

**DISKURSIIVINEN KAMPPAILU RUUMIIN HALLINNAN
RAJOISTA - SYNNYTYSVÄKIVALTA KOSKEVA
MEDIAKESKUSTELU**

Elina Rusanen
Maisterintutkielma
Sosiaalityö
Kokkolan yliopistokeskus
Chydenius
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2022

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Kokkolan yliopistokeskus Chydenius
Tekijä Elina Rusanen	
Työn nimi Diskursiivinen kamppailu ruumiin hallinnan rajoista – synnytysväkivaltaa koskeva mediakeskustelu	
Oppiaine Sosiaalityö	Työn laji Maisteritutkielma
Aika 12.12.2022	Sivumäärä 62
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin synnytysväkivaltaan liittyvää mediakeskustelua. Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä analyysi synnytysväkivaltaa koskevista diskursseista sekä näiden konteksteista ja tehdä tämän perusteella tulkinta siitä, mitä tarkoittaa synnyttäjän ruumiin hyvin hallitseminen.</p> <p>Tutkimus paikantuu biopoliittisen teorian ja jälkistrukturalistisen feminismin teoriaan, joissa problematisoidaan ruumiin hallinnan kielellistä perustaa. Biopolitiikassa ruumis tulee hallituksi, jotta sitä voidaan hyödyntää tehokkaammin sekä jalostaa sen voimia paremmaksi. Jälkistrukturalistisessa feminismissä puolestaan otetaan kantaa äidilliseen ruumiiseen, joka itsessään pakenee symbolisen kielen merkityksiä ja täten myös kieleen perustaa valtaa. Naisruumiin erityispiirteet voivat toimia subjektiuden lähteenä ja vastarinta toteutuu naisruumiin erityispiirteitä korostamalla.</p> <p>Tutkimuksen aineistona oli 18 painetun median artikkelia, joissa otettiin kantaa synnytysväkivaltaa käsittelevään Minä myös synnyttäjänä-kampanjaan. Aineisto analysoitiin kriittisellä diskurssianalyysillä Pynnösen asteittain syvenevää analyysimallia hyödyntäen.</p> <p>Analyysin perusteella löydettiin neljä diskurssia synnytysväkivallasta. Kliinisessä diskurssissa korostettiin toimenpiteiden lääketieteellistä perusteltavuutta, kokemuksellisuusdiskurssissa synnyttäjän kokemusta ruumiin hallinnan rajojen rikkomisesta, biologis-teknologisessa diskurssissa lääketieteellisten interventioiden sekä biologisen synnytyksen yhteensopivuutta ja sivuuttamisdiskurssissa vaaditaan inhimillisyyden huomioimista ruumiin hallinnan rinnalle. Diskurssit kiinnittyivät erilaisiin laajempiin valta-asemiin, mikä ilmeni diskurssien keskinäisenä hierarkkisuuksena. Kaikissa diskursseissa ruumiin hyvin hallitsemiseen liitetään hoitohenkilökunnan valta-asema, mutta diskursseissa on eroja sen suhteen, millä perusteilla ja tarkkuudella synnyttäjän ruumista tulisi hallita. Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että keskustelun moniäänisyys itsessään kertoo dialogista eri näkökulmien välillä.</p>	
Asiasanat synnytysväkivalta, ruumiin hallinta, vastarinta, subjekti, äidillinen ruumis	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja	

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Synnytysväkivaltaa koskevat diskurssit	31
TAULUKKO 2	Ydinkeskustelun diskurssien eroavaisuudet	37
TAULUKKO 3	Ydindiskurssien hierarkian yhteiskunnallinen perusta.....	40
TAULUKKO 4	Täydentävien diskurssien keskinäiset eroavaisuudet.....	41
TAULUKKO 5	Tutkimustulosten yhteenveto	45

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SYNNYTYSVÄKIVALTA KÄSITTEENÄ.....	5
	2.1 Obstetrinen väkivalta	5
	2.2 Synnytyksen aikainen pahoinpitely ja epäkunnioitus.....	7
3	ÄIDILLISEN RUUMIIN HALLINTA.....	10
	3.1 Kurinpito kuuliaisesta ruumiin hyödyntämisenä	13
	3.2 Kontrolloitu hallinta ruumiin voimien jalostamisena.....	17
	3.3 Äidillisen ruumiin rajallinen hallittavuus	19
4	TUTKIMUKSEN AINEISTO	23
5	KRIITTINEN DISKURSSIANALYYSI.....	26
	5.1 Asteittain syvenevä analyysimalli.....	28
6	ANALYYSIN LÖYDÖKSET.....	32
	6.1 Synnytysväkivaltaa koskevat diskurssit.....	32
	6.2 Diskurssien väliset hierarkiat ja kontekstit	37
	6.3 Synnyttäjän ruumiin hyvin hallinta	43
7	TUTKIMUKSEN MERKITYS SOSIAALITYÖLLE	46
	7.1 Tutkimustulosten yhteenveto	46
	7.2 Tutkimustulosten merkitys sosiaalityön kannalta	49
	7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	51
	7.4 Tutkimuksen johtopäätökset sosiaalityölle.....	54
	LÄHTEET	56

LIITTEET

1 JOHDANTO

Synnytysväkivalta on hoitohenkilökunnan toteuttamaa synnytyksen aikana tapahtuvaa väkivaltaa (D'Gregorio 2010; Vacaflor 2016) sekä epäkunnioitusta ja pahoinpitelyä (ks. Bowser & Hill 2010; Bohren, Vogel, Hunter, Lutsiv, Makh, Souza, Aguiar, Coneglian, Luiz, Diniz, Tuncalp, Javadi, Oladapo, Khosla, Hindin, & Gülmezoglu 2015). Kyseinen väkivallan muoto on sukupuolittunutta väkivaltaa (Vacaflor 2016, 69-70), joka perustuu institutionaalisen vallan väärinkäyttämiseen (Freedman, Ramsey, Abuya, Bellows, Ndwiga, Warren, Kujawski, Moyo, Kruk, & Mbaruku 2014). Käsite on kansainvälisesti tunnettu, mutta se omaksuttiin suomen kieleen vasta hiljattain, Minä myös synnyttäjänä- kampanjan aloitteesta. Kyseisessä kampanjassa joukko naisia kertoi synnytysväkivallan kokemuksistaan, kuten tikattavaksi joutumista ilman asianmukaista puudutusta tai siitä, kuinka heidän oma näkemyksensä hiljennettiin syyllistämällä huonosta äitiydestä. Samanaikaisesti useampi terveydenhuollon ammattilainen esitteli mediassa näkemyksiään siitä, kuinka kiire ja vauvan terveys saattavat vaatia tekemään epämiellyttäviäkin toimenpiteitä. Keskustelu vaikutti polarisoituneelta: joko synnytysväkivalta tiedostettiin ja tunnustettiin kokemuksena tai sitten sen olemassaolo kiellettiin ja hoitohenkilökunnan ammattitaitoon luotettiin kaikissa tilanteissa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tehdä yhteiskunnallinen analyysi tästä synnytysväkivaltaa koskevasta mediakeskustelusta. Mediassa käyty keskustelu voidaan ymmärtää ideologista kamppailua siitä, mikä näkemys saa eniten kannatusta (Milani & Johnson 2010, 5). Osaa diskursseista vahvistetaan ja luonnollistetaan, kun taas toisia hiljennetään, ohitetaan ja alennetaan. Tässä tutkimuksessa analyysin kohteena on se, miten mediassa puhutaan synnytysväkivallasta, millaisiin valta-asemiin nämä diskurssit kiinnittyvät ja miten keskustelun toisin tulkinnan avulla voidaan purkaa keskustelun ehdottomuutta ja valtadiskurssin itseäänselvyyttä. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä on biopolitiikka ja jälkistrukturalistinen feminismi, joissa pureudutaan ruumiin hallinnan ja diskursiivisen vallan problematiikkaa. Biopolitiikassa käsitellään yleisesti ruumiin hallittavuutta, vallan ja subjektin dynamiikkaa sekä tähän liittyvän tiedon tuottamisen perusteluita ja

