat toteuttaa palveluitaan useiden välikäsien kautta, jolloin yhteistyö esimerkiksi potilaan ja klinikan välillä saattaisi olla hankalampaa, kun suoraa keskusteluyhteyttä ei ole olemassa.

Tulkitsen nämä argumentaatioissa ja etenkin niiden yksityiskohtaisuudessa olevien erojen johtuvan kyseisten sairaaloiden erilaisesta maineesta kuluttajien keskuudessa. Julkisessa keskustelussa on useaan otteeseen, etenkin aikaisempina vuosina, puhuttu Virossa tehtävien leikkausten huonosta laadusta ja sattuneista komplikaatioista (ks. esim. YLE 2004). Voidaan sanoa, että juuri tästä syystä virolaisten toimijoiden on argumentoitava oman toimintansa luotettavuutta aivan eri lähtökohdista kuin suomalaisten kollegoidensa. Toisaalta taas ainoastaan esteettisiä leikkauksia tekevät suomalaiset toimijat joutuvat perustelemaan toimintaansa muita esteettisiä leikkauksia tekeviä kollegoitaan enemmän, sillä heidän liikevoittonsa koostuvat yksinomaan sairaalassa suoritettavista esteettisin perustein tehtävistä operaatioista. Sen sijaan sairaala Mehiläisen ja Pulssin ei tarvitse markkinoida omia esteettisen kirurgian palveluitaan kovinkaan perusteellisesti argumentoiden, sillä heille kauneuskirurgia on vain yksi osa-alue laajassa lääketieteellisten operaatioiden kirjossa. Suomalaiset sairaalat ja virolaiset sairaalat kilpailevat asiakkaista erilaisilla retorisisilla keinoilla, varsin erilaisista lähtökohdista käsin.

6.3.2.4. ESTEETTINEN KIRURGIA KAUNEUDENHOITONA JA TAITEENA

”Tyytyväisyys omaan ulkonäköön on merkityksellinen” (Nordström Hospital 2010).

”Kauneuskirurgia – taito nähdä ja suunnitella esteettisesti kaunis lopputulos” (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Esteettisen kirurgian yhdistäminen osaksi kauneudenhoidollista kenttää oli lääketieteellisen kentän lisäksi esteettistä kirurgiaa pitkälti määräävä tekijä palvelutuottajien verkkosivustoilla; onhan esteettinen kirurgia paitsi lääketiedettä, myös ennen kaikkea ulkonäön hoitoa. Esteettisen kirurgian tekijöiltä vaadittiin sivustojen mukaan hyvää esteettistä silmää ja klassisen kauneuden ymmärtämistä teknisten lääketieteellisten toimenpiteiden ymmärtämisen lisäksi. Taitava kirurgi itsessään ei esteettisen kirurgian verkkosivustojen mukaan ollut vielä taitava plastiikkakirurgi, sillä kauneuskirurgia on lääketieteen ohella mitä suurimmissa määrin myös eräänlaista ”käsityötaitetta” ja ”naisen vartalon ymmärtämistä” (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Kauneudenhoidollinen diskurssi esteettisessä kirurgiassa näyttäytyi ennen kaikkea taiteeseen vertaamisen kautta. Esteettistä kirurgiaa suorittava lääkäri metaforisoitui kuvanveistäjäksi, jolla tulee olla taiteellista silmää ja näkemystä (Nordström Hospital 2010). Leikkaavan lääkärin taiteellinen harrastus saatettiin jopa mainita lääkärin CV:ssä (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Mielenkiintoinen piirre aineistossani oli virolaisen Artia Cosmetic Surgeryn (2010) tapa yhdistää esteettisen kirurgian vaatima kauneudenhoidollinen puoli ja esteettinen ymmärrys leikkaavan lääkärin sukupuoleen. Artia Cosmetic Surgeryn leikkaava lääkäri tuotti itsensä yrityksen verkkosivuilla ennen kaikkea naisena ja äitinä, joka siitä syystä ymmärtää ”[...]naisen vartaloon ja kauneuteen liittyviä erilaisia näkökulmia[...]”. Hän tuottaa itsensä internetsivuilla pitkälti, paitsi lääkäriksi, myös naiseksi ja äidiksi, jonka vuoksi hänellä on miehiä parempi esteettinen silmä ja parempi luonnollisuuteen perustuva kauneudentaju. Lääkäri Katrin Krüünvald oli sitä mieltä (toisin kuin ehkä useimmat miespuoliset kollegansa), ”[...]että liian suuret rinnat näyttävät luonnottomilta, ovat epämukavat ja aiheuttavat pitkäaikaisia ongelmia”. Lisäksi hän esittelytekstissään totesi, että ”[k]irurgin kauneuskäsitys ja kauneudentaju vaikuttavat väistämättömästi myös [...]saavutettaviin lopputuloksiin”. Huomionarvoista on, että mieskirurgi esittelyjen kohdalla ei yhdelläkään sivustolla korostettu kirurgin miessukupuolta.

Puhujakategoriolla oikeuttaminen on varsin tehokas keino saada aikaan yhteisymmärrys tekstin vastaanottajan kanssa. Tämän retorisen keinon avulla joihinkin yksittäisiin kategorioihin, kuten tässä tapauksessa äidin ja naisen kategorioiden, liitetään oikeus tietynlaiseen tietoon ja tietämykseen (Jokinen 1999, 135). Puhujakategoriat voivat olla myös muuttuvia ja varsin tilanteisia; äidin ja naisen kategorioiden lisäksi Artia Cosmetic Surgeryn johtava leikkaava lääkäri tuotti itsensä myös lääkärinä, jolla voidaan ajatella olevan hallussaan asiantuntevaa lääketieteellistä tietoa. Naisen ja äidin kategorioissa voidaan sen sijaan ajatella olevan erityistä tietämystä naisvartalosta ja feminiinistä kauneudentajua, joka ei mene liiallisuuksiin esimerkiksi rintaproteesien koon suhteen, jolloin myös lopputuloksesta saattaisi tulla epäluonnollinen.

6.3.2.5. ESTEETTINEN KIRURGIA KOKONAISHYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ JA ELÄMÄNLAADUN PARANTAJANA

”Kauneusleikkaukset muodostavat lääketieteessä oman erikoisalansa, jossa yhdistyvät sekä vaativa lääketiede omine mahdollisuuksineen ja rajoituksineen, että myös kauneuden ja tasapainon tavoittelu, jota yleensä pidetään enemmän taiteeseen kuuluvana” (Artia Cosmetic Surgery 2010).

Esteettinen kirurgia representoitiin kaikissa aineistoni verkkosivustoissa toimialaksi, jossa lääketieteellisen ja kauneushoidollisen tietämyksen avulla voidaan edistää ihmisen koettua kokonaishyvinvointia. Esteettisen kirurgian terveysvaikutuksista ei puhuttu sivustoilla suoraan, vaan silloin kun sanaa terveys käytettiin suoraan, se yhdistettiin hyvin kapeasti koskemaan vain ihmisruumiin funktionaalisuutta. Terveys - sanan sijasta sivustoilla käytettiin terveys sanaa laajempaan kokonaisuutena kokonaishyvinvoinnin käsitettä tai sen synonyymeja, kuten elämänlaatua. Esteettisen kirurgian sijoittuminen terveyden ja kauneuden jännitteiselle kentälle tuotettiin palvelutuottajien internetsivuilla positioksi, josta käsin on mahdollista tuottaa esteettisen kirurgian asiakkaille kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tämä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin diskurssi representoitui palvelutuottajien internetsivuilla esteettisen kirurgian asiakkaan elämänlaadun kaikenpuolisena parantumisena.

Esteettisen kirurgian avulla voidaan parantaa ulkonäköä, saavuttaa voimakkaampi olo (tämä vain miehistä puhuttaessa) (Cristinas Clinic 2010), kohottaa itsetuntoa (Cristinas Clinic 2010; Siluetti 2010; Nordström Hospital 2010; Artia Cosmetic Surgery) saada ilme pirteämmäksi, nuoremmaksi ja reippaammaksi (Siluetti 2010) ja mieli energisemmäksi, iloisemmaksi, ystävällisemmäksi, aktiivisemmaksi, tuottavammaksi ja

tehokkaammaksi kuin ennen leikkausta (Nordström Hospital 2010). Esteettisen kirurgian avulla on mahdollisuus saavuttaa parempi sisäinen tyytyväisyys, tasapaino ja harmonia (Artia Cosmetic Surgery 2010) sekä tehdä itsestä dynaamisempi ja virkeämpi kuin aikaisemmin (Pulssi 2010) sekä vähentää häpeää ja saada ihminen tuntemaan olonsa jälleen 'omaksi itsekseen' (Mehiläinen 2010).

On tärkeää muistaa, ettei kauneuskirurgiassa ole koskaan kysymys pelkästään ”nenän korjaamisesta” tai ”arven silottamisesta”, vaan aina koko ihmisestä, hänen fyysisestä, henkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnistaan (Nordström Hospital 2010).

Kaikissa aineistoni teksteissä esteettiseen kirurgiaan liitettiin ulkonäön parantamisen lisäksi myös vahvasti erilaisia elämänlaatua lisääviä positiivisia adjektiiveja ja muita määreitä. Esteettinen kirurgia konstruoidaan lääketieteen ohella myös alana, jonka avulla on mahdollista auttaa hyvinvointiongelmista kärsivää ihmistä. Kauneusleikkaus ei näin ollen paranna vain ihmisen fyysistä ruumista, vaan ihmistä kokonaisuudessaan koetun hyvinvoinnin kautta. Tämä koettu hyvinvointi ja elämänlaadun paraneminen on rinnastettavissa WHO:N positiiviseen ja holistiseen terveystähtäykseen (WHO 1948) sekä koetun terveyden käsitteeseen.

Elämänlaadun parantuminen tuli vahvasti esille kaikissa aineistoni teksteissä. Kuitenkin sairaala Mehiläinen toi asiasta esille myös toisenlaisen näkemyksen. Sairaala Mehiläisen (2010) mukaan ”[...] kirurgin veitsi korjaa ulkonäön kaipaaman muutoksen, mutta ei muuta asiakkaan elämänlaatua tai ongelmia”. Tällä lauseella sairaala Mehiläinen pyrkii varautumaan asiakkaiden potentiaalisiin epärealistisiin odotuksiin siitä, että esimerkiksi nenäleikkaus ratkaisisi asiakkaan ongelmat edetä työssään tai hankkia toimiva parisuhde.

Toisaalta, toisessa yhteydessä sairaala Mehiläisen sivuilla luotettiin, muiden aineistoni sivustojen tapaan, kauneuskirurgia elämänlaadun parantajana -retoriikkaan: ”Elämänlaatua voidaan parantaa ulkonäöllisiin ongelmiin puuttumalla” (Mehiläinen 2010), julistettiin parin hiiren klikkauksen päässä ensin mainitusta lauseesta. Tämä lauseiden välinen ristiriitaisuus kertonee sairaala Mehiläisen keskittymisestä yleis- ja erikoissairaanhoidon yleensä. Tästä kontekstista tarkasteltuna esteettinen kirurgia on vain pienehkö osa koko sairaalan toimintaa, jolloin internetsivujen esteettisestä kirurgiasta kertovien tekstien yhdenmukaisuuteen ei liene ollut merkityksellistä

paneutua tarkemmin. Sivuston lukija voi kuitenkin hämmentyä tästä ristiriitaisesta esityksestä.

