



Alati ajankohtainen terveys

Johdanto

Jari Eilola, Petteri Impola, Annastiina Mäkilä ja Anna Niiranen

Erilaiset käsitykset terveydestä ja sairaudesta sekä niiden hoitamisesta ovat olleet ja ovat edelleen tärkeä osa ihmisten elämää. Ne ovat kysymyksiä, jotka ovat vaikuttaneet yhteisöjen ja kulttuurien muotoutumiseen ja niiden kykyyn selviytyä. Usein on ollut myös niin, että normatiivinen, hyvää terveyttä ja hoitoa koskeva keskustelu ei ole rajoittunut yksinomaan lääketieteellisen tai muun vallitsevan terveystieteiden piiriin, vaan sillä on ollut laajempia yhteiskunnallisia, kulttuurisia ja poliittisia yhteyksiä, joiden vaikutus on ollut vähintään yhtä suurta. Hyvänä esimerkkinä toimii nykyisen suomalaisen terveystieteellisen keskustelun kuumien aiheiden – ja varmasti lukuisten tulevien tutkimusten kohde – sosiaali- ja terveyspalveluiden jättimäinen uudistamisyritys. Vaikka kyse on lähtökohtaisesti terveydestä, keskustelua käydään lopulta taloudellisista, poliittisista, yhteiskunnallisista ja uskonnollisista arvoista.

Humanisteilla on paljon annettavaa tämän aihepiirin tutkimukselle, etenkin kulttuurin ja historian näkökulmista. J@rgonia-verkkajulkaisun ensimmäinen teemanumero *Terveys, yksilö ja yhteiskunta* on omistettu näistä näkökulmista tehdylle terveyden ja terveydenhoidon tutkimukselle. Teemanumero sisältää viisi artikkelia, joissa tutkitaan terveyttä laaja-alaisesti. Terveyden asiantuntijoiden lisäksi niissä käsitellään yksilöiden, potilaiden, omaisten ja muiden sairaalaympäristöjä lähellä olleiden sekä terveyden määrittelyn kohteiksi päätyneiden näkökulmia. Teemanumero on osa tieteellistä keskustelua, jossa on yhä enemmän alettu huomioida terveyden määrittämisen laaja-alaisuus sekä yksilöiden omat käsitykset, kokemukset ja muistot.

Moniselitteinen ja monitieteinen terveys

Somaattisessa lääketieteessä *terveys* voidaan määritellä elimistön normaaliksi, häiriöttömäksi toiminnaksi. Toisin sanoen terveys olisi sairauden puuttumista. Samalla terveys on fyysistä, psyykkistä mutta myös sosiaalista hyvinvointia. Näin sanakirjamaisesti määriteltynä terveys tuntuu kompaktilta ja aukottomalta käsitteeltä, mutta illuusio sirpaloituu välittömästi kysymällä, mitä on normaali, tai kysymällä



ihmisiltä, milloin he kokevat olevansa terveitä, milloin sairaita. Käsitteen laajuudesta ja ajoittaisesta hahmottomuudesta huolimatta on ilmeistä, että terveys on yksi keskeisimmistä tekijöistä jokaisen elämässä, vaikka usein sitä ei ajatella yhtä tietoisesti kuin sairautta sitä kohdattaessa. (Ks. esim. Helén & Juho 2003, 25–26; Honkasalo, Salmi & Launis 2012, 12–14; Hokkanen & Kananoja 2017, 8.) Terveys, samoin kuin sairaus, on myös poikkeuksellisen hyvä esimerkki käsitteestä, jonka määrittelemisessä kohtaavat yksilön, yhteisöjen ja koko yhteiskunnan erilaiset konventiot sekä niiden muutokset ajassa ja paikassa. Tämä taas tekee terveydestä mielenkiintoisen ja tärkeän tutkimuskohteen, ei vain lääketieteellisestä, vaan myös humanistisesta, historiallisesta ja kulttuurisesta näkökulmasta. Siksi J@rgonia onkin mitä luontevin foorumi juuri terveyden monipuoliseen havainnointiin.

Lääketiedettä ja lääkäreitä kritisoitiin 1900-luvun jälkipuoliskolla liiallisesta keskittymisestä sairauden hoitamiseen ja voittamiseen, minkä seurauksena vuorovaikutus potilaan kanssa jäi hyvin ohueksi (Honko 1994, 16–22). Tähän johtanut kehitys oli alkanut 1800-luvulla, jolloin lääketiede alkoi teknistyä ja luonnontieteellistyä. Aikaisemmin lääkärit olivat nojautuneet diagnoseissaan potilaiden kertomuksiin oireistaan ja tuntemuksistaan, mutta nyt teknisten apuvälineiden kasvava joukko mahdollisti luotettavamman tiedon saamisen. Sitä tarjosivat myös laboratorioissa tehtävät kokeet, joissa pystyttiin osoittamaan useiden tartuntatautiin mikroskooppisen pienet aiheuttajat. Laboratoriotutkimuksissa pystyttiin myös valmistamaan lääkkeitä, joilla bakteerien aiheuttamia sairauksia voitiin torjua ja parantaa. Se oli omiaan vahvistamaan sairautteen ja sen mekanismeihin eikä potilaaseen keskittyvää hoitoa. Näiden muutosten seurauksena lääkäreiden ammatillinen ja tieteellinen käsitys sairauksista ja niiden hoidosta alkoi nopeasti erkaantua potilaiden ja muiden maallikoiden käsityksistä. Diagnoosin pukeminen latinankieliseen ammattisanastoon vain syvensi potilaan ja lääkärin välistä kuilua. (Johannisson 2004, 17–38; Reiser 2009; Bound Alberti 2010, 108–114.)