rationalisointeja (Foucault 1978-1979/2008; Rabinow & Rose 2006; Helén 2016). Jälkistrukturalistisessa feminismissä puolestaan keskitytään näihin diskursiivisen vallan ja ruumin hallinnan teemoihin spesifisti äidillisen ruumiin kontekstissa (Kristeva 1977/1993a; 1980/1993b; Kristeva 1975; 1993c; Gixous 1976). Tutkimuksen aineisto rakennetaan painetun median artikkeleista, jotka analysoidaan kriittisen diskurssianalyysin menetelmällä Anu Pynnösen (2013, 34) asteittain syvenevää kriittisen diskurssianalyysin analyysimallia hyödyntäen. Analyysin avulla tehdään näkyväksi diskurssien valtasidonnaisuutta ja pyritään toisin tulkinnan avulla horjuttamaan näitä vastakkainasetteluja.

Ilmiönä synnytysväkivalta on varsin tunnettu ja sitä on tutkittu verrattain paljon köyhemmissä maissa. Tutkimuksia synnytysväkivallan esiintymisestä on tehty ainakin Dominikaanisessa tasavallassa (Castro & Savage 2019), Keniassa (Abuya ym. 2015), Intiassa (Shrivastava, & Sivakami 2020) ja Etiopiassa (Molla, Wondwosen & Dillahunt, Ruth 2022). Vähemmän huomiota on kuitenkin kiinnitetty ilmiön esiintymiseen rikkaammassa maissa. Virginia Savage ja Arachu Castro (2017, 3) ovat erikseen todenneet, että nykyinen synnytysväkivaltaa koskeva tutkimus keskittyy liiaksi Latinalaisen Amerikan ja Karibianmeren maihin. Tästä näkökulmasta synnytysväkivallan tutkiminen Suomen kontekstissa on itsessään tutkimusaukon täyttämistä. Maantieteellisen sijainnin ohella Savage ja Castro (2017, 6) tuovat esille, että synnytysväkivaltaa koskeva tutkimus vaatisi muun muassa yhteiskuntatieteellisiä avauksia. Suomessa aihetta koskevat tutkimukset ovat vielä toistaiseksi lähinnä opinnäytetöitä. Näitä opinnäytetöitä on sekä terveystieteistä (Strömberg & Zoho 2020; Vähäkangas & Sinisaari-Eskelinen 2021) että yhteiskuntatieteistä (Keskinen 2019; Kukka 2019; Kukkamäki 2020). Alan toistaiseksi ainoa suomenkielinen tieteellinen julkaisu on yhteiskuntatieteellinen (Vihreäsalo 2022). Kaikissa suomalaisissa tutkimuksissa kiinnostuksen kohteena on ollut synnytysväkivallan kokemus ja aineistona on käytetty Minä myös synnyttäjänäkampanjan nettisivustolla olleita naisten kirjoittamia tarinoita (ks. Keskinen 2019; Kukka 2019; Kukkamäki 2020; Vihreäsalo 2022). Vähemmän huomiota on saanut synnytysväkivaltakeskustelu itsessään ja se, miten tämä keskustelu ilmentää, ylläpitää ja ammentaa vaikutteita laajemmista valtarakenteista. Täten tämän tutkimuksen näkökulma voidaan ymmärtää uudenlaisena yhteiskuntatieteellisenä avauksena.

Sosiaalityön näkökulmasta tutkimus kytkeytyy terveysosiaalityöhön, rakenteelliseen sosiaalityöhön sekä sosiaalityön kohteeseen ja arvoihin. Terveysosiaalityö viittaa jo nimenäkin sosiaalityön ja terveydenhuollon yhdistämiseen. Sairaalasynnytys saatetaan mietä terveydenhuollon palveluksi ja ikään kuin lääkärin ja kättilöiden osaamisalueeksi (Stone 2016, 151). Silti sosiaalityön - erityisesti terveysosiaalityön - tehtävänä on tuoda sosiaalinen näkökulma

terveydenhuollon palveluihin (Yliruka, Heinonen, Satka, Metteri & Alatalo 2019). Tämä tarve sosiaaliselle näkemykselle on erityisen ajankohtainen käsillä olevan Sote-uudistuksen myötä. Uudistuksen suunnittelu on alusta asti ollut terveydenhuoltovetoista ja sosiaalihuoltoa on pyritty fuusioimaan vain terveydenhuollon tukitoimeksi (Mäntysaari 2020, 52). Sosiaalityön näkökulmasta tämänkaltaisen ajattelutavan haasteena on sosiaalityön merkityksen kaventuminen tai fuusioituminen osaksi terveydenhuollon näkökulmaa. Sosiaalityön tarkoituksena on osoittaa yhteiskunnallisia epäkohtia ja edistää yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta (Pease 2009). Nämä asiat ovat hyvin keskeisiä synnytysväkivaltakeskustelussa, jossa käsitellään synnyttäjän osallisuutta, palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuudesta sekä institutionaalisen vallan rajoja (mm. Freedman ym. 2014). Tämä tukee ajatusta, että aihetta olisi hyödyllistä tutkia poikkitieteellisesti.