Myös moraalisuus oli läsnä, kun teksteissä puhuttiin esteettisestä kirurgiasta asiakkaiden elämänlaadun parantajana. Yleensä moraalisuus oli kuitenkin luettavissa vain rivien välistä. Esteettinen kirurgia representoitiin teksteissä implisiittisesti moraalisesti hyvänä asiana, jonka avulla voi auttaa asiakasta vaikka muuttamaan elämäntapojaan terveellisempään suuntaan, kuten sairaala Pulssissa rasvaimussa käyneen asiakkaan tapauksessa. ”Pitää liikkua oikein, eikä antaa mopon enää karata käsistä”, asiakas toteaa sairaala Pulssin artikkelissa (2010).

Eksplisiittisesti moraalisuus -aspektiin vetosi ainoastaan Nordströmin sairaala (2010), jonka sivuilla todettiin mahtipontiseen sävyyn:

[O]lemme huomanneet, että kauneusleikkauksen jälkeen henkilö on yleensä aikaisempaa iloisempi ja energisempi. Hän on ulospäin suuntautuneempi, ystävällisempi itselleen ja ympäristölleen sekä tehokkaampi, aktiivisempi ja tuottavampi kuin ennen toimenpidettä. Kaikki hyviä, tavoiteltavia asioita.

Ystävällisyys, energisyys, aktiivisuus ja iloisuus esteettisen kirurgian määreinä eivät tuottane yhdellekään lukijalle negatiivisia konnotaatioita kauneuskirurgian aikaansaannoksista. Pikemminkin edellä esitetyt määreet ovat omiaan legitimoimaan ja edistämään esteettisen kirurgian asemaa yhteiskunnassa. Tekstissä tuodaan esille, että aktiivisempi ja tuottavampi olo on kuitenkin mahdollista saada aikaan myös muilla keinoin kuin esteettisen kirurgian toimenpitein. Esteettinen kirurgia rinnastuukin kyseisessä tekstissä yhtä arkiseksi asiaksi kuin esimerkiksi kuntoilu tai terveellisesti syöminen. Näihin keinoihin ”[...]voidaan lisätä vielä yhtenä keinona kauneuskirurgian palveluiden käyttäminen” (Nordström Hospital 2010). On aivan eri asia rinnastaa esteettinen kirurgia kuntoiluun kuin esimerkiksi vaikkapa potentiaalisesti hengenvaaralliseen sydänleikkaukseen. Kategorisoimalla esteettinen kirurgia varsin arkipäiväiseksi keinoksi saavuttaa energisempi ja tehokkaampi olo, on omiaan tuottamaan lukijalle esteettisestä kirurgiasta normaalia ja legitiimiä kuvaa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että ihminen ymmärrettiin sivustoilla holistisena kokonaisuutena, jossa terveyden kaikki ulottuvuudet: sosiaalinen, funktionaalinen ja henkinen ulottuvuus näyttäytyivät toisiinsa yhteenkietoutuneina. Lisäksi tähän kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin diskurssiin liitettiin vahvasti myös asiakkaan oma,

koetun terveyden käsite. Kokemuksellisuus tuotettiin keskeiseksi mittariksi, kun haluttiin perustella esteettisen kirurgian yhteiskunnallista tarpeellisuutta sekä riittäviä syitä hoitoon hakeutumiselle.

6.3.2.6. LAADUKASTA KIRURGIAA: VAHVA AMMATTITAITO JA KORKEA MORAALI

”Ammattitaito, esteettinen silmä ja korkea moraalitaito potilaan lähestymisessä ovat alan edustajan tärkeimmät ominaisuudet [...]” (Mehiläinen 2010).

Esteettisen kirurgian laaturetoriikka nojautui pitkälti vahvan ammattitaidon ja korkean moraalisen normiston varaan. Vahvaan ammattitaitoon yhdistettiin muun muassa pitkä ja vankka kokemus alalta, säännölliset koulutukset ja alan konferensseihin osallistuminen. Korkea moraalinen normisto puolestaan näkyi aineistossani muun muassa vastuullisuutena sitoutua objektiivisuuteen ja leikkauksen lopputuloksen ’luonnollisuuteen’. Osaava kirurgi ei myöskään suostu toteuttamaan vastaanotolle tulevan asiakkaan epärealistisia tai liian pitkälle meneviä toiveita. Asiakkaan esteettisiä ongelmia lähestytäänkin potilas-lääkäri vuorovaikutuksessa, yhdessä asiakkaan näkökulmasta, mutta palvelutuottajien keinoin (Nordström Hospital 2010). Myös kaikilla muilla sivustoilla lääkäri-potilas vuorovaikutus konstruointiin keskeiseksi tekijäksi, joka korreloi merkitsevästi sairaalan laadun kanssa.

Siluetin lääkäreillä on paitsi osaamista ja kokemusta, myös taitoa kuunnella ja keskustella – sekä tilanteen niin vaatiessa kyky sanoa ei (Siluetti 2010).

Toisaalta esteettisessä kirurgiassa on tarkoitus toteuttaa asiakkaan valintaa ja henkilökohtaisia tarpeita, toisaalta taas palvelutuottajien internetsivustoilla painotettiin myös kirurgien vastuullisuutta ja kykyä sanoa asiakkaille tarvittaessa myös ei. Kinnunen (2008, 62) havaitsi saman kaksijakoisuuden omassa tutkimuksessaan haastatellessaan esteettiseen kirurgiaan erikoistuneita lääkäreitä. Yhdyn Kinnusen tulkintaan siitä, että tällainen puhetapa on eittämättä osoitus moraalisesti kestävän lääkärietiikan ja terveydenhuollon kaupallistumisen välisistä jännitteistä: on vaikeaa säilyttää vastuullisuus nykykulttuurissa, jota leimaa vahva individualismi ja kuluttajuus (emt., 62–63).

Esteettisen kirurgian toimijat ovat ratkaisseet edellä esitetyn ongelman osittain liittämällä verkkosivuilleen listan mahdollisista toteutettavista toimenpiteistä. Vaikka mitä erilaisimmat toimenpiteet olisivatkin teknisesti mahdollisia toteuttaa, ovat sairaalat rajanneet toimenpidelistansa koskemaan vain tietynlaisia leikkauksia. Esimerkiksi

raajojen esteettisin perustein tehtävät amputaatiot loistivat sivustoilla poissaolollaan. Tulkintani mukaan sairaalan laaturetoriikkaan liittyvät vahva moraalinen ote ja vankka ammattitaito yhdistyivät aineistossa siihen, mitä ympäröivässä kulttuurissa pidetään normaalina ja hyväksyttävänä. Esteettisiä kirurgisia toimenpiteitä tekevät sairaalat eivät analyysini perusteella halunneet lähteä kyseenalaistamaan vallitsevan kulttuurin käsityksiä normaaliudesta ja kauneudesta. Pikemminkin, kirurgien korkea moraalitaju oli yhtä kuin ympäröivän yhteiskunnan moraalinen normisto.

Ensisilmäyksellä sairaaloiden toimenpidelistat näyttivät varsin yhteneväsiltä. Jokainen sairaala ilmoitti tekevänsä muun muassa erilaisia rintojen korjausleikkauksia, kasvojen kohotuksia, nenän alueen korjauksia, rasvaimuja ja vatsan ihon kiristyksiä. Toisaalta leikkausmenetelmät ja käytettävät aineet vaihtelivat sairaaloittain. Pieniä eroja sairaaloiden kohdalla toki löytyi: Nordströmin sairaala (2010) oli ainoa sairaala, joka sivuillaan mainosti hiustensiirtoja. Virolainen Cristinas Clinic (2010) puolestaan ainoana sairaalana markkinoi miehille tehtäviä peniksen korjausleikkauksia:

Peniksen koolla näyttää selvästi olevan merkitystä miehen itsetunnolle. [...] Mies voi kuitenkin olla erinomainen rakastaja peniksen koosta riippumatta. Mitä suurempi ja mahtavampi penis, sitä voimakkaammaksi mies saattaa itsensä tuntea. (Cristinas Clinic 2010.)

Perinteisesti penisleikkaukset ovat olleet Suomessa, ja ovat yhä edelleenkin, eräänlainen kauneuskirurgian tabu, joita ei kysynnästä huolimatta haluta tehdä niihin sisältyvän 'järjettömyyden' perusteella. Penisleikkausta hakevat miehet on määritelty Suomessa pitkälti ruumiinkuvahäiriöisiksi, joiden ongelma ei ole ruumiillinen vaan henkinen. Yhdysvalloissa miesten penisleikkaukset ovat kuitenkin jo pitkään olleet esteettisen kirurgian arkipäivää. (Kinnunen 2008, 206–209.) Cristinas Clinicin (2010) sivustojen rohkea ote miesten penisleikkauksiin voi epäilemättä karkottaa osan potentiaalisista asiakkaista toisille verkkosivuille siihen liitettyjen vahvojen negatiivisten konnotaatioiden, kuten alhaisen moraalin vuoksi. Toisaalta valinta on varmasti tietoinen: Cristinas Clinic kykenee erottautumaan muista aineistoni sairaaloista ja houkuttelemaan vastaanotolleen juuri tiettytyyppistä asiakaskuntaa, joka ei pääse toteuttamaan toiveitaan kovin helposti mihinkään muualle.

Laaturetoriikkaan sisältyi myös muitakin elementtejä kuin vain korkeaa moraalialia ja vankkaa ammattitaitoa. Internetsivujen mukaan laadukkaalla sairaalalla oli myös asianmukaiset, luotettavat ja turvalliset tilat ja laitteet. Lisäksi laadukas toiminta

saatettiin määritellä toimialan mukaisten lakien ja asetusten noudattamisena, niin Suomessa kuin Virossakin (Pulssi 2010; Artia Cosmetic Surgery 2010). Nordströmin sairaalan (2010) kohdalla sairaalan laadun varmisti ennen kaikkea

[...]se tosiasia, että vastaanotolle[...] tulevista asiakkaista suuri osa tulee korjauttamaan muualla heille tehtyjä leikkauksia (Nordström Hospital 2010).

Muiden kuin Nordströmin sairaalan kohdalla viittauksia muiden toimijoiden epäonnistuneiden leikkausten korjauksiin ei ollut.

6.3.3. ESTEETTISEN KIRURGIAN ASIAKKAAT

6.3.3.1. ASIAKKAIDEN IDENTIFIOINTI

Asiakkaiden identifiointi on sidoksissa siihen, kuinka esteettisen kirurgian toimijat positioivat itse itsensä. Asiakassuhdetta voidaan tarkastella identifikaation käsitteen kautta (ks. esim. Summa 1996, 56–57): millaista positiota esteettisen kirurgian toimijat asiakkailleen ehdottavat ja mistä näkökulmasta he yleisönsä, tässä tapauksessa internetsivuja lukevat potentiaaliset asiakkaat (ja kollegansa) tuottavat? Esteettisen kirurgian toimijat määrittelivät omaa toimintaansa positiivisesti pitkälti laadun, ammattitaidon, korkean moraalien ja elämänlaadun parantamisen kautta. Kuitenkin yhtä tärkeää kuin määritellä oma alansa ja oma positionsa lääketieteen ja kauneudenhoidon kentällä, on tuottaa asiakkaille sellainen positio, jonka sekä palvelutuottajat ja asiakkaat voivat yhteisesti hyväksyä. Kyse on myös ideaalikuvaoston konstruomisesta; esteettisen kirurgian toimijat pyrkivät verkkosivustoillaan luomaan kuvaa asiakkaasta, joka palvelutuottajien näkökulmasta on ihanneasiakas.