Jos terveys ymmärretään toimintakykynä, on se lähes universaali itseisarvo, mutta vielä 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla terveyden määrittelemisen oli huomattavasti epämääräisempää kuin sairauksien: terveys oli sairauksien poissaoloa, ruumiillista vahvuutta ja henkistä vireyttä. Terveys liittyi lisäksi vahvasti kansalliseen ajatteluun: kansakunnan terveys rakentui yksittäisten ihmisten terveydestä. Niinpä terveydestä huolehtiminen esitettiin lääketieteellisissä valistusteksteissä tärkeänä hyvän kansalaisen tuntomerkinä. Yhteiskuntaa rasittavien sairauksien ymmärrettiin esiintyvän erityisesti yhteiskunnan alemmissa kerrostumissa ja marginaaliryhmissä, joihin valistus ja terveydenhoidolliset pakkotoimet suunnattiin. (Helén & Jauho 2003, 14–17.)

Toisen maailmansodan jälkeisessä Suomessa laaja-alaisempi käsitys terveydestä merkitsi terveystalouden painopisteen muutosta. Penisilliini, antibiootit ja kattavat rokotusohjelmat pienensivät merkittävästi tartuntatautiin aiheuttamaa uhkaa toisen maailmansodan jälkeen. Niiden sijasta huomiota alettiin kohdistaa kansanterveyttä uhkaaviin kroonisiin sairauksiin. Väestöä tarkasteltiin nyt kokonaisuutena. Keskusteluun tuli uusi käsite kansantauti, jolla tarkoitettiin väestössä yleisesti esiintyviä sairauksia – kuten sydän- ja verisuonitauteja ja syöpiä. Toinen uusi käsite oli elintasosairaus, millä tarkoitettiin muun muassa liikalihavuutta. Elintason nousulla

oli nimittäin ollut pitkään lähinnä positiivisia terveysvaikutuksia, mutta 1960-luvulla Suomessakin saavutettiin taso, jonka jälkeen kielteiset vaikutukset alkoivat korostua. Lisäksi rakennemuutokset ja muuttoliike kaupunkeihin aiheuttivat sopeutumisvaikeuksia, jotka ilmenivät väkivaltaisuuksina, alkoholismina ja lisääntyvinä mielenterveydellisinä ongelmina. (Harjula 2007, 64–65, 74–82, 104–106.)

Kroonisten sairauksien hoitaminen vaati uudenlaisia toimintatapoja. Autoritaarisen valistuksen sijasta kansalaisille alettiin tarjota terveydenhoidollisia palveluita, joiden aktiiviseen käyttöön heitä kannustettiin. Palveluiden avulla oli tarkoitus rakentaa terveydestä itseisarvoa, jonka aktiivista hoitamista palveluiden käyttäjätkin pitäisivät tärkeinä. Näin terveydenhoidon painopistettä siirrettiin entistä enemmän terveyden ylläpidon ja sairauksien ennalta ehkäisemisen suuntaan. Ennaltaehkäisyyn liittyi oleellisesti riskiryhmien tunnistaminen, mikä toi riskiajattelun terveydenhuoltoon niin somaattiselle kuin psyykkisellekin puolelle. Riskeistä puhumista vahvisti myös se, että 1960-luvulle tultaessa useiden kroonisten sairauksien syntymekanismi ei täysin tunnettu. Tästä huolimatta osattiin listata sellaisia seikkoja – niin sanottuja riskitekijöitä – jotka lisäsivät todennäköisyyttä sairastua jossakin elämänvaiheessa. Tämänkaltaisen toiminnan katsottiin tulevan palveluista vastaavalle valtiolle ja kunnille halvemmaksi. Kansalaisten saama hyöty taas tuli toimintakykyisyyden säilymisen ja paremman elämänlaadun muodossa. (Harjula 2007, 119–122.)