Terveysosiaalityön ohella tutkimuksen aihe kytkeytyy rakenteelliseen sosiaalityöhön. Sosiaalityön tarkoituksena on tehdä hyvinvoinnin vajeita näkyväksi ja pyrkiä ainakin lievittämään niiden vaikutuksia (Niemelä 2012). Muun alan kirjallisuudesta tiedetään, että synnytyskokemus on yhteydessä vauvan ja äidin väliseen vuorovaikutukseen (Bell, Andersson, Goding & Vonderheid 2018) sekä äidin mielenterveyteen (Beck 2004). Synnytysväkivalta luo siis ilmeisiä hyvinvointivajeita. On siis tärkeää, että synnytysväkivallan ilmiö tunnustetaan ja tunnistetaan palvelujärjestelmässä. Voisi ajatella, että synnytysväkivallan tutkiminen on itsessään tapa tehdä ilmiötä tunnetuksi. Virginia Oliveira ja Cláudia Penna (2017, 8-9) painottavat, että synnytysväkivallan varsinaisen lopettamisen kannalta tarvitaan muutosta ajatusmalleissa. He tarkentavat, että synnytystä ei voida lähestyä vain lääketieteellisenä asiana, vaan siitä täytyy puhua inhimillisenä asiana. Rakenteellisessa sosiaalityössä tällainen ajatusmallien muuttaminen ja heikommassa asemassa olevien henkilöiden ja ryhmien asianajaminen on keskeistä (Pohjola 2014). Ajatusmallien muuttaminen on sisäkirjoitettuna myös tutkimusasetelmaan. Ajatusmallien horjuttaminen toteutetaan tekemällä toisin tulkinta koko synnytysväkivaltakeskustelusta. Tässä toisin tulkinnassa ei puhuta väkivallasta, vaan päinvastoin synnyttäjän ruumiin hyvin hallinnasta. Näin ymmärrettynä valtahierarkia, sen ehdottomuudet ja vastakkainasettelut menevät sijoiltaan – ainakin hetkellisesti (Pynnönen 2013, 31-34).

Sosiaalityön tieteenalalla on läheinen ja erottamaton yhteys käytäntöön (Mäntysaari, Pohjola & Pösö 2009, 8), joten myös tieteellisten opinnäytetöiden merkitys arvioidaan käytännön sovellettavuuden kannalta. Tämän tutkimuksen käytännöllinen merkitys liittyy ensinnäkin kysymykseen siitä, ketkä lukeutuvat sosiaalityön kohteeksi. Sosiaalityö ylipäänsä ymmärretään marginaalien tieteenksi (Hokkanen 2009, 316), jossa puhutaan huono-osaisuudesta, heikommassa tai

haavoittuvassa asemassa olevista henkilöistä ja ryhmistä (Niemelä 2012). Sakari Kainulainen ja Juho Saari (2018, 316) määrittelevät haavoittuvassa asemassa oleviksi ryhmiksi köyhien perheiden lapset, vammaiset, vanhukset, mielenterveysongelmaiset, asunnottomat, päihdeongelmaiset, ylivelkaantuneet, maahanmuuttajat, turvapaikanhakijat ja pakolaiset sekä pitkäaikaistyöttämät. Ei ole ilmeinen tulkinta lisätä synnytysväkivallan kohteeksi joutuneita henkilöitä listauksen jatkoksi. Silti synnytysväkivallan kokijat voidaan ymmärtää tällaiseksi ryhmäksi. synnytysväkivaltaa kokeneet eivät esimerkiksi sosioekonomisen asemansa takia välttämättä täytä haavoittuvassa asemassa olevan määritelmää. Silti, he ovat voineet joutua synnytyksen aikana haavoittuvaan asemaan. Martha Nussbaum (2000, 77-78) onkin määritellyt ruumiillisen loukkaamattomuuden ja ruumiin terveyden perustavanlaatuisiksi kyvykkyyksiksi. Näiden yhteydessä keskeiseksi nousee muun muassa oikeus olla kokematta väkivaltaa tai pahoinpitelyä, hyvä terveydenhoito myös reproduktioon liittyvissä palveluissa ja oikeus päättää reproduktioon liittyvissä asioissa. Hänen mukaansa nämä kyvykkyydet määrittävät yksilön mahdollisuuksia elää täyttää elämää ja vastaavasti niiden puuttuminen merkitsee heikommassa asemassa olemista. Heikommassa asemassa oleminen voi olla siis hetkellistä ja kohdistua myös sellaiseen ihmisryhmään, jota ei mielletä sosiaalityön kohdejoukoksi.

Sosiaalityön arvojen ja eettisten periaatteiden toteutumisen kannalta on tärkeää, että kaikki nämä kohdejoukot tulevat nähdyiksi. Asiaa voidaan valottaa yksittäisten arvojen avulla. Sosiaalityön ammattiyhdistyksen Talentian (2022, 11-22) mukaan sosiaalityön eettiset periaatteet liittyvät ihmisarvoon ja yhteiskunnalliseen oikeudenmukaisuuteen, jossa keskeisiksi arvoiksi muodostuu esimerkiksi itsemääräämisoikeus ja epäoikeudenmukaisten toimintatapojen vastustaminen. Synnytysväkivaltaa voidaan vastustaa ja synnyttäjien itsemääräämisoikeutta voidaan edistää sosiaalityön keinoin ainoastaan silloin, kun synnytysväkivalta itsessään ymmärretään sosiaalityön kohteeksi. Syy, miksi arvot ylipäänsä ovat keskeisiä sosiaalityön käytännössä, perustuu sosiaalityön tarkoitukseen. Sosiaalityö on yhteiskunnan omatunto (Raitakari 2002, 56). Yhteiskunnan omatuntona sen tehtävänä on tuoda sosiaalisia arvoja osaksi palvelujärjestelmää, kuten sairaalasyntytystä. Synnytykseen liittyvä arvopuhe ei sinänsä ole uutta, vaan keskustelua on käyty jo pitkään. Synnytysaktivistit ja tutkijat ovat puhuneet reproduktio-oikeuksista (Petchesky 1998) ja synnytyksen humanisoinnista (Wagner 2001). Tämä arvopuhe on edelleen ajankohtaista. Toisin sanoen, synnytysväkivaltaa koskeva keskustelu itsessään kertoo siitä, että sosiaalityön arvopohjalle on sosiaalinen tilaus myös terveydenhuollon palveluissa.

2 SYNNYTYSVÄKIVALTA KÄSITTEENÄ

2.1 Obstetrinen väkivalta

Obstetric violence, obstetrinen väkivalta, on alkujaan Latinalaisen Amerikan maissa aktivismin tuloksena syntynyt käsite. Käsite määriteltiin eksplisiittisesti ensimmäisen kerran vuonna 2007, kun Venezuela ensimmäisenä maana kielsi obstetrinen väkivallan. Kyseinen kieltolaki oli määritelty osana lakia, joka käsitteli naisten oikeutta elää väkivallatonta elämää. Lain yhtenä tarkoituksena oli rohkaista myös muita maita obstetrinen väkivallan kieltämiseen lainsäädännössä. (D'Gregorio 2010, 201-202.) Argentiinassa säädettiin jo vuonna 2009 laki naisten kohtaamaa väkivaltaa vastaan ja kyseisessä laissa niin ikään nimettiin obstetrinen väkivalta (Vacaflo 2016, 65-66). Nämä lait ovat samansisältöiset, mutta ainoastaan Venezuelan laissa tietyt obstetrinen väkivallan muodot kriminalisoitiin jo tuolloin (Borges 2017, 830). Äskettäin myös muut Latinalaisen Amerikan maat ovat huomioineet obstetrinen väkivallan lainsäädännössään. Boliviassa vuonna 2013 säädetyssä laissa puhutaan laajemmin naisten reproduktio-oikeuksiin liittyvän väkivallan kieltämisestä, kun taas Panamassa vuonna 2014 säädetyssä laissa puhutaan nimenomaan obstetrisestä väkivallasta. Lisäksi Meksikossa on samana vuonna säädetty laki, jossa erikseen kielletään obstetrinen väkivalta. (Williams, Jerez, Klein, Correa, Belizán & Cormick 2022.)