Kasvojen kohotusleikkauksella voidaan *asiakkaan* yksilöllisten tarpeiden mukaan korjata koko kasvojen aluetta tai jotakin kasvojen osaa, kuten leukaa ja kaulaa, poskien ja nenänpielen aluetta tai otsaa ja kulmakarvojen kohtaa (Mehiläinen 2010). (Korostus S.M.)

Kotiuduttuaan *potilas* saa tarvittaessa yhteyden henkilökuntaan ja leikkaavaan lääkäriin (Mehiläinen 2010). (Korostus S.M.)

Esteettisen kirurgian asiakkaista puhuttiin sivustoilla sekä asiakkaina että potilaina. Potilaista puhuttiin kuitenkin selkeästi enemmän kuin asiakkaista. Poikkeuksen muodosti kuitenkin Nordströmin sairaalan (2010) sivut, joissa asiakas -sanaa käytettiin huomattavasti enemmän kuin potilas -sanaa. Asiakasta ja potilasta käytettiin sivustoilla sekaisin toistensa synonyymeina, eikä eroja näiden sanojen käyttöyhteydessä ollut. Potilas -sanaa ei näin ollen käytetty esimerkiksi korostamaan lääketieteellistä puhuntaa,

eikä asiakas -sanaa käytetty puolestaan korostuneesti ei-lääketieteellisen puheen ulkopuolella.

Toimenpiteessä poistetaan kirurgisesti ylimääräistä veltostunutta ihoa sekä tarvittaessa kiristetään vatsanalueen lihaksia ja poistetaan mahdollista rasvaa (Cristinas Clinic 2010).

Mielenkiintoista oli, että sivustoilla ei kuitenkaan aina puhuttu vain asiakkaista tai potilaista. Yleinen retorinen puhetapa oli, että asiakas toimenpiteen kohteena häivytettiin pois kokonaan, jolloin puhuttiin vain ihmiskudoksista. Edellä oleva sitaatti on erinomainen esimerkki tällaisesta retorisesta valinnasta, jossa asiakas ja hänen osuutensa toimenpiteessä poistetaan toimenpidettä kuvailtaessa kokonaan pois ja korvataan kudoksista puhumalla. Tällaista puhetapaa käyttivät kaikki aineistoni sairaalat.

Kun tulet, tervehtii toimistosihteerimme sinua ja ilmoittaa sinut odottavalle lääkärille tai erikoissairaanhoidajalle. Hän merkitsee tietoverkkoon sinut tulleeksi ja tekee tarvittavat järjestelyt, että asiiasi hoito lähtee liikkeelle heti. (Siluetti 2010.)

Varsin yleinen tapa puhua asiakkaista oli myös samastaa internetsivujen lukija suoraan asiakkaaksi ja tehdä hänet näin suoraan osalliseksi esteettisen kirurgian palvelutuottajien toimintaan. Tulkintani mukaan sinuttelu ja teitittely voivat toimia retorisena strategiana erityisesti silloin, kun tarkoituksena on vahvistaa potentiaalisen asiakkaan omaa, vielä ehkä orastavaakin, ajatusta hakeutua kirurgin veitsen alle. Selkeät, asiakasta suoraan puhuttelevat potilasohjeet ja tilannekuvaukset voivat herättää sivustojen lukijassa mielikuvan hänestä jo sairaalan asiakkaana. Avoin ja suoraan puhutteleva narratiivinen tilanteiden kuvaus on omiaan luomaan autenttinen ja totuudenmukainen vaikutelma tapahtumista. Tarinanmuotoisilla tapahtumilla lukija asemoituu tapahtumien sisään, niiden kokijaksi. (Jokinen 1999, 144.) Suoraa puhetapaa (joko sinuttelua tai teitittelyä) käyttivät sairaala Siluetti (2010), Cristinas Clinic (2010) sekä Nordströmin sairaala (2010), joka yhdisti sekaisin sekä sinuttelua että teitittelyä, kun muut sairaalat keskittyivät vain sinuttelemaan verkkolukijoitaan.

Tanja toipui [silmäpussi]leikkauksesta nopeasti, eikä kipuja ollut. Silmänalukset olivat mustat, mutta väri ikään kuin valui alaspäin ja häipyi reilun viikon kuluessa. Mustelmat Tanja peitti meikillä. (Siluetti 2010.)

Usein asiakkaista puhuttiin myös persoonallisena, nimettynä henkilönä. Asiakkaista puhuttiin kolmannessa persoonassa etunimillä (Siluetti 2010), etu- sekä sukunimillä

(Pulssi 2010) sekä peite-etunimellä²⁶ (Mehiläinen 2010). Sairaala Siluetin sivuilla oli peräti neljä artikkelia, jossa asiakkaat tuotettiin nimeltä: oli Tanja, Eevi, Minna ja Sari. Eevia lukuun ottamatta kaikilla potilailla oli varsin yleinen naisen nimi, siis sellainen nimi, johon on mahdollista helposti samaistua.²⁷ Nimivalinnoilla on mahdollisuus liittää haluttuja mielikuvia esteettisen kirurgian asiakkaista. Tällaisen retorisen valinnan kautta esteettisen kirurgian asiakkaat representoituivat asiakaskertomusten perusteella 30–50-vuotiaiksi tavallisiksi suomalaisiksi naisiksi.

”Rasvaimun jälkeen olen selvästi vyötäröltä pienempi, paino putosi reilun kilon. Komerossa kutistuneet vaatteet sopivat nyt, eivätkä esimerkiksi housut enää purista vyötäröstä”, Seija iloitsee. (Pulssi 2010.)

Silloin, kun asiakkaista puhuttiin kolmannessa persoonassa nimeltä, juttuun oli myös yhdistetty aina asiakkaan omia henkilökohtaisia kokemuksia esteettisestä kirurgiasta minämuodossa (Siluetti 2010; Pulssi 2010; Mehiläinen 2010). Näissä jutuissa asiakkaat esitettiin aina tyytyväisinä potilaina, jotka olivat kirurgin vastaanotolla saaneet apua heitä häiritsevään ulkonäölliseen ongelmaan – ja tätä kautta toki koko elämänlaatusa kohentumiseen. Epäonnistuneita leikkauksia ja pettyneitä asiakkaita sivustoilla ei esitetty lainkaan. Omakohtaisten kokemusten argumentaatio tuotettiin sivuilla aina samalla kaavalla: omakohtaiset kokemukset, joissa lopulta ihmisen koko elämänlaatu parantui, oikeutti hakeutumaan kirurgin vastaanotolle, josta vastaus ongelmiin aina löytyi. Kokemuksissa hyödynnettiin tehokkaasti ennen ja jälkeen -retoriikkaa; ennen asiakkaan elämä oli rajoittunutta ja täynnä häpeää, leikkauksen jälkeen asiakas tunsi itsensä vapautuneeksi, sellaiseksi kuin hän on aina halunnutkin olla – omaksi itsekseen. Erityisen mielenkiintoista oli, että asiakkaan omia kokemuksia hyödynnettiin vain suomalaisten palvelutuottajien internetsivuilla. Lisäksi asiakkaan omia kokemuksia hyödynnettiin ennen kaikkea niiden palvelutuottajien verkkosivuilla, jotka eivät olleet suuntautuneet vain esteettiseen kirurgiaan.

Suomessa on tuhansia naisia, joilla on rintaimplantit. Heistä suurin osa ei ole valokuvamalleja vaan tavallisia naisia. [...]Suomalaisen naisen asenne rintojen suurennusleikkauksiin on yleensä järkevä. Suomalainen kauneusihanne ei ole profiililtaan ylikorostettu vaan luonnollisen näköinen rinta”. (Pulssi 2010.)

²⁶ Peitenimeksi tulkitsin nimen, joka oli laitettu lainausmerkkeihin. Toki on mahdollista, että myös muut esimerkkiasiakkaiden nimet oli muutettu, mutta vain tässä yhteydessä nimen muuttaminen oli tuotu lukijalle esille. Peitenimen käyttö osaltaan loi esteettisestä kirurgiasta kuvaa intiiminä ja arkaluontoisena asiana, jonka ei tarvitse paljastua, asiakkaan niin halutessaan, edes lähipiirilleen (ks. luku 1.3.1.3.).

²⁷ Sari, Minna ja Tanja nimet ovat varsin yleisiä nimiä etenkin vuosien 1960–1979 aikana syntyneillä naisilla (Väestökisterikeskus 2011).

Valitsemani esimerkkiaineiston perusteella esteettisen kirurgian asiakkaista luotiin kuvaa varsin tavallisina ihmisinä. Esimerkiksi julkisuuden henkilöiden kokemukset esteettisestä kirurgiasta loistivat sivustoilla poissaolollaan. Poikkeuksen muodosti tässäkin tapauksessa Nordströmin sairaala (2010), joka sivuillaan mainosti julkisuuden henkilö ja malli Anu Saagimin käyttävän heidän palveluitaan. Se, miksi sivuilla nostettiin julkisuuden henkilöistä esille juuri virolainen Anu Saagim, eikä ketään muita, ei sivuilta suoraan selvinnyt.

Pääosin asiakkaat identifioitiin aivan tavallisiksi suomalaisiksi ihmisiksi, yleensä naisiksi, mutta myös miehiksi. Esteettisen kirurgian asiakkaat olivat sivustojen mukaan kaikenikäisiä, niin nuoria kuin vanhojakin. Asiakkaat kuvattiin lisäksi kaikenkokoisiksi ja -näköisiksi. Epäilemättä esteettisen kirurgian markkinointiretoriikassa on havaittu, että verkkosivujen lukijan on helpompi samaistua tavalliseen suomalaiseen naiseen, ei valokuvamalleihin tai muihin julkisuuden henkilöihin. Lukijan on helpompi hyväksyä esteettisen kirurgian toimijoiden ehdottama asiakkaan positio, jos se on lähellä sitä positiota, jonka lukija ajattelee hänellä itsellään olevan. Tässä yhteydessä havainnollistuu erinomaisesti identifikaatioprosessin vuorovaikutus: samastumispintaa tuotetaan ja siitä neuvotellaan tekstin tuottajan ja lukijan välisessä yhteistyössä.

6.3.3.2. *ASIAKKAAT HENKISESTI TASAPAINOSSA*

Sen lisäksi, että esteettisen kirurgian asiakkaat olivat kaikenikäisiä, -kokoisia ja -näköisiä, aivan tavallisia suomalaisia ihmisiä, he olivat sivustojen mukaan myös itsensä kanssa henkisesti tasapainossa.

Meidän potilaillamme on yleensä elämä järjestyksessä. Heitä on kuitenkin ruvennut vaivaamaan omassa ulkonäössään jokin tietty yksityiskohta, joka voidaan kirurgisesti korjata (Nordström Hospital 2010).