Terveys, sairaus ja valta

Pelkistetysti määriteltynä kulttuurilla tarkoitetaan yhteisesti jaettuja käsityksiä ja toimintatapoja. Kulttuurin dynamiikkaan kuuluu, että yhtäältä se vahvistaa jo vallitsevia toimintatapoja ja kulttuureita. Toisaalta siihen omaksutaan, usein hitaasti ja huomaamattomasti, uusia piirteitä, jotka muuttavat. Terveyttä, samoin kuin sairautta ja parantamista, koskevat käsitykset ja käytännöt ovat kulttuurisesti muotoutuneita ja muuttuvat ajassa. Myös nykyinen hallitsevassa asemassa oleva biolääketiede ja siihen perustuvat terveystieteet ovat kulttuurisia tuotteita ja historiallisen kehityksen tulosta. (Honko 1994; Honkasalo, Salmi & Launis 2012.) Kuten Markku Hokkanen ja Kalle Kananoja (2017) toteavat, näin vahva hegemonia on globaalihistoriallisesti tarkasteltaessa poikkeuksellinen. Ja silti sillä on rajoituksensa: vaikka sen vaikutus tuntuu ympäri maailmaa, se on kuitenkin vahvimmillaan nimenomaan läntisessä maailmassa. Sen valtakauden voi katsoa alkaneen 1800-luvun lopulla, joten hegemonia on myös lyhytaikainen.

Biolääketieteen vaikutuspiirissä terveyden määrittelystä on tullut koulutusta saaneiden lääkäreiden ja psykiatrian erikoislääkäreiden tehtävä. Kiistattomien positiivisten vaikutusten lisäksi tällä on ollut myös kielteisiä seurauksia, koska terveyttä ja sairautta määriteltäessä määritellään paljon muutakin: mikä on normaalia ja mikä ei, ketkä ovat tuottavia ja ketkä aiheuttavat vain kustannuksia, ketkä ovat kunnollisia ja ketkä vaarallisia kansalaisia – ja viime kädessä, keiden elämä on arvokkaampaa kuin toisten. Lisäksi objektiivisina lääketieteellisinä faktoina pidettyjen hoitomuotojen ja sairausluokitusten taustalla vaikuttavat aina myös esimerkiksi moralistis-uskonnolliset arvot, sukupuoliodotukset ja uudella ajalla rodulliset ennako-oletukset. Arvottaminen ja ennakkokäsitykset ovat vaikuttaneet siihen, keihin terveydenhoidon ja yhteisen

edun nimissä tapahtuneet kontrolli- ja pakkotoimet ovat kohdistuneet. (Helén & Jauho 2003, 18-20; Honkasalo, Salmi & Launis 2012, 13–14.)

Määrittelyt ovat liittyneet kiinteästi medikalisaatioon, jolla tarkoitetaan sitä, että lääketieteen piiriin tulee sellaisia asioita ja ilmiöitä, jotka eivät ole aikaisemmin sinne kuuluneet. Toisin sanoen, yhteiskunnalliset ja sosiaaliset ongelmat nähdään lääketieteellisinä ja ne pyritään ratkaisemaan lääketieteen keinoilla. Toisaalta medikalisaatiolla tarkoitetaan sitä, että sairauksiksi tai häiriötiloiksi määritellään sellaisia olotiloja ja käyttäytymismuotoja, joita on aiemmin pidetty normaaleina ja ihmiselämään kuuluvina. Se on tehnyt lääketieteestä sosiaalisen kontrollin harjoittajan, joka on ainakin osittain syrjäyttänyt uskonnon ja lain kaltaiset perinteiset kontrolli-instituutiot normien ja moraalien lähteinä. (Lahelma 2003, 1863–1865.)

Näitä näkökulmia käsitellään Mari Tannisen, Taru Slutbäckin ja Hannele Harjusen artikkeleissa, joissa terveyttä jäsentävä valta on myös voimakkaasti sukupuolittunutta. Tannisen artikkelissa käsitellään prostituutiota ja sen kontrollointia 1800-luvun jälkipuoliskon Wienissä. Lääkäreiden ja lääketieteellisten julkaisujen näkökulmasta kupan leviämisen estäminen oli prioriteetti ja tästä näkökulmasta katsottuna prostituutio oli solmukohta, josta sairaus levisi miehiin ja näiden perheisiin. Ratkaisuksi tarjottiin prostituoitujen terveystarkastuksia ilman että puututtiin miesten käyttäytymiseen, sillä se ymmärrettiin viettipohjaiseksi ja biologiseksi. Samalla kupasta tuli tauti, joka leimasi sitä sairastavaa naista eri tavalla hänen yhteiskunnallisesta asemastaan riippuen.

Taru Slutbäck käsittelee artikkelissaan terveyden asiantuntijoiden kirjoittamia miehille suunnattuja populaareja terveysoppaita 1990-luvun lopulta vuoteen 2010. Miehille suunnatuista oppaista Slutbäck löytää hyvin vahvasti sukupuolittuneen ja miestä stereotypisoivan kirjoitustavan. Mies, tai paremminkin normaali ja terve maskuliinisuus, on tässä kulttuuriperinnössä hyvin ahtaassa mallissa elävä – terveys ei näissä teksteissä todellakaan ole vain sairauden puutetta, vaan hyvin tietynlaista käytöstä, ajattelutapaa, ruumiin mallia, painoa ja ulosantia. Slutbäck huomioi, ettei tekstien toisintamassa maailmassa miehillä ole myöskään toimijuutta, vaan halutessaan olla terve ja normaali on miehen mukauduttava hänelle ulkoapäin annettuihin maskuliinisuuden raameihin.