Latinalaisen Amerikan käyttöönottama obstetrinen väkivallan käsite on siis ensisijaisesti juridinen käsite. Juridiselle termistölle on ominaista, että ne muuttuvat ajan ja käyttötarkoituksen mukaan (Kanner 2012). Tämä muutosherkkyys ilmenee obstetrinen väkivallan käsitteen epämääräisyytenä. Ensinnäkin lait eroavat sen suhteen, miten laajaan ilmiöön obstetrinen väkivallan käsitteellä viitataan. Esimerkiksi Argentiinan laissa käsite viittaa raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeiseen

hoitoon sekä myös raskauden keskeytykseen liittyvään hoivaan (Vacaflor 2016), kun taas meksikolaisessa lainsäädännössä käsitteellä viitataan myös esimerkiksi imetykseen (Williams ym. 2022). Molemmissa väkivallan toteuttajaksi määritellään hoitohenkilökuntaan kuuluva viranomainen. Sisällöllisesti argentiinalainen ja venezuelainen lait ovat samansuuntaisia. Molemmissa laeissa kielletään ihmisarvoa loukkaavan hoito, liiallinen medikalisointi eli lääketieteellistäminen sekä luonnollisten prosessien tekeminen patologisiksi, minkä seurauksena nainen menettää autonomiaansa suhteessa ruumiisensa (D'Gregorio 2010, 201-202; Vacaflor 2016, 66-68). Käsitettä on sovellettu myöhemmin myös tieteellisissä asiayhteyksissä (Kukura 2018, 725), minkä takia paneudun siihen tarkemmin.

Ihmisarvoa loukkaavalla hoidolla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan äitiin kohdistamaa epäinhimillistä kohtelua, joka aiheuttaa tälle vahinkoa. Kyseinen epäinhimillinen kohtelu on hoitohenkilökunnan julmaa tai alentavaa käytöstä synnyttäjää kohtaan (Vacaflor 2016, 66-68). Joissain synnytystilanteissa naisen mielipide esimerkiksi ohitettiin kokonaan (Lokugamage & Pathberiya 2017, 70). Brasiliassa tehdyssä tutkimuksessa taas tuli esille, että nainen saattaa alistua tähän ihmisarvoa loukkaavaan kohteluun, eikä edes pyri tuomaan esille toiveitaan tai tee valituksia huonosta kohtelusta (Misago, Kendall, Freitas, Haneda, Silveira, Onuki, Mori, Sadamori & Umenai 2001, 71). Samaan aikaan tutkimus Isosta Britanniaasta osoittaa, että vaikka yhteinen päätöksenteko olisi ihmisoikeutena perusteltu ja vaalittu päämäärä, naiset kertovat silti joutuvansa synnytyksen aikana hoitohenkilökunnan epäinhimillisen käytöksen kohteeksi (Villarmae & Kelly 2020, 518-519). Ihmisarvoa loukkaava hoito ei siis paikannu vain tiettyyn maanosaan tai köyhiin maihin.

Liiallinen medikalisointi puolestaan tarkoittaa tarpeettomien lääketieteellisten operaatioiden tekemistä (Vacaflor 2016, 66). Esimerkiksi lääketieteellisesti tarpeettomia keisarileikkauksia tehtiin Venezuelassa vuonna 2008 60 499:lle naiselle ja Argentiinassa 139 178: lle naiselle, kun taas Suomessa sama luku oli vain 767. Toki huomionarvoista on, että prosentuaalisesti nämä luvut eivät näytä yhtä äärimmäisiltä: Argentiinassa 2,2 %, Venezuelassa 1 % ja Suomessa ei edes 0,00 prosenttia kaikista keisarileikkauksista vuonna 2008 olivat lääketieteellisesti tarpeettomia (Gibbons, Belizán, Lauer, Betrán, Merialdi & Fernando 2010, 18-19.) Näitä lukuja arvioitaessa on hyvä ottaa huomioon, että tarpeeton keisarileikkaus määriteltiin lääketieteellisesti tarpeettomiksi (emt. 8). Keisarileikkaus voidaan tehdä myös naisen synnytyspelon takia, vaikka sille ei olisi lääketieteellistä perustelua (Saisto 2000). Tässä kohdin kyse on pikemminkin synnyttäjän huomioimisesta kuin obstetrisen väkivallan muodosta. Silti, synnytyspelko ei selitä sitä, että Venezuelassa lääketieteellisesti tarpeettomia keisarileikkauksia ainakin 99 900 % enemmän kuin Suomessa. Eipä ihme, että Venezuela määritteli erikseen tarpeettomat keisarileikkaukset yhtenä obstetrisen

väkivallan rangaistavana muotona (D'Gregorio 2010, 202.) Tarpeettomat episiotomiat eli välilihan leikkaukset ja keisarileikkaukset ovat osassa maita yhä edelleen niin yleisiä, että esimerkiksi Kukura (2018, 730-733) on määritellyt nämä pakotetut toimenpiteet nykyisen obstetrisen väkivallan yhdeksi muodoksi. Esimerkiksi Brasiliassa suurin osa naisista "synnyttää" keisarileikkauksella ja alatiesynnytyksessä episiotomia eli välilihan leikkaus on rutiinitoimenpide. Brasilia oli ensimmäinen maa, jossa aktivistit vaativat naisen oikeutta omaan kehoonsa myös synnytyksestä. (Diniz & Chacham 2004.)