Tällainen elämä järjestyksessä -retoriikka pyrki luomaan esteettisen kirurgian asiakkaista kuvaa järkevinä ja henkisesti terveinä ihmisinä. Esteettisen kirurgian olemassaolo ja hyväksyttävyyys oikeutettiin sillä, että asiakkaat konstruointiin sivustoilla järkeviksi ihmisiksi, jotka kykenevät tekemään itseään koskevia päätöksiä, eikä lukijakaan näin ollen pääse luomaan mielessään kuvaa esteettisen kirurgian asiakkaista mielenkuvahäiriöisinä tai muuten henkisesti epävakaina ja ailahtelevina. Tämän mielikuvan syntymistä saatettiin jopa eksplisiittisesti torjua:

Toistuvia kauneusleikkauksia vaativa asiakas on poikkeus, jolloin kysymyksessä on vääristynyt mielikuva omasta ulkonäöstä hieman samalla tavalla kuin anorektikko näkee itsensä lihavana (Mehiläinen 2010).

Vaikka tällaisten edellä kuvattujen asiakkaiden olemassaolo saatiin myöntää sivustoilla, heidät marginalisoitiin poikkeuksiksi, jotka eivät missään tapauksessa edusta enemmistöä kauneuskirurgian asiakkaista. Lisäksi vastuullinen ei edes lähde operoimaan tällaisia tapauksia. Lukijalle myös vakuuteltiin, että tällaiset poikkeustapaukset myös tunnistettiin:

Vastuuntuntoinen plastiikkakirurgi tunnistaa kyllä tällaisen asiakkaan eikä lähde häntä hoitamaan (Mehiläinen 2010).

Huomionarvoista on, että esteettisen kirurgian palvelutuottajien markkinointiretoriikassa, tilanteesta riippuen, käytettiin hyväkseen jopa vastakkaisia ja toisensa poissulkevia argumentaatioita. Toisaalta asiakkaat tuotettiin itsensä kanssa henkisesti tasapainossa oleviksi ihmisiksi, joilla on elämä järjestyksessä. Toisaalta taas samalla sivustolla toisessa yhteydessä puhuttiin huonosta itsetunnosta ja häpeästä, joka rajoittaa asiakkaan koko elämää, mutta johon esteettinen kirurgia voi tuoda vastauksen. Asiakkaan identifiointiretoriikka oli siis täysin erilaista silloin, kun haluttiin vakuuttaa verkkosivujen lukija esteettisen kirurgian tarpeellisuudesta ja sen legitimiisyydestä kuin silloin, kun luotiin kuvaa esteettisen kirurgian asiakkaan luonteesta. Argumentaation retorinen konteksti voi vaihdella huomattavasti eri asiayhteyksien mukaan. Esittämiskonteksti eli se, mitä keskustelu koskee ja mitä erilaisilla argumentaatioilla ja retorisisilla keinoilla halutaan tehdä, on ratkaisevaa (Jokinen 1999, 128). Argumentoinnin asemoituminen voi täten vaihdella samankin tekstiryppään sisällä huomattavasti, kuten myös edellä oleva esimerkki esteettisen kirurgian markkinointiretoriikan ristiriitaisuudesta osoittaa.

6.3.3.3. OMAA VALINTAA KOROSTAVA RETORIikka: LÄHTÖKOHTANA ASIakKAAN OMAT TARPEET JA HALU OLLA OMA ITSENSÄ

”Lähtökohtina ovat aina asiakkaan omat tarpeet, hänen persoonallisuutensa, hänen omat kasvonsa ja kehonsa rakenne, hänen peruskauneutensa” (Nordström Hospital 2010).

Kun asiakas oli henkisesti tasapainossa ja hänen elämänsä oli muutenkin lähes kaikilta osin kunnossa, myös asiakkaiden odotukset esteettisestä kirurgiasta kuvailtiin realistisiksi ja saavutettavissa oleviksi. Asiakkaat eivät sivustojen mukaan halunneet

niinkään ”[...]vastata yleistä kauneusihannetta”, vaan he halusivat lähinnä”[...] näyttää parhaalta mahdolliselta[...]” omista lähtökohdistaan käsin (Artia Cosmetic Surgery 2010). Esteettinen kirurgia ei minkään sivuston kohdalla ole luomassa täydellisen kauniita ja ideaaleja ihmisiä, vaan pikemminkin esteettinen kirurgia auttaa asiakkaitaan löytämään oman kauneutensa, joka tulee jokaisessa ihmisessä esille erilaisella tavalla. Universaali kauneusihanne oli kuitenkin löydettävissä kaikkien asiakkaiden halujen ja tarpeiden pohjana, mutta ratkaisujen korostettiin olevan aina yksilöllisiä ja leikkauksen tavoitteena luonnollinen ja sopusuhtainen ulkonäkö.

Varsin keskeisenä piirteenä jokaisella internetsivustolla tuli esille retoriikka, jossa korostettiin asiakkaiden omaa valintaa hakeutua kirurgin vastaanotolle ja veitsen alle. Tällainen oman valinnan retoriikka oli tulkintani mukaan yksi keskeisimmistä periaatteista, jonka mukaan esteettisen kirurgian olemassaoloa oikeutettiin palvelutuottajien verkkosivuilla. Kun korostetaan potilaan omaa valintaa, potilas konstruoidaan aktiiviseksi ja autonomiseksi toimijaksi, ei niinkään kulttuurinsa tuotteeksi. (Braun 2009, 239). Oma valintaa korostava retoriikka onkin tyypillistä uusliberalistiselle kuluttajuutta korostavalle yhteiskunnalle. Liberaaleissa yhteiskunnissa vapaus näyttäytyy yksilön autonomiana, kapasiteettina, jonka avulla on mahdollista toteuttaa omat halut ja tarpeet (ibid.; Rose 1999, 84).

Jokaisen naisen päätös on erilainen ja päätös pitäisi tehdä itse riippuen omista tarpeista, haluista ja toiveista (Cristinas Clinic 2010).

Esteettisen kirurgian markkinointiretoriikassa luotettiin kaikilla sivustoilla siihen, että asiakas itse kykenee tekemään itse häntä koskevat päätökset. Leikkaavan lääkärin rooli tuotiin päätöksenteossa esille vain silloin, kun asiakkaiden odotukset leikkauksen suhteen olivat joltain osin epärealistisia. Pääperiaate oli kuitenkin se, että ongelmia lähestytään aina ensisijassa asiakkaan näkökulmasta, mutta kirurgien keinoin.

Syyt [hoitoon hakeutumiselle] ovat aivan yhtä erilaisia kuin kaikki ihmisetkin: joku on tyytymätön omaan ulkonäköönsä ja haluaa muuttaa sitä, jotakin toista häiritsevät onnettomuuden tai sairauden jälkeiset seuraukset, toinen on lahjoittanut vartalonsa nuorekkuuden lapsilleen, ja joku muu huomaa ulkoisen ikääntymisen merkit, joita hän haluaa muuttaa... (Artia Cosmetic Surgery 2010).

He [asiakkaat] toivovat, että voisimme esteettisen kirurgian keinoin kääntää heidän elämänsä kelloa vuosia taaksepäin ja palauttaa entisen ulkonäön (Nordström Hospital 2010).

Asiakkaiden tarpeet ja halut kumpusivat palvelutuottajien verkkosivuilla pääsääntöisesti eletystä elämästä; eletty elämä oli jättänyt merkkinsä asiakkaisiin ja he halusivat

palauttaa tämän 'entisen itsensä' takaisin. Keskeisessä osassa tätä eletyn elämän - retoriikkaa toimi näin ollen puhe ikääntymisestä luonnollisena, mutta epätoivottavana ja ei-haluttavana prosessina, jota esteettisen kirurgian avulla oli mahdollista hidastaa.

Painonvaihtelut, kehon varastorasvan kerääntyminen vatsan alueelle ja varsinkin raskaudet venyttävät vatsanpeitteitä ja vatsalihaksia. Jos venytys jatkuu pitkään, eivät vatsanpeitteet palaudu alkuperäiseen muotoonsa. Tällöin vatsanahka jää häiritsevästi roikkumaan. (Nordström Hospital 2010.)

Asiakkaiden tarpeet ja halut esitettiin internetsivuilla usein haluksi saavuttaa 'normaali ulkonäkö'. Edellä olevassa esimerkissä naisen normaali ja alkuperäinen vatsanmuoto konstruointiin aikaan ennen raskauksia. Luonnollinen vartalo esitettiin sivustoilla muuttumattomana ruumiina, johon esimerkiksi raskaudet eivät saisi jättää jälkiään ja vuosien aikana tulleet kilot merkkejään. Sivustoilla esitettiin, että ihmisillä oli olemassa jokin alkuperäinen, entinen ja normaali ulkonäkö, jossa ihminen tuntisi olevansa kaikkein eniten oma itsensä. Tämä ihmiselle sopivin ja normaalein ulkonäkö konstruointiin kaikilla aineistoni sivustoilla kuitenkin klassisten kauneusihanteiden mukaan sopusuhtaiseksi, normaalipainoiseksi ja rypyttömäksi ruumiiksi, jossa ei ole liian suuria tai pieniä ruumiinosia suhteessa kokonaisuuteen. Esimerkiksi ylipainoisen ihmisen 'normaali' vartalonmuoto konstruointiin asiakkaan kohdalla aina aikaan ennen ylipainoa ja ikääntyneen ihmisen kohdalla aikaan ennen ensimmäisiä rypyjä ja muita ikääntymisen merkkejä.

Sivustoilla tuotiin myös esille, että vaikka ihmisellä ei koskaan olisi ollut mahdollisuutta omassa ruumissaan 'olla oma itsensä', esteettinen kirurgia voisi tuoda avun tähän ongelmaan. Mielenkiintoinen piirre tässä retoriikassa on se, että ihmisen luonnollinen ruumis konstruoidaan vajaaksi ja epänormaaliksi, kun taas esteettinen kirurgia epäluonnollisena teknologiana konstruoidaan samaan aikaan keinoksi tuottaa luonnollinen, tai ainakin luonnollisempi, ruumis. Toisin sanoen, luonnollisen ja luonnottoman käsitteet käännetään tässä retoriikassa ympäri:

Potilas kertoi jälkitarkastuksessa tyytyväisenä niskakipujen helpottumisesta ja siitä, "miten rinnat tuntuvat nyt enemmän omilta kuin entiset" (Pulssi 2010).

Ottamatta kantaa suurien rintojen aiheuttamiin potentiaalisiin funktionaalisiin ongelmiin, naisen suuret rinnat konstruointiin sivustoilla edellä olevan esimerkkilauseen mukaisesti joksikin vieraaksi, jotka eivät tunnu 'omilta'. Samaa retoriikkaa käytettiin myös pienten rintojen, kuten kaikkien muidenkin esteettisiksi ongelmiksi konstruoitujen

ulkonäöllisten piirteiden, kohdalla: tietyt ulkonäölliset piirteet eivät tunnu 'omilta'. Toisin sanoen, esimerkiksi silikonirinnat epäluonnollisina ja ruumiiseen kuulumattomina kappaleina tuotettiin sivustoilla ratkaisuksi saada 'luonnolliset' rinnat, jotka tuntuvat enemmän 'omilta' kuin alkuperäiset rinnat.