Hannele Harjusen artikkelissa keskitytään etenkin 2000-luvulla käytyyn lihavuusepidemiadiskurssiin ja sen vastapainoksi kehittyneeseen monitieteiseen lihavuustutkimukseen. Harjusen mukaan hegemoninen eli vallitseva tieto lihavuudesta on tuottanut hyvin medikalisoituneen tulkinnan lihavuudesta. Siihen kiinteästi liittyvässä terveysaatteellisessa ja uusliberalistisessa ilmapiirissä lihavuus nähdään sairautena ja lihavat vähintäänkin esisairana tai riskiryhmänä. Lihavuus määrittää tässä diskurssissa kielteisesti myös ihmisten moraalialia ja henkisiä ominaisuuksia.

Kaikkienensa teemanumeron artikkelit jo itsessään vahvistavat tulkintaa siitä, että terveydelle ei ole yhtä ainoaa määritelmää, vaan käsitykset vaihtelevat eri aikoina, eri kulttuureissa ja eri paikoissa, niin yksilöiden kuin laajempien yhteisöjen välillä. Terveys ja sairaus eivät määrity siis ainoastaan ihmisen psykofyysisyyden tai lääketieteellisen tutkimuksen avulla, vaan ne kietoutuvat aina osaksi esimerkiksi

kulloistakin yhteiskuntaa ja kulttuuria. Siksipä terveys on ollut aina myös kiistojen aihe, niin tutkijoiden, poliitikkojen, hoitajien, potilaiden kuin omaisten kesken. Määritelmien monimuotoisuuden tutkiminen ei siis anna tuloksia vain terveys-käsitteestä itsestään vaan se kertoo samalla laajemmin eri aikojen yhteiskunnista ja niiden ihmisistä.

Potilaan kokemus ja kokemus potilaista

Lääketieteen historiassa kulttuurisesti orientoituneen näkökulman vahvistuminen liittyy olennaisesti mikrohistorialliseen tutkimusotteeseen, muistitietotutkimukseen ja arkielämän historian tutkimukseen. Niiden tarkoituksena antaa ns. virallisen historiankirjoituksen ohittamille ryhmille – kuten naisille, lapsille, marginaaliryhmien ja etnisten vähemmistöjen edustajille ääni ja näkyvyyttä historian virrassa. (Fingerroos & Haanpää 2006; Peltonen 2006.) Lääketieteen historiassa se merkitsi irrottautumista tieteenhistoriallisesta ja lääkäreiden toimintaan keskittyneestä traditiosta kohden sosiaalihistoriallisempaa näkökulmaa, jossa sairastuneita ihmisiä ei käsitelty vain potilaina ja lääkäreiden hoitotoimien kohteena, vaan toimijoina, joiden tekemillä päätöksillä, valinnoilla ja käsityksillä oli merkitystä. Näkökulman muutos laajensi perspektiiviä ja toi esiin muut parantamisen kentällä toimineet, kuten kotikonstit ja vertaistuen, kansanparantajat, välskärät, papit ja kättilöt. Näiden ohella virisi myös kysymys siitä, mitä sairaana oleminen, sellaiseksi määrittäminen ja sellaisena käsitteleminen merkitsivät yksittäisille ihmisille. Miten ihminen sen koki? (Porter 1985, 181–184, 192–194; Stobart 2016.)

Päiväkirjat, kirjeet, muistelmat ja muut egodokumentit tarjoavat mahdollisuuden tutkia maalikoiden ja potilaiden käsityksiä. Asiantuntijoiden valta-asema kuitenkin näkyy lääketieteen historian tutkimuksessa käytetyssä lähdeaineistossa. Mitä kauemmaksi ajassa mennään, sitä vähäisemmiksi lähteet käyvät ja sitä suurempi osuus siitä on heidän laatimaansa. Tästä syystä potilas esiintyy teksteissä aina kohteena, jota määritellään ja tarkastellaan lääketieteen tulkintakehyksessä ja käsitteistöllä. Potilaan persoonallisuus tai hänen omat käsityksensä ja näkemyksensä nousevat näkyviin satunnaisesti ja pieninä väläyksinä.

Anu Rissanen artikkeli havainnollistaa tätä problematiikkaa. Samalla se muistuttaa myös siitä, ettei potilaiden itse tuottaman aineiston vähäisyys ole pelkästään kaukaisten aikojen tutkijan ongelma. Artikkelissa kuvataan pitkään mielisairaalassa olleen potilaan avulla, kuinka mielisairauteen on suhtauduttu, miksi ihminen lähetettiin hoitolaitokseen ja millaisia hoitokeinoja 1900-luvun mittaan Suomessa käytettiin. Artikkelin mikrohistoriallinen yksittäistapaus ja pitkä aikaväli osoittavat, kuinka yksittäinen pitkäaikaispotilas saattoi elämänsä aikana kohdata lääketieteen kehityksen lukuisten muuttuvien hoitojen ja lääkkeiden muodossa. Eri vuosikymmeninä hoidot, niiden tieteelliset perusteet ja vaikutukset vaihtelivat, mutta potilas mielen haasteineen pysyi. Lääketieteen historia onkin usein keskittynyt kronologisesti hoitojen ja lääkkeiden kehitykseen. Harvoin näkökulmana on sen sijaan ollut pitkäaikaispotilas ihmisenä, joka toistuvasti kohtasi lääketieteen uusimmat ja teoriassa aina vain paremmat hoidot ja lääkkeet saamatta kuitenkaan niistä merkittävää parannusta terveyteensä.