Viimeisimpänä obstetrisen väkivallan tunnuspiirteenä on luonnollisten prosessien patologisointi (Vacaflor 2016, 70). Synnytykseen liittyvät lääketieteelliset toimenpiteet määrittyvät niin luonnollisina, että pikemminkin luonnollinen synnytys määritellään poikkeukseksi ja toimenpiteet näyttäytyvät normaaleina (Douché & Carryer 2011). "Normaali synnytys" on siis tilanne, jossa erilaiset interventiot mielletään siihen kuuluvina. Silti täydellinen irtaantuminen synnytyksen toimenpidekeskeisyydestä esimerkiksi kotisyntytyksen muodossa merkityskellistyy edelleen poikkeauksena (Worman-Ross & Mix 2013). Synnytyksen patologisointiin ei siis suhtauduta ainoastaan vastustavasti. Pikemminkin obstetrisesta väkivallasta voidaan puhua silloin, kun hoitohenkilökunta tekee nämä päätökset kysymättä tai neuvottelematta synnyttäjän kanssa. Tätä havainnollistaa harjoittelijalääkäreiden synnytykseen puuttumisen tarpeellisuuden tehty tutkimus. Näissä "arvioissa" erityisesti "hysterisen" potilaan ajateltiin olevan hankala, joka vain liioitteli kipujaan. Erityisesti mustien ja alemman sosiaaliluokan naisten arvioitiin tällä tavoin liioittelevan kipujaan. (Kroll, Murphy, Poston, You & Premkumar 2022, 4-6.) Tässä ikään kuin viitataan rakenteelliseen rasismiin lääketieteellisenä päätöksenä. Samoin esimerkiksi vanhempien naisten äitiyskuolleisuus ymmärretään synnytykseen liittyvänä dilemmana, vaikka todellisuudessa kyseessä on ikäsyrynnän muoto (Stone 2016). Kyse on siis rakenteellisesta syrjinnästä, joka ikään kuin patologisoi lääketieteelliseksi päätökseksi tai dilemmaksi.

2.2 Synnytyksen aikainen pahoinpitely ja epäkunnioitus

Synnytysväkivallan ilmiöön viitataan myös pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen käsitteillä (Bowser & Hill 2010). Kansainvälisessä kirjallisuudessa on käytetty mistreatment during facility-based childbirth ja abuse and disrespect during childbirth käsitteitä silloin, kun terveydenhuollon toteuttama institutionaalinen väkivalta on haluttu kohdentaa nimenomaan synnytykseen. Lisäksi motivaationa on ollut halu irtaantua obstetrisen väkivallan Latinalaisen Amerikan kontekstista

(Savage & Castro 2017, 2). Bowser ja Hill (2010) ovat jaotelleet epäkunnioituksen ja pahoinpitelyn (disrespect and abuse) seitsemään luokkaan. Heidän mukaansa nämä luokat ovat fyysinen pahoinpitely, suostumuksen vastainen hoito, luottamuksen vastainen hoito, epäarvostava hoito, syrjintä synnyttäjän ominaisuuksien perusteella, hoidon laiminlyönti ja pitäminen sairaalassa. Kirjoittajat antavat näistä luokista selkeitä esimerkkejä: fyysinen pahoinpitely voi tarkoittaa kovakouraista ohjaamista, suostumuksen vastainen hoito taas viittaa esimerkiksi ilman suostumusta tehtyihin sterilointeihin. Luottamuksen vastainen hoito voi ilmetä naisen HIV-statusen salassapidon laiminlyöntinä, kun taas epäarvostava hoito tarkoittaa esimerkiksi synnyttäjän nimittelyä ja häpäisemistä. Syrjintä synnyttäjän ominaisuuksien perusteella ei tarkoita ainoastaan etnisyyttä tai sosiaaliluokkaa, vaan myös esimerkiksi uskottomuuden seurauksena raskautuneen tai HIV-positiivisen naisen syrjintää. Hoidon laiminlyönnissä taas nainen on saatettu jättää täysin yksin vaikeassakin synnytystilanteessa. Viimeisimpinä muotona on naisen pitäminen sairaalassa vastoin tämän tahtoaan synnytyksen jälkeen, mikäli lasku ei ole maksettu. Tätä listaa lukiessa on hyvä muistaa, että nämä pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen muodot liittyvät synnytysväkivaltaan yleisesti ja ne on nimetty köyhemmissä maissa tehtyjen tutkimusten perusteella. Täten ne eivät ole sellaisinaan sovellettavissa Suomen kontekstiin.

Bowserin ja Hillin (2010) typologiaa on kritisoitu siitä, että se ei ole varsinainen määritelmä, vaan pikemminkin luettelo synnytykseen liittyvän pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen tavoista. Freedman ym. (2014) on tämän mainitsemansa kritiikin pohjalta määritellyt itse seitsemän synnytykseen liittyvää pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen muotoa, jotka he erottelevat sen mukaan, onko kyse yksilöllisestä, rakenteellisesta vai poliittisesta tasosta. Tässä jaottelussa ehdoton ansio on se, että siinä otetaan huomioon pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen rakenteellinen ja poliittinen kiinnittyneisyys. Samalla erilaiset pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen muodot määritellään melko laajasti esimerkiksi "normalisoituneeksi pahoinpitelystä ja epäkunnioituksesta" (Freedman ym. 2014, 916). Jaottelun ansiona on rakenteellinen näkökulma synnytysväkivaltaan. Samalla käsitteet jäivät melko abstrakteiksi, koska niitä ei liitetä konkreettisiin tekoihin.

Freedmanin ym. (2014) tavoin Bohren ym. (2015) ovat kritisoineet Bowserin ja Hillin (2010) mallia, joskin eri syystä. Bohren ym. (2015) kritisoivat mallia empiirisyyden puutteesta, minkä takia he ovat muotoilleet oman jaottelunsa synnytyksessä tapahtuvasta pahoinpitelystä ja epäkunnioituksesta. Heidän jaottelunsa perustuu systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Jaottelun perusteella pahoinpitely ja epäkunnioitus tarkoittaa fyysistä, seksuaalista ja verbaalista pahoinpitelyä, stigmatisointia ja syrjintää, ammatillisten standardien laiminlyöntiä, riittämätöntä tiedonantoa naisen ja palveluntuottajan välillä sekä terveydenhuollon

olosuhteita ja rajoitteita. Tämä kirjallisuuskatsaus onnistuu tavoitteessaan luoda tieteellisesti perustellun jaottelun synnytykseen liittyvistä pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen muodoista. Silti Bohrenin ym. (2015) jaottelu kärsii samasta ongelmasta kuin alkuperäinen Bowsenin ja Hillin (2014) malli. Se on pitkä lista erilaisia pahoinpitelyn muotoja eikä varsinainen määritelmä. Lisäksi sekä Bowsenin ja Hillin (2010) että Freedman ym. (2014) että Bohren ym. (2015) jaotteluissa ei erotella epäkunnioituksen, pahoinpitelyn, kaltoinkohtelun ja väkivallan käsitteitä toisistaan. Pikemminkin obstetrisen väkivallan, sairaalasyönnytyksen aikana tapahtuvan kaltoinkohtelun ja synnytyksen aikaisen pahoinpitelyn ja epäkunnioituksen käsitteitä käytetään synonyymeina (Savage & Castro 2017, 2).