6.3.3.4. *SUKUPUOLITTUNUT ULKONÄKÖKIRURGIA*

Esteettisen kirurgian sukupuolittuneisuus näkyi esteettisen kirurgian palvelutuottajien sivustoilla selkeästi. Vaikka kauneuskirurgian vastaanotolle hakeutuvista ihmisistä käytettiin usein sukupuolineutraalia potilas tai asiakas -sanaa, asiakas konstruointiin kuitenkin pääasiassa naiseksi. Sukupuolittuneisuus eksplikoitui teksteissä ennen kaikkea puheina rinnoista, raskauksista, suonikohjuista ja naisten omina asiakaskokemuksina. Usein teksteissä vilahti myös nainen -sana asiakkaan tai potilaan synonyymina. Naiset muodostavatkin yli 90 prosenttia koko esteettisen kirurgian asiakaskunnasta (Davis 1995, 39), joten markkinoinnin keskittyminen naispuoliseen asiakassegmenttiin on näin ollen alan elinvoimaisuuden kannalta olennaista.

Plastiikkakirurgiasta hyötyy myös mies (Mehiläinen 2010).

Esteettisen kirurgian vahvasta sukupuolittuneisuudesta huolimatta miesten osuus esteettisen kirurgian asiakkaina on koko ajan kasvamassa (Davis 2003, 117). Tämä suuntaus näkyi aineistossani siinä, että neljä palvelutuottajaa kuudesta (Siluetti 2010, Nordström Hospital 2010, Cristinas Clinic 2010 ja Mehiläinen 2010) olivat luoneet internetsivuilleen omat osastonsa ja artikkelinsa erityisesti miehiä varten. Miesasiakkaita houkutteleva retoriikka ei näin ollen toiminut erottelevana tekijänä erilaisten esteettisen kirurgian palvelutuottajien välillä, vaan miesten potentiaalisuus asiakaskuntana tunnistettiin sivustoilla niin Suomessa kuin Virossakin sekä esteettiseen kirurgiaan erikoistuneissa sairaaloissa että laajempaa lääketieteellistä toimintaa harjoittavissa sairaaloissa.

Miesten tavallisimmat kirurgisesti korjattavat ulkonäköhaitat ovat erilaisia kuin naisilla (Siluetti 2010).

Miehille tyypilliset ulkonäölliset ongelmat konstruointiin sivustoilla erilaisiksi kuin naisilla. Miehiä saattoi sivustojen mukaan vaivata muun muassa erityinen miestyypinen kaljuuntuminen (erotuksena muusta kaljuuntumisesta, jota esiintyy myös naisilla), raskaat silmäluomet, erilaiset vartalon muotohäiriöt ja liian pieni penis.

Ulkonäöllisiksi ongelmiksi konstruointiin vartalosta aina ne kohdat, joihin kyseisellä sairaalalla oli tarjota ratkaisu. Esimerkiksi liian pieni penis tuotettiin miehiä vaivaavaksi ongelmaksi vain Cristinas Clinic -sairaalassa (2010), joka oli myös ainoa sairaala, joka teki kyseisiä operaatioita. Nordströmin sairaalan (2010) sivuilla puolestaan tuotettiin ongelmaksi miestyypinen kaljuuntuminen, johon sairaalalla oli myös antaa tehokkaaksi väitetty toimenpide.

Elämän mukanaan tuomat ulkonäön ongelmat, kuten vartalon muodon häiriöt, jotka syntyvät painon vaihtelun myötä voivat myös vaatia hoitoa jo varhaisella keski-iällä, siinä vaiheessa kun fyysisen kunnon ylläpitäminen alkaa olla tärkeää (Siluetti 2010).

Vaikka ongelmat ja niiden luonne sinänsä konstruointiin erilaisiksi miehillä ja naisilla, lähtökohdat ongelmien syntymiselle ja kirurgisen leikkauksen tavoitteet konstruointiin sivustoilla kuitenkin sukupuolineutraalisti. Myös miehillä, kuten naisillakin, ulkonäölliset ongelmat kumpusivat pääasiassa eletyn elämän jättämistä merkeistä vartaloon ja esteettinen kirurgia tuotettiin vastaukseksi palauttaa vartalo sen alkuperäiseen ja normaaliin muotoonsa. Toisaalta myös tietyt ulkonäölliset henkilökohtaiset ominaispiirteet saatettiin tuottaa epänormaaleiksi, kuten liian pieni penis, jolloin mies ei välttämättä tuntenut itseään tarpeeksi voimakkaaksi tai itsevarmaksi, siis riittävän maskuliiniseksi.

7. POHDINTA

7.1. YHTEENVETO

Tässä tutkielmassa olen tarkastellut esteettisen kirurgian markkinointiretoriikkaa sekä terveyden ja kauneuden diskursiivista rakentumista esteettistä kirurgiaa tuottavien yksityissairaaloiden internetsivuilla. Tarkastelin myös sitä, miten esteettisen kirurgian toimijat itse määrittelevät toimialaansa ja relevanssiaan suhteessa lääketieteen kokonaiskenttään. Tutkielman tavoitteena oli terveyden ja kauneuden rajapintojen kulttuurisen ymmärryksen syventäminen esteettisen kirurgian internetmarkkinoinnin kautta.

Esteettinen kirurgia representoitiin palvelutuottajien verkkosivuilla positiiviseksi ja yhteiskunnallisesti hyväksytyksi ja normaaliksi asiaksi. Riskeistä ei juurikaan puhuttu tai sitten ne konstruointiin lähinnä kauneushoidollisiksi terveystriskeistä puhumisen sijaan. Terveyden ja kauneuden samanaikaisesti läsnä oleva jännitteinen kenttä läpäisi aineistoni kaikki tekstit alusta loppuun. Lääketieteellinen diskurssi toimi teksteissä toimivana ja vakuuttavana lähtökohtana, jonka ajateltiin tarjoavan lukijalle yhteiskunnallisesti hyväksyttävän pohjan esteettisen kirurgian olemassaololle. Esteettisen kirurgian markkinointiretoriikka nojautui pitkälti vahvan ammattitaidon, korkean moraalisen normiston sekä neutraalin asiantuntijuuspuheen varaan.

Esteettinen kirurgia representoitiin palvelutuottajien teksteissä pääasiassa naisille kohdistettuna toimintana. Naiset tuotettiin internetsivuilla keskeisimmäksi asiakassegmentiksi, joskin myös miehille saatettiin omistaa palvelutuottajien sivuilla omat osionsa. Esteettisen kirurgian asiakkaat olivat sivustojen mukaan kaikenikäisiä, niin nuoria kuin vanhojakin. Asiakkaat kuvattiin lisäksi kaikenkokoisiksi ja -näköisiksi ja henkisesti tasapainoisiksi.

Esteettiselle kirurgialle tyypillisiä diskursiivisia puhetapoja olivat muun muassa kauneushoidollisen ja lääketieteellisen diskurssin vahva samanaikainen läsnäolo sekä kokonaisvaltaista hyvinvointia korostava diskurssi. Esteettisen kirurgian kauneusdiskurssissa korostettiin nuoruutta, universaalialia kauneutta, mutta samaan aikaan paradoksaalisesti myös yksilöllisiä valintoja ja yksilön omia kauneuskäsityksiä erotuksena universaalista kauneudesta. Esteettinen kirurgia representoitiin keinoksi

saavuttaa luonnollisuus ja 'oma itsensä'. Myös sukupuolidiskurssin läsnäolo oli vahva. Naiset tuotettiin internetsivuilla keskeisimmäksi asiakassegmentiksi, joskin myös miehille saatettiin omistaa palvelutuottajien sivuilla omat osionsa. Kaiken kaikkiaan sukupuolittuneisuus oli erittäin vahvasti esillä: puhe tuotettiin naisille. Vaikka markkinointiretorikka joiltain osin erosikin palvelutuottajien välillä, voidaan todeta, että kaikki aineistoni sivustot nojasivat pääasiassa samojen retoristen vakuuttamiskeinojen ja yhteiskunnallisten diskurssien varaan.

7.2. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimukseni teoreettinen viitekehys oli kattava ja laaja. Esteettistä kirurgiaa yhteiskunnallisena ilmiönä ei voida ymmärtää vain yhdestä tarkastelunäkökulmasta, sillä jokainen tarkastelunäkökulma on sidoksissa toiseen, eivätkä nämä yhteenkietoutumisen prosessit ole luonteeltaan kausaalisia tai vain yhdestä suunnasta kattavasti avattavia. Tämän vuoksi tunsin tarvetta pohjata työni teoreettisen viitekehyksen useiden erilaisten tarkastelunäkökulmien varaan. Niin markkinointi, kauneuskulttuuri, medikalisaatio, yksityinen terveydenhuolto kuin mediakulttuuri ovat osaltaan vaikuttaneet esteettisen kirurgian yleistymiseen maailmanlaajuisesti. Näitä kaikkia edellä mainittuja yhteiskunnallisia ilmiöitä olen tarkastellut sosiaalisen konstruktionismin tarjoaman metateoreettisen viitekehyksen varassa. Kaikkia erilaisia näkökulmia aiheeseen on yhdistänyt sosiaalikonstruktionistinen ajattelu, jota leimaavat postmodernius, kriittisyys sekä relativistisuus. Koska tämä tutkimus on kansanterveystieteen oppiaineen opinnäyte, olen pyrkinyt valaisemaan tutkimuskohdettani ennen kaikkea terveys sosiologisesta orientaatiosta käsin.

Tutkimuksen tekeminen on aina valintojen tekemistä, ja tehdyt valinnat ohjaavat tutkimusta tiettyyn suuntaan. Näitä valintoja ei tehdä yhteiskunnallisessa tyhjiössä. Tutkijana en pysty astumaan tarkasteluni kohteena olevan maailman tai ilmiön ulkopuolelle ja havainnoimaan tutkimuskohdettani sieltä käsin ulkopuolisesti ja puolueettomasti. Tätä tutkimusta tehdessäni olen tehnyt, paitsi tietoisia, myös tiedostamattomia valintoja, jotka ovat ohjanneet tutkimustani tiettyyn suuntaan. Toisin sanoen, en ole voinut ulkoistaa itseäni ja omia kokemuksiani sekä käsityksiäni maailmasta tutkimuksen ulkopuolelle. Tämän edellä mainitun seikan kieltämisen tai unohtamisen sijaan olen ollut tietoinen näistä tutkimuksen tekemiseen liittyvistä

perustavanlaatuisista seikoista ja pyrkinyt työhöni kirjoittamaan auki kaikki tekemäni valinnat, lisäämään analyysini luotettavuutta aineistolainauksilla sekä esittelemään tutkijapositioni. Myös käyttämäni aineistot ovat kaikki julkisia ja löytyvät muutaman klikkauksen päästä internetistä. Toki internetsivustojen sisältöjä voidaan muuttaa aika ajoin, jolloin alkuperäinen tieto enää välttämättä olekaan lukijan saatavilla. Näiden edellä mainittujen seikkojen avulla lukija voi kuitenkin tehdä omat johtopäätöksensä analyysini luotettavuudesta sekä menetelmällisen työkalujen (retorinen diskurssianalyysi) sopivuudesta työhön.