Sari Kuvvan artikkelissa analysoidaan 1900-luvun puolivälissä suomalaisilla mielisairaala-alueilla asuneiden henkilökunnan lapsien tunnekokemuksia lapsuusympäristöstään. Sairaalaympäristöt eivät ole vain potilaiden ja henkilökunnan kokemia ympäristöjä, vaan ne vaikuttavat aina laajasti esimerkiksi yksittäisen paikkakunnan asukkaiden mielikuviin. Mielisairaalan perustaminen tai vaarallisiksi uskotut potilaat voivat aiheuttaa voimakkaita, usein perusteettomiakin uskomuksia. Täten mielisairaalan välittömässä läheisyydessä lapsuutensa eläneiltä kerätty muistitieto on arvokas aineisto, koska lapset voivat kokea ympäristönsä eri tavoin kuin aikuiset – jopa yllättävästi. Muistojen analysoiminen mahdollistaa myös sen tarkastelun, onko suhtautuminen mielisairaaloihin muuttunut, kun sairaala-alueella asuneet lapset ovat varttuneet ja alkaneet jälkikäteen nähdä sairaalaympäristöt aikuisten silmin.

Lääketieteen ja muiden terveyteen liittyvien tieteenalojen “nousujohteisten” tieteenhistoriallisten näkökulmien rinnalle onkin kasvamassa potilaslähtöinen tutkimussuuntaus, jossa keskitytään hoidon ja määrittelyn kohteena olleiden ja olevien kokemuksiin (Viime vuosikymmenten humanistiseen ja kulttuuriseen mielenterveystutkimukseen liittyvistä tutkimussuuntauksista ks. Jäntti et al. [tulossa 2018]). Lääketieteellisestikin on tunnustettu potilaan kokemuksen, avun- ja hoidontunteen, jopa lumevaikutuksen olevan osa paranemisprosessia. Kääntäen esimerkiksi kylmä potilaskohtaaminen tai epämiellyttävä fyysinen hoito voi mahdollisesti aiheuttaa pahoinvointia potilaassa. Tällaiset erilaiset, yksilön näkökulmasta voimakkaat kokemukset, niiden muistaminen ja kuvaaminen eivät ole vain luonnontieteellisesti tutkittavissa, vaan mitä suuremmissa määrin ala, johon humanistisella tutkimuksella on annettavanaan menetelmiä ja teorioita. On siis syytä huomioida niin potilaan, lähiomaisten kuin muidenkin terveyskeskus- hoitolaitos- ja sairaalaympäristöihin kosketuksissa olleiden kokemuksia yhä tarkemmin. Nykyään terveys ja sairaus on alati läsnä myös sosiaalisessa mediassa, jolloin omasta terveydentilan havainnoinnista voi saada muistutuksen monta kertaa päivässä.

Myös hoitoa antavien ääni olisi syytä saada entistäkin paremmin kuuluviin, toisaalta ammattilaisina mutta erityisesti yksityishenkilöinä, kokevina ihmisinä (ks. esim. D’Antonio, Connolly, Wall, Whelan & Fairman 2010). Kuinka hoitoa antavat ovat itse eri aikoina kokeneet hoitosuhteen potilaaseen? Onko esimerkiksi uusien lääkkeiden ja hoitojen antaminen koettu mielekkääksi ja miten on suhtauduttu pitkäaikaispotilaiden hoitamiseen ajoittain vaihtuvien hoidon ja lääkkeiden? Lääkärin ja hoitajien kokemuksia ja muistitietoa työstään tulisi analysoida siksikin, että viime aikoina joillekin hoitotyön osa-alueille tai paikkakunnille on ollut vaikea saada pätevää henkilökuntaa. Tällöin ei ole aina kyse itse hoitotyön luonteesta, sen houkuttelevuudesta tai haasteista, vaan esimerkiksi yhteiskunnan tarjoamista, välillä muuttuvista rakenteista, asuin- ja elinmahdollisuuksista, työn arvostuksesta, palkkauksesta ja työnantajien luomista raameista.