Suomen sanalle synnytysväkivalta ei ole olemassa minkäänlaista tieteellistä käsitteen määritelmää. Tämä on ongelmallista, koska kansainväliset käsitteen määritelmät kuvaavat ilmiötä lähes täysin erilaisessa kontekstissa. Tässä tutkimuksessa synnytysväkivalta määritellään hoitohenkilökunnan toteuttamaksi synnytyksen aikana tapahtuvaksi väkivallaksi (D'Gregorio 2010; Vacaflor 2016) sekä epäkunnioitukseksi ja pahoinpitelyksi (Bowser & Hill 2010; Bohren ym. 2015). Epäkunnioitus ja pahoinpitely määrittyy tässä yhteydessä institutionaalisen vallan väärinkäyttämiseksi (Freedman ym. 2014). Lisäksi synnytysväkivaltaan suhtaudutaan sukupuolittuneena väkivaltana, mikä liittyy käsitteen juridis-poliittiseen historiaan, jossa synnytysväkivallan vastainen toiminta on kiinnittynyt naisten kohtaaman väkivallan estämiseen (ks. D'Gregorio 2010). Tämä määritelmä on synteesi aiemmista synnytysväkivallan tieteellisistä määritelmistä. Perustelen tätä valintaa sillä, että varsinainen aineiston haltuunotto tapahtuu jälkistrukturalistisen koulukunnan ajattelijoiden - kuten Michel Foucault'n, Gilles Deleuzen ja Julia Kristevan- käsitteillä, jotka taas ovat äärimmäisen laajasti viitattuja, kehitettyjä ja tieteelliset standardit täyttäviä.

3 ÄIDILLISEN RUUMIIN HALLINTA

Naisen ollessa raskaana, hänen ruumiinsa on erilaisen määrittelyn ja seurannan kohteena (Cummins 2014). Jopa tuntemattomat ihmiset saattavat kommentoida vatsan kokoa, tiedustella raskauden etenemisestä ja koskea naisen vastaan. Naisen yksityisestä ruumiistaan tulee tällä tavoin julkista (Neiterman 2012, 180-181). Kun ruumis tulee tällä tavoin julkiseksi, siihen voidaan kohdistaa erilaisia seurantatoimenpiteitä, kuten verikokeita ja ultraäänitutkimuksia (Helén 2016, 355). Naisen odotetaan hyväksyvän tämän hallinnan ja naiset itsekin puhuvat raskaudesta ja synnytyksistä riskien ja toimenpiteiden kielellä (Chadwick & Foster 2013, 11-13). Tämä heijastelee valtakurssia, jossa synnytykseen liittyvät interventiot on normalisoitu ja hyvän synnyttäjän oletetaan suhtautuvan tottelevaisesti hoitohenkilökunnan määrittämiin toimenpiteisiin (Hausman 2005, 26). Ruumiin hallinnalla on siis myös diskursiivinen ulottuvuus. Tässä tutkimuksessa äidillisen ruumiin hallintaa lähestytään biopoliittisen ja jälkistrukturalistisen feministisen teorian viitekehyksistä käsin. Kerron aluksi biopolitiikan käsitteellistyksistä, jotka liittyvät ruumiin hallinnan ja kielen väliseen suhteeseen. Tämän jälkeen tuon esille, minkälainen kontribuutio jälkistrukturalistisella feminismillä on spesifisti äidillisen ruumiiseen.

Ruumiin hallinta kytkeytyy biovaltaan- ja biopolitiikkaan, joissa tarkoituksena on ruumiin alistaminen, jotta sen voimia voidaan hyödyntää tehokkaammin ja jalostaa paremmiksi. Ruumiilla tarkoitetaan sekä yksilön ruumiin hyödyntämistä yhteiskunnan tarkoituksiin että lajiruumiiseen kohdistettuja toimenpiteitä, kuten väestöpolitiikkaa. (Foucault 1976/2010, 101-106; 1978-1979/2008.) Biovallan ja -politiikan käsitteelliset juuret ovat Foucault'n 1970-luvun tuotannossa: Seksuaalisuuden historian Tiedontahto-osiossa (1976/2010) ja Biopolitiikan syntyluentosarjoissa (1978-1979/2008). Biovallan ja -politiikan käsitteitä ei kuitenkaan erotella seikkaperäisesti toisistaan. Näistä klassikoiksi muodostuneista kirjoituksista on tehty tulkinta, jonka mukaan biovalta tarkoittaa elämänhallintaan liittyvää valtaa,

kun taas biopolitiikalla tarkoitetaan niitä interventioita, joiden avulla biovaltaa toteutetaan (Rabinow & Rose 2006, 196-197). Helénin (2016, 40) ratkaisuna taas on kieltäytyä näiden käsitteiden erottelusta ja käyttää biopolitiikan käsitettä, koska "valtaa on vaikea käsitellä otteen lipeämättä". Hän puhuu elämän hallinnan politiikasta. Tässä tutkimuksessa vallan käsitteestä ei voida mitenkään irtisanoutua, koska tutkimuksen kohteena on synnytykseen liittyvä väkivalta. Tämä valtasidonnaisuus tosin liittyy suomen kieleen, jossa ei ole englannin kielen tavoin vallasta erotettua käsitettä (violence vs. power). Samalla tässä tutkimuksessa ei voida puhua pelkästään biovallasta, koska myös Helénin (2016) elämän hallinnan politiikan käsitteellistykset soveltuvat näkökulmaksi tutkimuksen aineistoon. Täten näitä käsitteitä käytetään lähdeuskollisesti eli käsitettä vaihdetaan sen mukaan, kehen kirjoittajaan viitataan. Yhteistä näille käsitteillä - biovallalle, biopolitiikalle ja elämän hallinnan politiikalle - on kuitenkin ajatus siitä, että ruumiin hallinnan tarkoituksena on olla katalysoiva voima (Helén 2016, 88). Ruumista ei haluta tuhota tai nujertaa, vaan sitä aktivoida ruumista toimimaan halutulla tavalla. Synnytysväkivaltaa koskevassa keskustelussa kyse on sen arvioimisesta, ovatko nämä aktivointipyrkimykset liioiteltuja tai passivoivia.

Biopolitiikkaan liittyy keskeisesti Foucaultin (1978-1978/2008, 1-12) hallinnan tai hallinnallisuuden käsite. Käsite on alkujaan tarkoittanut hallitusta poliittisena instituutiona (ks. Helén 2016, 130), mutta biopolitiikan yhteydessä käsitteellä viitataan laajemmin erilaisten ryhmien hallitsemiseen sekä siihen, kun henkilö itse hallitsee omaa ruumistaan ulkoisten vaatimusten mukaisesti. Tässä prosessissa keskeiseksi nousee kysymys hallintataitaidosta. Hallintataito liittyy kysymykseen siitä, mikä on paras tapa hallita ja miten hallinta oikeutetaan? (Foucault 1978-1979/2008, 2.) Toisin sanoen kyse on hallinnan määrän, kohteen ja tehokkuuden arvioinnista. Tässä kysymyksessä pohditaan sitä, miten hallita hyvin? (Helén 2016, 52; 133). Silti, kyse ei ole pelkästään niistä toimenpiteistä, joiden avulla ruumista hallitaan, vaan erityisesti hallinnan kielellisestä rakentumisesta. Elämän hallinnan politiikassa ruumiin hallintaan liittyvät kamppailut käydään kielen avulla. Täten ruumiin hallintaa koskevat kamppailut ovat totuutta ja tietoa koskevia kamppailuja (Helén 2016, 20).