Diskurssianalyysi ja retorinen analyysi tarjosivat tutkimukselleni menetelmällisen viitekehyksen, jonka varassa tein analyysini. Vaikka niin retorista kuin diskursiivistakin analyysiä voidaan tehdä monella tavalla, ne kuitenkin ohjaavat analyysin tekemistä niin, että tulokset eivät ole täysin sattumanvaraisia ja vain tutkimuksen tekijästä riippuvaisia. Näin ollen väitän, että myös toinen tutkija olisi tuottanut samoista tutkimuskysymyksistä samanlaisia, tai ainakin samansuuntaisia tuloksia, toki myös teoreettisesta viitekehyksestä ja oppiaineesta riippuen.

Olen mielestäni onnistunut tutkimuksessani valottamaan osaltaan esteettisen kauneuskirurgian ilmiökenttää palvelutuottajien asiakasmarkkinoinnin näkökulmasta. Aineistoni kuusi sivustoa tarjosivat hedelmällisiä tuloksia tutkimuskysymyksiini, ja kattoivat mielestäni hyvin suomalaisille asiakkaille suunnatun esteettisen kirurgian markkinoinnin laadullisen tutkimuksen tarpeisiin. Suorittamassani saturaatiotestissä, jolla pyrin lisäämään tutkimukseni luotettavuutta, ei ilmennyt uusia tulokulmia tai eroavaisuuksia aiheeseen. Toisaalta, aineiston valinnan ja saturaatiotestin ulkopuolelle on jäänyt varmasti useita esteettisen kirurgian palveluita tarjoavia yrityksiä, sillä valikoin aineistoni hakukone Googlesta hakusanan ”esteettinen kirurgia” perusteella.

Kaikki alan yritykset eivät välttämättä ole kohdistaneet hakusanamarkkinointiaan juuri ”esteettinen kirurgia” -hakusanayhdistelmään, jolloin kyseinen hakusanayhdistelmä ei myöskään ole tuottanut tutkimustani varten Google-osumia. Hakuni ulkopuolelle on näin muun muassa jäänyt, kuluvana keväällä oman televisio-ohjelmankin Liv -kanavalle saanut, Tiina Jylhän luotsaama The Look -klinikka Tallinnassa. Erona oman aineistoni sivustoihin, The Look käyttää internetmarkkinoinnissaan erityisen paljon julkisuuden henkilöiden suositteluja klinikan palveluista. Omassa aineistossani sekä vertailuaineistossani julkisuuden henkilöitä ei juurikaan käytetty markkinoimaan

esteettisen kirurgian palveluita. Tämän vuoksi voidaan todeta, että esteettistä kirurgiaa ei juurikaan markkinoida suomalaisille asiakkaille julkisuudesta tutuilla kasvoilla.

7.3. JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Mahdollisia jatkotutkimusaiheita käsillä olevalle tutkielmalleni olisi paljonkin. Voisi olla mielenkiintoista tutkia aihetta semioottisen kuva-analyysin kautta, ja pohtia, miten esteettinen kirurgia representoidaan palvelutuottajien internetsivuilla olevien kuvien kautta. Tässä tutkielmassa olen keskittynyt vain tekstiin, ja kuvien sisällyttäminen osaksi tutkimusta voisi antaa aiheesta syvemmän ymmärryksen. Toisaalta mielenkiintoista olisi myös tehdä vertailevaa tutkimusta eri maiden palvelutuottajien internetsivujen sisältöjen välillä. Vertailuun voisi ottaa mukaan esimerkiksi Yhdysvallat, joka monessa suhteessa toimii edelläkävijänä esteettisen kirurgian tuottajana. Lisäksi vertailuun voisi ottaa esimerkiksi Kiinan tai Intian, joissa esteettisen kirurgian leikkauksia tehdään määrällisesti eniten heti Yhdysvaltojen jälkeen (ISAPS 2009a) ja joissa leikkauksella pyritään usein poistamaan myös kyseiselle alueelle tyypillisiä etnisiä piirteitä. Myös vertailu eri Euroopan maiden kesken voisi olla hedelmällistä, sillä esimerkiksi Hollannissa esteettisin perustein tehtävät leikkaukset voidaan kustantaa kansallisesta sairausvakuutuksesta (Davis 2003, 60). Pro gradu -tutkielman luonteesta johtuen tässä yhteydessä olen kuitenkin tyytynyt analysoimaan vain suomalaiselle asiakkaalle markkinoituja esteettisen kirurgian palveluja, sillä muuten tutkielmasta olisi tullut aivan liian pitkä opinnäytetyöksi.

Esteettisen kirurgian luonne muuttuu jatkuvasti ja se laajenee koskemaan uusia asiakassegmenttejä. Tämän tutkielman aineistoissakin näkyi jo osittain asiakaskunnan laajentaminen miehiin, vaikka naisasiakkaat muodostavat yhä edelleen vielä suurimman osan esteettisen kirurgian asiakaskunnasta. Lisäksi on olemassa viitteitä, että yhä useampi esteettisen kirurgian leikkaus kohdistetaan erilaisten etnisten piirteiden 'länsimaistamiseen' sekä vammaisten ihmisten ulkoisten piirteiden 'neutralisoimiseen'. Esimerkiksi Downin syndroomalle tyypillisiä ulkoisia piirteitä on jo maailmalla alettu korjata kirurgisesti (emt., 134).

Olen samaa mieltä Davisin (2003, 134) kanssa siitä, että esteettinen kirurgia ilmiönä ja tutkimusaiheena on kaikkea muuta kuin jo käsitelty. Toivottavasti omalta osaltani olen pystynyt valottamaan esteettisen kirurgian tutkimuksellista ilmiökenttää uudesta

suunnasta – erityisesti palvelutuottajalähtöisesti asiakasmarkkinoinnin näkökulmasta. Esteettinen kirurgia ei ole arvovapaata toimintaa, ja se liittyy vahvasti keskeisiin yhteiskunnallisiin arvoihin. Ei ole yhdentekevää, kuinka yleiseen mielipiteeseen vaikutetaan. Sen vuoksi olen tässä tutkielmassa pohtinut juuri erilaisia puhetapoja ja retorisia keinoja, joilla esteettistä kirurgiaa yhteiskunnassamme pyritään legitimoimaan. Normaaliuden ja epänormaaliuden, tarpeellisen ja tarpeettoman sekä terveyden ja sairauden rajat ovat usein varsin häilyviä ja sopimuksenvaraisia. Niin voivat olla myös kauneuden ja terveyden, esteettisen ja rekonstruktivisen sekä lääketieteen ja kauneushoidon rajat.

LÄHTEET

- Aarva, P. (1994). "Terveyden arvo". *Duodecim* 1994; 110 (23–24): s. 2202.
- Ahola, A. (2005). "Koettu terveys on myös inhimillistä pääomaa". *Survey Laboratorion Hyvinvointikatsaus* 4/ 2005.
- ASAPS (2009). American Society for Aesthetic Plastic Surgery: cosmetic surgery national data bank statistics. <http://www.surgery.org/sites/default/files/2009stats.pdf>. Viitattu 18.10.2010.
- Armstrong, D. (1995). "The Rise of Surveillance Medicine". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 17, No. 3, 1995, pp. 393–404.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1994). *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Helsinki: Gaudeamus 1994. Suomentanut Vesa Raiskila. Alkuperäisteos "The Social Construction of Reality" (1966).
- Black, P. (2004). *The Beauty Industry. Gender, Culture, Pleasure*. Routledge: London 2004.
- Boddington, P. & Räisänen, U. (2009). Theoretical and Practical Issues in the Definition of Health: Insights from Aboriginal Australia". *Journal of Medicine and Philosophy*, 34, January 2009, pp. 49–67.
- Bordo, S. (1990). "Reading the Slender Body", pp. 83–112. Teoksessa Jacobus, M. – Keller, E. F & Shuttleworth, S. (eds.): *Body/Politics*. Routledge: London & New York 1990.
- Braun, V. (2009). "'The Women are doing it for themselves'. The Rhetoric of Choice and Agency around Female Genital 'Cosmetic Surgery'". *Australian Feminist Studies*, Vol. 24, No. 60, June 2009, pp. 233–249.
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism*. Routledge: London; New York 2003.
- Cadwallader, J (2007). "Suffering Difference: Normalisation and Power". *Social Semiotics*, Vol. 17: number 3 (September 2007), pp. 375–393.
- Callaghan, K.A. (1994) Introduction, pp. vii- xv. Teoksessa Callaghan, K.A. (ed.) *Ideals of Feminine Beauty*. Philosophical, Social, and Cultural Dimensions. Greenwood Press: United States of America 1994.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Temple University Press: Philadelphia 1992.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The John Hopkins University Press: Baltimore 2007.

- Crawford, R. "Healthism and the medicalization of everyday life". *International Journal of Health Services* 1980: 10(3): 365–88.
- Dahl, R (1957). "The Concept of Power". *Behavioral Science*, 2:3 (1957: July), pp. 201–215.
- Danaher, G. – Schirato, T. & Webb, J (2000). *Understanding Foucault*. Sage Publications: London 2000.
- Davis, K. (1995). *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. Routledge: New York 1995.
- Davis, K. (2003). *Dubious Equalities & Embodied Differences. Cultural Studies on Cosmetic Surgery*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.: New York 2003.
- Elliott, A. (2008). *Making the Cut. How Cosmetic Surgery is Transforming our Lives*. Reaktion Books: London 2008.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062
- Ewert, B. (2009) "Economization and Marketization in the German Healthcare System: How Do Users Respond?". *German Policy Studies*, Vol. 5, No. 1, 2009, pp. 21–44.
- Fairclough, N. (1997). *Miten media puhuu*. Vastapaino: Tampere 1997. Alkuperäisteos "Media Discourse" (1995).
- Fairclough, N. (1999). *Critical Discourse Analysis: the Critical Study of Language*. Longman: London 1999.
- Farley, M. A. (1995). Preface, pp. vii-xiii. In Sowle Cahill, L. & M.A. Farley: *Embodiment, Morality and Medicine*. Kluwer Academic Publishers: Netherlands 1995.
- Forsius, A. (1996). "René Descartes ja lääketiede". *Suomen lääkirilehti* 26/1996, vsk 51, s. 2654.
- Foucault, M. (1999). *Seksuaalisuuden historia. Tiedontahto. Nautintojen käyttö. Huoli itsestä*. Gaudeamus: Tampere 1999. Alkuperäisteokset: La volonté savoir (Histoire de la sexualité I) (1976), L'usage des plaisirs (Histoire de la sexualité II) (1984) ja Le souci de soi (Histoire de la sexualité III) (1984).
- Foucault, M. (2005). *Tarkkailla ja rangaista*. Suomentanut Eeva Nivanka. Alkuperäisteos: Surveiller et punir (1975). Otava: Keuruu 2005.
- Foucault, M. (2009). *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. 6th Ed. Routledge: New York 2009. Alkuperäisteos: Naissance de la Clinique (1963).