Nälänhätiiä, naisten ruumiita ja suomalaista hiihtodopingia: kirja-arvio-kattaus

Terveyttä, parantamista, lääketiedettä ja tautien historiaa pohditaan myös J@rgonian teemanumeron kirja-arvioissa. Kaikki yhdeksän arvioitua teosta paljastavat, kuinka monialaisesta ja laajasta ilmiöstä on itse asiassa kysymys: teokset tarkastelevat kaikki omilla tavoillaan terveyden, yhteisön ja yksilön välisiä yhteiskunnallisia ja ajallisia ulottuvuuksia. Runsaudenpula kertoo ennen muuta siitä, että terveyshistoriallinen ja -sosiologinen tutkimus voi Suomessa tällä hetkellä hyvin, vaikka puutteitakin toki on. Meillä esimerkiksi painetaan verrattain vähän lähde-editioita, joista olisi hyötyä terveyshistoriallisessa tutkimuksessa ja opetuksessa. Nyt tätä ilmeistä aukkoa paikkaa ainakin yhden teoksen osalta Naantalin luostarin keskiaikaisista teksteistä koottu suomennos *Naantalin luostarin kirja* (arvioija Susanna Niiranen). Kirjan teksteissä yhdistyvät kiinnostavasti parantamisen lääkinnälliset ja hengelliset puolet, joita keskiajan lääkintäkulttuurissa ei voi oikeastaan edes erottaa toisistaan.

Kaikkein selvimmin parantamisen monimuotoisuutta ja terveyden historiaan liittyviä kiistoja käsitellään kuitenkin uudessa artikkelikokoelmassa *Kiistellyt tiet terveyteen. Parantamisen monimuotoisuus globaalihistoriassa* (Kia Andell), joka nostaa esiin lääkinnällisen *pluralismin* käsitteen myös suomalaisessa terveyshistoriallisessa tutkimuksessa. Enemmän nykyaikaan sijoittuu toinen ajankohtainen artikkelikokoelma *Terveys sosiologian linjoja* (Salla Sariola), joka muistuttaa, etteivät terveys ja sairaus suinkaan jakaudu tasapuolisesti. Biologia vaikuttaa aina terveyteen, mutta terveyskäsitteet tai sairaudet eivät ole irrallisia sosiaalis-taloudellisista tekijöistä tai kulttuurisista ja historiallisista vaikutteista. Molemmat artikkelikokoelmat todentavat, kuinka terveyttä määriteltäessä törmätään jatkuvasti käsityksiin tiedosta, vallasta, politiikasta ja moraalista.

Tämän vuoksi onkin olennaista kysyä, mikä on ollut yhteisöjen tai yhteiskuntien merkitys, ja minne yksilö on kulloinkin sijoittunut terveyden ja parantamisen kartalla. Tätä tärkeää kysymystä voi pohtia vaikkapa silloin, kuin puhutaan nälänhädistä yhteiskunnallisena, poliittisena ja historiallisena ilmiönä (*Nälän vuodet*; Essi Huuhka) tai rutosta yhtenä ihmiskunnan historian tappavimmista taudeista (*Rutto*; Helene Laurent). Kumpaakin teosta voi luonnehtia ensimmäiseksi laajaksi suomenkieliseksi yleisesitykseksi omasta aihepiiristään.

Teemanumero esittelee myös uusinta suomalaista terveyteen ja sen historiaan liittyvää akateemista väitöskirjatutkimusta (*Medisiinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto. Suomalaisen lääkärikoulutuksen murroksen vuodet 1933–1969*; Saara-Maija Kontturi). Lääkärit ovat terveyden ammattilaisina tietenkin olleet terveyskäsitteiden suhteen aina aitiopaikalla, mutta lääketiede on taipunut toisinaan myös pimeälle puolelle, eivätkä lääkärit ole aina suinkaan tyytyneet parantamaan vain terveyttä (*Suomalainen hiihtodoping. Punssia, pillereitä ja punasoluja*; Mikko Tamminen). Dopingilla on urheiluhistoriassa ikävä maine, mutta toisaalta aihe osoittaa kuinka terveyteen liittyvät teemat voivat viedä tutkimusta yllättäviinkin suuntiin.

Terveys nivoutuu myös käsityksiimme sukupuolista ja seksuaalisuudesta (*Naisen ruumiin historia*; Anna Niiranen) ja ihmisen elämänkaaren eri vaiheista (*Perceptions of Pregnancy from the Seventeenth to the Twentieth Century. Genders and Sexualities*

in History; Pasi Saarimäki). Raskautta ja syntymää tarkasteleva monipuolinen artikkelikokoelma tarjoaa kiinnostavan kurkistuksen uusimpaan kansainväliseen sukupuoli- ja perhehistorialliseen tutkimukseen. Naisen ruumiin historia saa meidät puolestaan pohtimaan omia käsityksiämme sukupuolen, terveyden ja vallan välisistä yhteyksistä. Naisen ruumista on historiallisesti tutkittu lääketieteessä paljon enemmän kuin miestä, mikä kertoo paljon laajemmista yhteiskunnallisista käsityksistä ja kulttuurisista arvostuksista.