Elämän hallinnan politiikan kiistat perustuvat valtapyrkimyksille ja totuus on aina valtasuhteissa määriteltyä (Helén 2016, 37-41). Tämän ymmärtäminen vaatii vallan käsitteen avaamista. Biopolitiikan pioneerin Foucault'n (1975/1980, 200) mukaan valta ei ole kenenkään ominaisuus tai omaisuutta, vaan pikemminkin sitä voidaan ainoastaan harjoittaa. Näin ymmärrettynä hoitohenkilökunnan valtaa ei voi horjuttaa ja synnyttäjiä ei voida valtaistaa, koska valta ei missään vaiheessa kuulunutkaan hoitohenkilökunnalle. Sen sijaan he ainoastaan harjoittivat valtaa. Tämä ei silti tarkoita, että hoitohenkilökunta ja synnyttäjät olisivat keskenään tasa-arvoisessa asemassa. Ennemmin tietyllä ryhmällä on paremmat mahdollisuudet

harjoittaa valtaa, mikä on heidän strategisten asemien kokonaisuus. Tällöin valta kulkee heidän lävitseen. (emt. 34.)

Valtaa voidaan myös vastustaa. Foucault (1976/2010, 74) tuo esille vastarinnan käsitteen, jonka hän määrittelee katalysoivaksi voimaksi, joka järjestää valtasuhteita. Vastarinta tapahtuu strategisesti merkittävällä kentällä ja se ei tule valtasuhteiden ulkopuolelta. Tällä tavoin ymmärrettynä synnytykseen liittyvän ruumiin hallinnan vastustaminen on mahdollista sen takia, että aihe on strategisesti merkittävä. Tämä strateginen merkittävyys liittyy Metoo-kampanjan myötä noussutta keskustelua erityisesti naisten koskemattomuudesta. Strategien merkittävyys ei kuitenkaan paikannu johonkin tiettyyn tilanteeseen, vaan pikemmin valta tarjoaa monia vastarintapisteitä. Vastarinta on mahdollista vain näissä vastarintapisteissä, mikä tarkoittaa sitä, että niiden ulkopuolella tehdyt vastarintapyrkimykset jäävät huomiotta. Vastarinnan avulla ei kuitenkaan vapauduta vallasta, vaan se pikemminkin järjestää valtasuhteita uudelleen. Tämän uudelleenjärjestelyn myötä olemassaolevat valtasuhteet jopa lujittuvat. (emt. 71-74.) Vastarinta siis enemminkin aktivoi valtaa kuin sammuttaa sitä. Toisin sanoen vastarinta on reaktio vallalle, joka taas saa vallan toimimaan tehokkaammin ja kirkkaammin. (Smith 2016, 268.)

Vastarinnan tarkoituksena ei ole hyökätä mitään yksittäistä ryhmää vastaan, vaan tietynlaista vallan tapaa vastaan. Sairaalakontekstissa tämä tarkoittaa sitä, että lääkäreitä ei kritisoida heidän asemansa takia, vaan sen takia, että he kohdistavat rajoittamatonta valtaa ihmisruumista kohtaan. (Foucault 1982, 780-781.) Tässä tullaan vallan ja subjektin käsitteiden vuoropuheluun. Valta tuottaa subjektiuden mahdollisuudet. Vallan tarkoituksena on jossain määrin objektivoida ja tämän objektivoinnin tuloksena tulee luoduksi tila, jossa on subjektiuden mahdollisuus. (Foucault 1982, 778-788.) Elämän hallinnan politiikassa tämä tarkoittaa sitä, että ihmisen olemassaolon, halun, kokemuksen ja toiminnan ehdot tulevat luoduiksi (Helén 2016, 281). Tämän perusteella lääkärin harjoittamassa rajoittamattomassa vallassa synnyttäjän subjektiutus kaventuu annettujen ohjeiden tottelemiseksi, kun taas vähemmän rajattu valta mahdollistaa synnyttäjälle subjektiudelle laajemman tilan. Foucault (1978-1979/2008, 51-70) liittyy liberalismin hallinnan taitoon ja näin ymmärrettynä valinnanvapaus ja subjektiutus ovat tapoja, joiden avulla ruumista hallitaan. Samalla hallinta on mahdollista ainoastaan vapaiden subjektien avulla.

Olen edellä eritellyt hallinnan ja vallan käsitteitä. Näiden välisen yhteyden määrittelemisen ei ole mutkatonta. Voidaan kuitenkin sanoa, että valta liittyy tarkoitukseen ja hallinta liittyy konkreettisiin toimenpiteisiin tämän tarkoituksen toteuttamiseksi (Miller & Rose 2010, 14-15). Helén (2016, 130-131) on kritisoinut sitä, että hallinta määritellään tällä tavoin vain toiminnan ohjailuksi ja johtamiseksi, jonka avulla valtaa toteutetaan. Hänen mukaansa tällainen käsitteen määrittely ei ota huomioon hallinnan historiallisia erityispiirteitä. Tämän tutkimuksen edellä esitetty

erottelu on silti riittävä, koska tutkimuskysymyksissä rajataan hallinnan rationaaliteetti, kuten liberalismi, kiinnostuksen kohteen ulkopuolelle. Tässä tutkimuksessa pikemminkin keskitytään ruumiin hallinnan muotoihin. Kurinpitoon perustuvassa yhteiskunnassa ruumis alistetaan, jotta sitä voidaan hyödyntää tehokkaasti. Tarkoituksena on niin sanottu kuuliainen ruumis, joka tekee tehokkaasti siltä vaaditut tehtävät. Tämä ajattelutapa normalistetaan oikeaksi ratkaisuksi. (Foucault 1975/1980.) Lääkäri käyttää apuna niin sanottua kliinistä katsetta, jonka avulla hän normalisoi, valikoi ja ohjaa sitä, mitkä asiat määrittävät hoitotilanteessa olennaisiksi (Foucault 1963/2013). Kontrolloinnissa taas hallinta ei paikannu hoitohenkilökuntaan, vaan pikemminkin numeroihin ja koodeihin (Deleuze 1990/2005a). Tällöin synnyttäjään pyritään vaikuttamaan riskipuheella. Potilaan ruumista pystytään kontrolloimaan puhumalla riskeistä ja epävarmuudesta, joita lääketieteellisillä interventioilla pyritään lievittämään (Helén 2016, 120-121). Äidillinen ruumis on kuitenkin vain osittain hallittavissa, koska se on kulttuurin ja biologian risteyskohdassa, jonne nykyinen merkitysjärjestelmä ei täysin ulotu (Kristeva 1977/1993c, 154). Jälkistrukturalistisen feminismin edustajien näkökulmissa tuodaankin esille, että symbolinen kieli itsessään on alistamisen tapa (Kristeva 1977/1993c; Cixous, K. Cohen & P. Cohen 1976). Käsittelen alaluvuissa 3.1 ja 3.2 hallintamuotojen toteutusta sekä subjektiuden ja vastarinnan todellistumista niissä. Lopuksi luvussa 3.3 käsittelen vielä jälkistrukturalistisen feminismin edustajien näkemyksiä äidillisen ruumiin ja kielen välisestä yhteyttä sekä naisellisen ruumiin erityispiirteitä. Tarkoituksena ei ole keinotekoisesti lisätä teoreettisten näkökulmien määrää, vaan tuoda feministinen näkökulma sukupuolittunutta väkivaltaa (ks. Freedman ym. 2014) koskevaan keskusteluun.