- Fowles, Jib (1996). *Advertising and Popular Culture. Foundations of Popular Culture* 5. Thousand Oaks, California: Sage.
- Gadamer, H-G. (1996). *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*. Polity Press: Padstow, Cornwall. Alkup.: Über die Verbogenheit der Gesundheit, 1993. Kääntänyt Gaiger, J. & Walker, N.
- Gergen, K. J. (1999). *An Invitation to Social Construction*. Sage: London 1999.
- Gilman, S. L. (1995). *Health and Illness. Images of Difference*. Reaktion Books: London, UK 1995.
- Gimlin, D.L. (2002). *Body Work. Beauty and Self Image in American Culture*. University of California Press: London 2002.
- Google: esteettinen kirurgia 2010. Hakusana: esteettinen kirurgia. Sponsoroidut linkit. www.google.com. Viitattu 28.10.2010.
- Grönroos, C. (2006). ”On defining marketing: finding a new roadmap for marketing”. *Marketing Theory* 2006:6(4), pp. 395–417.
- Haapanen, P. (1996). Roomalaisten korkein taito, ss. 23–50. Teoksessa Palonen, K. & Summa, H. *Pelkkää retoriikkaa*. Vastapaino: Tampere 1996.
- Hall, S. (1997). The Work of representation, ss. 13–74. Teoksessa, Hall, S. (ed.). *Representation. Cultural representations and signifying practices*. Sage: London 1997.
- Harjunen, H (2004). ”Lihavuus ja moraalinen paniikki”, ss. 412–418. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 4.
- Hemminki, E. (2004). Terveysthuolto ja kauneus. Julkaisussa Toiviainen, H. – Väänänen, T. & Hemminki, E. (toim.) (2004). *Ulkonäkö, työelämä ja terveys*. Raportti naistenpäivän seminaarista 8.3.2004. Stakes aiheita 20/2004. Stakesin monistamo: Helsinki 2004.
- Heyes, C. J. (2007). “Cosmetic Surgery and the Televisual Makeover. A Foucauldian Feminist Reading”. *Feminist Media Studies*, Vol. 7, No. 1, 2007, pp. 17–32.
- Honkasalo, M-L. (2000). Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? Teoksessa Kangas, I. – S. Karvonen – Lillrank A. (toim.): *Terveys sosiologian suuntauksia*, ss. 53–73. Gaudeamus: Helsinki 2000.
- Helén, I. (2000). Ruumiillistunut sosiologia , ss. 154–175.. Teoksessa Kangas, I. – Karvonen, S. & Lillrank, A. (toim.): *Terveys sosiologian suuntauksia*. Gaudeamus: Helsinki 2000.
- Illich, I. (1975). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Marion Boyars: London 1975.

- ISAPS (2009a). ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2009: analysis. http://www.isaps.org/uploads/news_pdf/Analysis_iSAPS_Survey2009.pdf. Viitattu 18.10.2010.
- ISAPS (2009b). ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2009: methodology. http://www.isaps.org/uploads/news_pdf/Methodology_ISAPS_Survey2009.pdf. Viitattu 18.10.2010.
- Jauho, M. (2007). *Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa*. Episteme -sarja. Tutkijaliitto: Tampere 2007.
- Johansson, T. (2007). *Täydellinen minä? Rajat vaatimuksille*. Edita: Helsinki 2007. Suomentanut Riitta Bergroth. Alkuperäisteos ”Makeovermani. Om Dr Phil, plastikkirurgi och illusionen om det perfekta jaget” (2006).
- Johnson, R. J. & Wolinsky, F. D. (1993). “The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health”. *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 34, No. 2 (Jun., 1993), pp. 105–121.
- Jokinen, A – Juhila, K. & Suoninen, E. (1993). Diskursiivinen maailma: teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet, ss. 17–47. Teoksessa Jokinen, A – Juhila, K. & Suoninen, E. *Diskurssianalyysin aakkoset*. Vastapaino: Tampere 1993.
- Jokinen, A. (1999). Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin, ss. 37-53. Teoksessa Jokinen, A. – Juhila, K. & Suoninen E. (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino: Tampere 1999.
- Jordan, J.W. (2009). “Reshaping the ”Pillow Angel”: Plastic Bodies and the Rhetoric of Normal Surgical Solutions”. *Quarterly Journal of Speech*, Vol. 95, No. 1, February 2009, pp. 20–42.
- Kallio, O. (2007). Terveysthuolto kuntatalouden näkökulmasta, ss. 115–131. Teoksessa Pohjolainen, P. – Kallio, O. – Oulasvirta, L. – Frisk, T. – Katko, T. – Lintonen, T. & Uusi-Rasi, K. (toim.). *Terveyst suomalaisessa yhteiskunnassa – ennen, nyt ja tulevaisuudessa*. Tampereen Dosenttiyhdistyksen julkaisu nro 2: Tampere 2007.
- Kakkuri-Knuuttila, M-L. (1998). Retoriikka, ss. 233-272. Teoksessa Kakkuri-Knuuttila, M-L. (toim.). *Argumentti ja kritiikki. Lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot*. Gaudeamus: Helsinki 1998.
- Kakkuri-Knuuttila, M-L. & Ylikoski, P. (1998) Merkitys ja tulkinta, ss. 24–33. Teoksessa: Kakkuri-Knuuttila, M-L. (toim.) *Argumentti ja kritiikki. Lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot*. Gaudeamus: Helsinki.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

- Karjaluoto, H. (2010). *Digitaalinen markkinointiviestintä. Esimerkkejä parhaista käytännöistä yritys- ja kuluttajamarkkinointiin*. WSOY pro Oy / Docendo: Saarijärvi 2010.
- Karkulehto, S. (2006). Seksuaalisen ruumiin modernit teoriat , ss. 44–70. Teoksessa Kinnunen, T. & Puuronen, A. (toim.): *Seksuaalinen ruumis. Kulttuuritieteelliset lähestymistavat*. Gaudeamus: Tampere 2006.
- Karvonen, E. (1998). Ihminen ja kulttuuri eli robinsonit asfalttiviidakossa, ss. 29–56. Teoksessa Kivikuru, U. & Kunelius, R. (toim.): *Viestinnän jäljillä. Näkökulmia uuden ajan ilmiöön*. WSOY: Juva 1998.
- Karvonen, E. (1999). *Elämää mielikuvayhteiskunnassa. Imago ja maine menestystekijöinä myöhäismodernissa maailmassa*. Gaudeamus: Tampere 1999.
- Karvonen, E. (2004). *Mediaseksikkyyden yhteiskunta*. <http://www.uta.fi/~tierka/medioitum.htm>. Viitattu 20.10.2010.
- Kela (2009). Sairausvakuutus ja mitä se korvaa?. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090801095216EH?OpenDocument>. Päivitetty 1.7.2009. Viitattu 20.10.2010.
- Kelley, L.D. & Jugenheimer, D. W. (2006). *Advertising Account Planning : A Practical Guide*. M.E. Sharpe, Inc. 2006 Elektroninen julkaisu. <http://site.ebrary.com/lib/tampere/docDetail.action?docID=10178054>. Viitattu 27.10.2010.
- Kinnunen, T. (2001). *Pyhät bodarit. Yhteisöllisyys ja onni täydellisessä ruumiissa*. Gaudeamus: Helsinki 2001.
- Kinnunen, T. (2006). Silikoni-implantit omaksi iloksi?, ss. 160–182. Teoksessa Kinnunen, T. & A. Puuronen: *Seksuaalinen ruumis. Kulttuuritieteelliset lähestymistavat*. Gaudeamus: Tampere 2006.
- Kinnunen, T. (2008). *Lihaan leikattu kauneus. Kosmeettisen kirurgian ruumiillistuneet merkitykset*. Gaudeamus: Helsinki 2008.
- Kohvakka, R. (2009). ”Internetin käyttö on yleistä ja arkista”. *Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 3/2009*.
- Koivusalo, M. (2009). Globalisaatioparadoksi – terveystieteellinen monopolien ja markkinoiden puristuksessa, ss. 106–131. Teoksessa Koivusalo, M. – Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus: Helsinki 2009.
- Koivusalo, M. – Ollila, E. & Alanko, A. (2009a). Johdanto, ss. 9–20. Teoksessa Koivusalo, M. – Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus: Helsinki 2009.

- Koivusalo, M. – Ollila, E. & Alanko, A. (2009b). Lopuksi – valinnat ja vastuu terveydenhuollossa, ss. 276–288. Teoksessa Koivusalo, M. – Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus: Helsinki 2009.
- Kubisz, M. (2003). *Strategies of resistance. Body, Identity and Representation in Western Culture*. Peter Lang: Frankfurt am Main 2003.
- Kulmala, I (2004). Kauneus ja kirurgin veitsi – ulkonäkökäyttämisen uudet haasteet ja mahdollisuudet. Julkaisussa Toiviainen, H. – Väänänen, T. & Hemminki, E. (toim.) (2004). *Ulkonäkö, työelämä ja terveys*. Raportti naistenpäivän seminaarista 8.3.2004. Stakes aiheita 20/2004. Stakesin monistamo: Helsinki 2004.
- Kuluttajansuojalaki 20.1.1978/38.
- Kuluttajavirasto (2010). Kuluttajakasvatus: internet ja mainonta. <http://www.kuluttajavirasto.fi/fi-FI/kuluttajakasvatus/mainonta-ja-kaupallinen-media/tietoa-mainonnasta/internet-ja-mainonta/>. Viitattu 20.9.2010.
- Kunelius, R. – Noppari, E. & Reunanen, E. (2009). *Media vallan verkoissa*. Tampereen yliopisto, Tiedotusopin laitos, julkaisuja sarja A 112/2009: Tampere 2009.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152
- Lebacqz, K. (1995). The "Fridge": Health care and the disembodiment of women", pp. 155-167 in Sowle Cahill, L. & M.A. Farley: *Embodiment, Morality and Medicine*. Kluwer Academic Publishers: Netherlands 1995.
- Lillrank, A. & Seppälä, U-M. (2000): Sairauden ja terveyden kokemus maallikkonäkökulttuurista, ss. 104–118. Teoksessa Kangas, I. – S. Karvonen – Lillrank A. (toim.): *Terveyssosiologian suuntauksia*. Gaudeamus: Helsinki 2000.
- Lumme-Sandt, K. & Aarva, P. (2005). "Terveys ja hyvinvointi päivälehtimainoksissa". *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2003: 42, ss. 178–190.
- Lupton, Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. Sage Publications: London 1995.
- Lääkäreitä ja lääkäripalveluja koskevat markkinointiohjeet, 2009. Suomen lääkäriliitto 2009. Hyväksytty Lääkäriliiton hallituksen kokouksessa 13.6.2002, muutokset hyväksytty hallituksen kokouksessa 12.6.2006, 4.6.2009.
- MacLashlan, M. 2004: *Embodiment. Clinical, critical and cultural perspectives on health and illness*. Open University Press: Bodmin, Cornwall, Great Britain 2004.
- Media 2009. *Selvitys alan markkinatilanteesta ja trendeistä* (2009). Digital Media Finland Oy & TEKES: Helsinki.