Terveys ja tutkimusetiikka

Teemanumeron toimitustyössä on kiinnitetty erityistä huomiota tutkimuseettisiin kysymyksiin. Viime vuosikymmeninä terveyden ja sairauden tutkimus on alkanut kiinnostaa yhä useamman tieteenalan tutkijoita ja samalla löydetään uusia aineistoja sekä näkökulmia. Lähtökohtaisesti tämä palvelee meitä kaikkia entistä rikkaampana ymmärryksenä koskien terveyttä ja sairautta ja niiden historiallisesti ja kulttuurisesti muuttuvaa luonnetta. Uusien aluevaltauksien myötä olemme myös monien uusien tutkimuseettisten kysymysten äärellä. Luonnollisesti meitä kaikkia sitoo sama lainsäädäntö, ja omat haasteensa luovatkin muutokset kansallisissa ja kansainvälisissä käytännöissä, joista viimeisimpänä 25.5.2018 voimaan tullut Euroopan unionin sisäinen erityisesti henkilötietorekisterien ylläpitoon liittyvä tietosuojasetus. Kansainvälisen tiedeyhteisön ja valtiollisen lainsäädännön muutosten lisäksi ihmistieteiden tutkijoiden onkin hyvä seurata myös kansainvälisten toimijoiden trendejä, jotka vaikuttavat tutkimuksen tekoon.

Terveystutkimusta perinteisesti tehneillä aloilla, kuten yllä mainitulla lääketieteellä, on omat jo vakiintuneet eettiset normistonsa muun muassa potilastietojen käyttämiseen. Humanistit ja yhteiskuntatieteilijät voivat käyttää näitä aivan samoja aineistoja, mutta toisenlaisiin tarkoituksiin, joten eettiset säännötkin ovat tällöin jossain määrin erilaiset. Ihmistieteiden tutkijoiden omat tieteenalakohtaiset terveystutkimukseen liittyvät eettiset normistot eivät ole vielä täysin vakiintuneita ja kattavia. Onneksi tutkimuskohteiden kunnioittava käsitteleminen ja tarpeen mukaan riittävä anonymisointi ovat olleet osa ihmistieteitä jo pitkään (ks. esim. Hallamaa, Launis, Lötjönen & Löytty 2006). Ihmistieteiden tutkijoilla onkin kaikki valmiudet ja halu tehdä kaikkia kohtaan eettistä tutkimusta, mikä näkyy jo siinä, että nämä kysymykset puhuttavat terveystutkimusta tekeviä ympäri Suomen (ks. esim. Lidman, Koskivirta & Eilola 2017; Hytönen & Salenius 2017.)

Jos terveyttä koskevassa keskustelussa voidaan sanoa olevan lopulta kyse arvoista, niin tutkimuseettisessä keskustelussa on niistä kyse jo määritelmällisesti. Lain, kotiyliopiston eettisten periaatteiden ja akateemisten perinteiden jälkeen jää paljon harmaata aluetta, jossa terveystutkimusta tekevä tulee luovia. Tässä pääsemme alueelle, jossa meidän on todella pohdittava oman tutkimuksemme arvopohjaa. Voitaneen sanoa, että humanistisen tutkimuksen perimmäisenä tarkoituksena on tuottaa parempaa ymmärrystä yhteiskunnasta, kulttuurista ja historiasta. Tämä on hyvin yksinkertainen premissi. Ihmistieteissä tuota ymmärrystä lisätään kuitenkin useimmiten ihmisiä koskevan tutkimuksen kautta, joten meidän on pohdittava tarkkaan kunkin ihmisen roolia tutkimuksemme. Päätökset käsittelytavoista tai vaikkapa anonymisoinnista eivät ole yksinkertaisia, koska meidän on otettava

huomioon useita ja mahdollisesti täysin ristiriitaisiakin arvomaailmoja – tutkijan oma, tieteellisen tradition ja yhteisön, tutkimuskohteen, tutkimuskohteen mahdollisten elossa olevien sukulaisten ja ympäröivän kulttuurin arvomaailmat. Läheskään aina kaikkien näiden toimijoiden arvot ja toiveet eivät ole tiedossa, joten tutkijan on tehtävä valistuneita arvauksia toisten ihmisten ja yhteisöjen puolesta.

Terveys on siinä sensitiivinen aihe, ettei tutkija pysty välttymään tutkimuseettisiltä pohdintoilta edes silloin, kun lähteet eivät käsittele suoraan yksittäisiä ihmisiä, vaan esimerkiksi ajatusmalleja. Toki kaikki tutkimus ottaa kantaa jo tutkimuskohteensa valinnalla, mutta humanistit tekevät sitä usein aivan tietoisesti. Jokainen meistä tunnistaa esimerkiksi viime vuosisadalla vakaasti humanismiin ja yhteiskuntatieteisiin kuuluvan halun antaa ääni äänettömille. Päättäessään kenellä on oikeus olla tutkimuksen kohteena ja miten, ottavat tutkimukset jo olemassaolollaan kantaa vallitsevaan kulttuuriimme. Tässäkin teemanumerossa tuodaan esiin aiemmin hiljaisia ryhmiä. Toisaalta tutkimus tuo esiin valtasuhteita ja sitä miten valtaa on käytetty ja käytetään kulttuuristen käytäntöjen, kuten sukupuolimallien esittämisessä tai ammattiryhmien toimintatavoissa. Tällaisessa tutkimuksessa tulee helposti arvottaneeksi kohteeseen liittyviä valta-asetelmia – joko kyseenalaistaen tai toisintaen niitä.

Tutkimusta tarvitaan, eikä kenenkään tule kaihtaa sen tekemistä eettisten kysymysten tähden, sillä kuten edellä todettiin, liittyvät eettiset kysymykset jossain määrin kaikkeen tutkimuksen tekoon. Samalla terveyteen liittyvää tutkimusta tehtäessä on meidän humanisteina kannettava vastuumme tästä edespäinkin ja pohdittava tarkkaan arvovalintojamme sekä kunnioitettava vast’edeskin kohteitamme.

Toivotamme teille viihtyisiä lukuhetkiä lehden artikkeleiden ja kirja-arvioiden parissa!

Teemanumeron ovat toimittaneet yhteistyössä J@rgonian toimituksen kanssa akatemiaturkija, dosentti Jari Eilola ja Suomen historian tohtorikoulutettava Petteri Impola Jyväskylän yliopiston historian ja etnologian laitoksen *Terveys ja hyvinvointi* -tutkimuskeskitymästä sekä tohtorikoulutettava Annastiina Mäkilä Turun yliopiston kulttuurihistorian oppiaineesta. Kirja-arvioiden toimittamisesta on vastannut yleisen historian tohtorikoulutettava Anna Niiranen niin ikään Jyväskylän *Terveys- ja hyvinvointi* -keskitymästä.

Kirjallisuus

Ahlbeck, Jutta, Päivi Lappalainen, Kati Launis, Kirsi Tuohela & Jasmine Westerlund toim. 2015. *Kipupisteissä – sairaus, kulttuuri ja modernisoituva Suomi*. Turku: UTU.

Bound Alberti, Fay. 2010. *Matters of the Heart: History, Medicine, and Emotion*. Oxford & New York: Oxford University Press.

D'Antonio, Patricia, Cynthia Connolly, Barbra Mann Wall, Jean C. Whelan & Julie Fairman. 2010. Histories of Nursing: The Power and the Possibilities. *Nursing Outlook* 58, 4: 207–213.

Fingerroos, Outi & Riina Haanpää. 2006. Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*, toim. Outi Fingerroos, Riina Haanpää, Anne Heimo & Ulla-Maija Peltonen, 25–48. Tietolipas 214. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Hallamaa, Jaana, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Olli Löytty toim. 2006. *Etiikkaa ihmistieteille*. Tietolipas 211. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Harjula, Minna. 2007. *Terveyden jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.

Helén, Ilpo, toim. 2011. *Reformin pirstaleet – mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino.

Hokkanen, Markku & Kalle Kananoja. 2017. Kiistelyt tiet terveyteen. Parantamisen monimuotoisuus ja lääkinnällinen hybridisaatio globaalihistoriassa. Teoksessa *Kiistellyt tiet terveyteen. Parantamisen monimuotoisuus globaalihistoriassa*, toim. Markku Hokkanen & Kalle Kananoja, 7–82. Historiallisia Tutkimuksia 273. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Honkasalo, Marja-Liisa, Hannu Salmi & Veikko Launis. 2012. Johdanto. Teoksessa *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*, toim. Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi, 7–24. Turku: k&h.

Honko, Lauri. 1994. Kulttuuri ja sairaus. Teoksessa *Sairaus ja ihminen. Kirjoituksia parantamisen perusteista*, toim. Katja Hyry, 13–40. Tietolipas 132. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Hytönen, Kirsi-Maria & Paula Salenius. 2017. Yhteiskunnallisen etnologisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa *Yhteiskuntaetnologia*, toim. Outi Fingerroos, Niina Koskihaara, Sanna Lillbroända-Annala & Maija Lundgren, 79–100. Tietolipas 255. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Johannisson, Karin. 2004. *Tecknen, läkären och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Nordstedts.

Jäntti, Saara, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva & Annastiina Mäkilä: Polkuja hulluustutkimukseen. 2018. Teoksessa *Kerrottu, koettu, kuvitettu hulluus – Mielenterveys, -sairaus ja hoito kulttuurisina kysymyksinä*, toim. Jäntti, Saara, Kirsi Heimonen, Sari Kuuva & Annastiina Mäkilä. Jyväskylä: Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja. [Tulossa]

Komulainen, Katri, Hannu Rätty & Jussi Silvonen toim. 2006. *Hulluudesta itsehallintaan – uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin*. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Lahelma, Eero. 2003. Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 119, 19: 1863–1868.

Lidman, Satu, Anu Koskivirta & Jari Eilola toim. 2017. *Historiantutkimuksen etiikka*. Helsinki: Gaudeamus.

Peltonen, Matti. 2006. Mikrohistorian lajit. Teoksessa *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*, toim. Outi Fingerroos, Riina Haanpää, Anne Heimo & Ulla-Maija Peltonen, 93–119. Tietolipas 214. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Porter, Roy. 1985. The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society* 14, 2: 175–198.

Reiser, Stanley Joel. 2009. *Technological Medicine: The Changing World of Doctors and Patients*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.

Salmi, Hannu & Marja-Liisa Honkasalo toim. 2012. *Terveyttä kulttuurin ehdoilla – näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: k&h.

Stobart, Anne. 2016. *Household Medicine in Seventeenth-Century England*. London & New York: Bloomsbury.