- Merisavo, M. – Vesanen, J. – Raulas, M. & Virtanen, V. (2010). *Digitaalinen markkinointi*. Talentum: Jyväskylä 2006.
- Murray, B.H. (2003). *Defending the Brand. Aggressive Strategies for Protecting Your Brand in the Online Arena*. AMACOM Books 2003. Elektroninen julkaisu. <http://site.ebrary.com/lib/tampere/docDetail.action?docID=10044971>. Viitattu 26.10.2010.
- Murray, S. (2007). “Corporeal Knowledges and Deviant Bodies: Perceiving the Fat Body”. *Social Semiotics*, Volume 17, Number 3, September 2007, pp. 361–373.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health & Illness*. Polity Press: Cornwall 1995.
- Ojanen, E. (2001). *Kauneuden filosofia*. Kirjapaja Oy: Hämeenlinna 2001.
- Okko, P. – Björkroth, T. – Koponen, A. – Lehtonen, A. & Pelkonen, E. (2007). *Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat*. Kunnallissalan kehittämissäätiö Kaks: Vammala 2007.
- Palonen, K. & Summa, H. (1996). Johdanto: retorinen käänne?, ss. 7–22. Teoksessa Palonen, K. & Summa, H. (toim.) *Pelkkää retoriikkaa*. Vastapaino: Tampere 1996.
- Perelman, C. (1996). *Retoriikan valtakunta*. Vastapaino: Tampere 1996. Suomentanut Leevi Lehto. Alkuperäisteos: ”L’empire rhétorique. Rhétorique et argumentation” (1977).
- Petersen, A. (2007). *The Body in Question. A Socio-Cultural Approach*. Routledge: London 2007.
- Pietikäinen, S. & Mäntynen, A. (2009). *Kurssi kohti diskurssia*. Vastapaino: Tallinna 2009.
- Pitss, V. (2003). *In the Flesh. The Cultural Politics of Body Modification*. Palgrave Macmillan: New York 2003.
- Rooney, K. (2009). “Consumer-Driven Healthcare marketing: Using the Web to Get Up Close and Personal”. *Journal of Healthcare Management* 54:4, July / August 2009, pp. 241–251.
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sahlgren, J (2001). *Values, Health and Medicalization – A Study of the Ethical Language in Printed Advertisements*. Oulu University Press: Oulu 2001.
- Sairaanhoitokorvausten taksat (2010). Kela: 1.10.2010. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/\\$File/taksa.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/$File/taksa.pdf?OpenElement). Viitattu 20.10.2010.

- Sarpavaara, H. (2004). *Ruumiillisuus ja mainonta : diagnoosi tv-mainonnan ruumiillisuusrepresentaatioista*. Tampere University Press: Tampere 2004.
- Seppänen, J. (2005). *Visuaalinen kulttuuri. Teoriaa ja metodeja kuvan tulkitsijalle*. Vastapaino: Tampere 2005.
- Shaw, G. (2008). Department Focus: Marketing--Lessons from the Field. Health Leaders Media.
http://www.healthleadersmedia.com/content/215014/topic/WS_HLM2_MAG/Department-Focus-MarketingLessons-from-the-Field.html. Viitattu 27.10.2010.
- Spierings, B. & van Houtum, H. (2007). ”The Brave New World of the Post-society: The Mass production of the Individual Consumer and the Emergence of Template Cities”. *European Planning Studies* Vol. 16, No. 7, August 2008.
- Summa, H. (1996). Kolme näkökulmaa retoriikan tutkimukseen. Burke, Perelman, Toulmin ja retoriikan kunnianpalautus, ss. 51–84. Teoksessa Palonen, K. & Summa, H. *Pelkkää retoriikkaa*. Vastapaino: Tampere 1996.
- Suomen Lääkäriliitto (2005). Lääkärin etiikka. Helsinki 2005.
- Suoninen, E. Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen, ss. 17–33. Teoksessa Jokinen, A. – Juhila, K. & Suoninen E. (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino: Tampere 1999.
- Synnot, A. (1993). *The Body Social. Symbolism, Self and Society*. Routledge: London and New York 1993.
- THL (2010). Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. <http://info.stakes.fi/yksityinenpalvelutuotanto/FI/tiivistelma/index.htm>. Julkaistu 6.2.2008, Päivitetty 3.5.2010. Viitattu 21.10.2010.
- Tikkanen, H. – Aspara, J. & Parvinen, P. (2007). *Strategisen markkinoinnin perusteet*. Talentum: Helsinki 2007.
- Tikkaoja, O (2002). *Muodonmuuttajat. Tulevaisuudenkuvia kauniin ihmisruumiin ja teknologian välisestä liitosta*. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto: Media- ja suunnitteluteknologian maisteriohjelman.
- Toiviainen, H. – Väänänen, T. & Hemminki, E. (toim.) (2004). *Ulkonäkö, työelämä ja terveys*. Raportti naistenpäivän seminaarista 8.3.2004. Stakes aiheita 20/2004. Stakesin monistamo: Helsinki 2004.
- Toiviainen, H. (2007). *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Helsingin yliopisto/Stakes tutkimuksia 160: Vaajakoski 2007.
- Topo, Päivi (2006). ”Medikalisaatio muuttuvassa maailmassa”. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 3/2006, ss. 171–173.

- Torrance, G. W. (1976). "Health Status Index Models: A Unified Mathematical View". *Management Science*, Vol. 22, No. 9 (May, 1976), pp. 990–1001.
- Torvi, K. & Kiljunen, P. (2005). *Onnellisuuden vaikea yhtälö. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus*. Taloustieto Oy: Yliopistopaino 2005.
- Tritter, J. – Koivusalo, M. – Ollila, E. & Dorfman, P. Globalisation, Markets and Healthcare policy. Redrawing the patients as consumer. Routledge: London 2010.
- Tucker, R. E. (2001). "Figure, Ground and Presence: A Phenomenology of Meaning in Rhetoric". *Quarterly Journal of Speech*. Vol. 87, No. 4, November 2001, pp. 396–414.
- Tuomainen, R. (1994). "Lääkäri ja maallikko medikalisaation paineissa". *Suomen lääkärilehti* 24/1994, vsk 49, s. 2363.
- Tuorila, H. (2000). *Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa*. Tampereen yliopisto: Tampere 2000.
- Tuominen, R. – M. Myllykangas – Elo, J. & Ryyänen, O-P. (1999). *Medikalisaatio – aikamme sairaus*. Vastapaino: Tampere 1999.
- Turner, B. S. (1991). Recent Developments in the Theory of the Body, ss. 1–35. Teoksessa Featherstone, M. – Hepworth, M & Turner B. S. (eds.): *The Body. Social Process and Cultural Theory*. Sage: London 1991.
- Utrio, K. (2001). *Bella Donna. Kaunis nainen kautta aikojen*. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Keuruu 2001.
- Vainionpää, K. (2006). 'Male Menopause'. *The Birth of a New Illness*. University of Lapland: Rovaniemi 2006.
- Von Bonsdorff, P. & Seppä, A. (toim.) (2002). *Kauneuden sukupuoli. Näkökulmia feministiseen estetiikkaan*. Gaudeamus: Helsinki 2002.
- Vuori, J. (2004). Sukupuolen ja seksuaalisuuden retorinen analyysi, ss. 93-117. Teoksessa Liljeström, M.: *Feministinen tietäminen. Keskustelua metodologiasta*. Vastapaino: Tampere 2004.
- Vuorinen, J. (1996). *Estetiikan klassikoita*. Toinen painos. Tietolipas 126, Suomalaisen Kirjallisuuden Seura: Juva 1996.
- Vuorisalmi, M. (2007). *Examining self-rated health in old age - methodological study of survey questions*. Tampere University Press: Tampere 2007.
- Väestörekisterikeskus 2011. *Nimipalvelu*. <http://verkkopalvelu.vrk.fi/Nimipalvelu/>.

- Vähämäki, J. (1998). Elämänpolitiikka ja biopolitiikka, ss. 128- 151. Teoksessa: Roos, J.P. & Hoikkala, T.: *Elämänpolitiikka*. Gaudeamus: Tampere 1998.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1992). *Mapping the Language of Racism. Discourse and the Legitimation of exploitation*. Harvester Wheatsheaf: London 1992.
- White, R.F. (2006). “Direct-to-Consumer Advertising and the Demise of the Ideal Model of Health Care”. *The Independent Review*, v . XI, Fall 2006, pp. 223–236.
- WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Viitattu 29.9.2010.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. Viitattu 29.9.2010.
- Williams, S.J. & G. Bendelow (1998) *The Lived Body. Sociological Themes, Embodied Issues*. Routledge: London 1998.
- Williams, S.J. – Gabe, J. & Calnan, M. (2000): Introduction – Health, medicine and society: Key theories, future agendas, pp. 1-23. In Williams, S.J. – Gabe, J. & Calnan, M (eds.) (2000): *Health, Medicine and Society Key Theories and Future Agendas*. Routledge: London and New York 2000.
- Williams, S. J. (2003). *Medicine and the Body*. Sage Publications: Trowbridge, Wiltshire, Great Britain 2003.
- Williams, S. J. (2005). “Parsons revisited: from the sick role to...?”. *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 1363–4593; Vol 9(2): pp. 123–144.
- Wolf, N. 1996: *Kauneuden myytti. Kuinka mielikuvilla hallitaan naista*. Alkuperäisteos “The Beauty Myth. How Images of Beauty Are Used Against Women” (1991). Suom. Helene Bützow. Kirjayhtymä OY: Hämeenlinna 1996.
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet* (2009). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2009). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Helsinki 2009.
- YLE (2004). TV1/MOT 26.1.04: ”Cowboy kirurgiaa”. <http://yle.fi/mot/af260104/kasikirjoitus.htm>. Viitattu 4.4.2011.
- YLE (2011). Uutiset 2.2.2011. “Kauneuskirurgia arkipäiväistyi nopeasti Suomessa”. http://yle.fi/uutiset/teksti/kotimaa/2011/02/kauneuskirurgia_arkipaivaistyi_nopeasti_suomessa_2332600.html. Viitattu 10.02.
- Zola, I.K. (1972). “Medicine as an Institution of Social Control”. *The Sociological Review* 1972 Nov: 20(4), pp. 487–504.

LIITTEET

LIITE 1: TUTKIMUSAINEISTO

Artia Cosmetic Surgery (2010). Verkkosivusto.

<http://www.artiaclinic.com/fin/index.php>. Viitattu 2.11.2010.

Cristinas Clinic (2010). Verkkosivusto. <http://www.cristinasclinic.com>. Viitattu 2.11.2010.

Lääkäriasema Pulssi (2010). Verkkosivusto. <http://www.pulssi.fi>. Viitattu 2.11.2010.

Nordström Hospital (2010). Verkkosivusto. www.nordstromhospital.fi. Viitattu 2.11.2010.

Sairaala Mehiläinen (2010). Verkkosivusto. <http://www.mehilainen.fi>. Viitattu 2.11.2010.

Sairaala Siluetti (2010). Verkkosivusto. <http://www.siluetti.fi>. Viitattu 2.11.2010.

VERTAILUAINEISTO

Cityklinikka (2011). Verkkosivusto. <http://www.cityklinikka.fi/>. Viitattu 4.4.2011.

Klinikka 22 (2011). Verkkosivusto. <http://www.klinikka22.fi/>. Viitattu 4.4.2011.

Plastiikkakirurgia Helena Puonti (2011). Verkkosivusto.

<http://www.plastiikkakirurgiahelena.fi/>. Viitattu 4.4.2011.

Sairaala Botnia (2011). Verkkosivusto. <http://www.plastiikkakirurgi.fi/botnia.htm>. Viitattu 4.4.2011.

Sairaala Tilkka (2011). Verkkosivusto. <http://www.lasertilkka.fi/sairaala-tilkka/>. Viitattu 4.4.2011.

Terveystalo (2011). Verkkosivusto. <http://www.terveystalo.com>. Viitattu 4.4.2011.