3.1 Kurinpito kuuliaisen ruumiin hyödyntämisenä

Foucault (1975/1980) nimesi kurinpidollisen vallan kuvaamaan uutta ruumiin hallinnan muotoa, joka erosi suvereenin ajan vallasta. Aiemmin suvereenin vallan aikana hallitsijan ja alamaisen välillä oli epäsymmetrinen valtasuhde, jonka turvin hallitsijan oli mahdollista kohdistaa erilaisia rangaistuksia alamaisten ruumiiseen ja päättää viime kädessä jopa heidän elämästä ja kuolemasta (Foucault 1976/2010, 100). Kurinpitovallalla sitä vastoin ruumista alistetaan sen takia, että sen voimia ja mahdollisuuksia voitaisiin hyödyntää paremmin. Tällöin rankaisu kohdistuu ensisijaisesti sieluun ja ruumiilliset rangaistukset ovat pikemminkin tehostuskeinoja. Ruumista siis hallitaan ja rangaistaankin, mutta tämä hallinta pyritään toteuttamaan mahdollisimman tehokkaasti ja hienovaraisesti. Tehokkaan ja hienovaraisen

alistamisen kautta ruumiin voimia voidaan hyödyntää yhä paremmin. (Foucault 1975/1980, 21; 37-38; 156; 236.) Voidaan puhua hyödyntävän vallan harjoittamisesta tai katalysoivasta hallinnasta, jonka tarkoituksena on vauhdittaa yhteiskunnallisia prosesseja (Helén 2016, 88). Synnytyksessä naisen ruumiin ohjailun ja alistamisen tarkoituksena on hyödyntää naisen ruumiin kykyä luoda uutta elämää (Cummins 2014, 39). Uusien jäsenien luominen taas on välttämätöntä yhteiskunnan jatkuvuuden kannalta.

Kurinpidollisessa hallinnassa hienovaraisuus tarkoittaa vain tiettyjen ruumiin osien hallintaa (Foucault 1975/1980, 157). Synnytyksessä hallinta kohdistuu ilmeisten ruumiinosien lisäksi esimerkiksi ruumiin asennon hallintaan. Esimerkiksi tutkimuspöytä jo itsessään ohjaa naista tietynlaiseen asentoon. Ruumiin kurinpidolle on ominaista, että esine ja ruumis nivoutuvat tällä tavoin yhteen (emt. 174). Näiden esineiden ruumista alistavaa tarkoitusta ei useinkaan kyseenalaisteta, vaan ne nähdään jopa luonnollisina asioina. Kurinpidolliseen hallintaan liittyykin tietynlainen tottelemisen moraalit ja käskemisen taktiikka. Silti valta-asemat eivät ole suvereenin vallan tavoin vakiintuneita eikä mikään eliittiryhmä omista valtaa. Pikemminkin valta kulkee tietyn ryhmän lävitse. (emt. 34; 188-189.) Hoitohenkilökunnan lävitse kulkee siis enemmän valtaa kuin synnyttäjän, mutta he eivät silti omista tätä valtaa. Pikemminkin valta kulkee heidän lävitseen niin pitkään, kun synnyttäjä tottelee ja he pystyvät käskyjen avulla häntä ohjaamaan lähes näkymättömästi.

Ennen kuin kurinpidollisessa hallintaa voidaan toteuttaa, täytyy määrittää, mitä asioita halutaan pitää kurissa. Tämä tapahtuu normalistamisen kautta. Normalistavan vallan tarkoituksena on pitää ruumista kurissa sellaisissa tilanteissa ja sellaisella tarkkuudella, mikä ei ole lakien muodossa mahdollista määrittää (Foucault 1975/1980, 201). Kun jokin asia sitten mielletään normaaliksi, on sillä käytöstä ohjaava merkitys. Esimerkiksi Uudessa Seelannissa tehdyssä tutkimuksessa naiset esittivät "omana valintanaan" keisarileikkauksen, mikä todellisuudessa noudatteli yhteiskunnallista muutosta, jossa ylipäänsä synnytyksen lääketieteellistyminen ja siihen liittyvät toimenpiteet on normalisoitu (McAra-Couper, Jones & Smythe 2012, 11-12.) Tämä kuvastaa sitä, että ruumiin hallinta on ikään kuin sisäistetty osaksi omaa toimintaa. Hallinta voi tarkoittaa tällä tavoin myös itsensä hallintana. Tällöin kyse on itsensä paremmaksi muuttamisesta (Helén 2016, 290). Itsehallinta on mahdollista sen takia, että normaalin mukaisesta käytöksestä palkitaan ja poikkeavuudesta rangaistaan (Foucault 1975/1980, 202-207). On täten ymmärrettävää, että nainen ikään kuin huomaamattaan muodostaa omaa valintaansa tavalla, josta hän saa ulkoisen palkkion. Tämä ulkoinen palkkio ei välttämättä ole pelkästään hyväksyntää, vaan esimerkiksi synnytystilanteessa lääkityksen annostelun arviossa korostuu se, kuinka rauhallinen ja tottelevainen potilas on (Kroll ym. 2022).

Normaali ei silti toteudu pelkästään itsehallinnan kautta, vaan kohdetta on tarkkailtava, jotta poikkeavuus voidaan tarvittaessa karsia. Sairaalarakennus on rakennettu siten, että lääkärin on mahdollista tarkkailla useita potilaita kerrallaan tehokkaasti (Foucault 1975/1980, 195; 221-245.) Synnytystilanteessa teknologia mahdollistaa, että hoitohenkilökunta saa tietoja synnyttäjien supistuksista ja vauvan sydänpölyistä myös silloin, kun he eivät ole huoneessa. Raskaana olevalta naiselta odotetaan, että hän hyväksyy tämän tarkkailun. (Cummins 2014, 42-44.) Tämä tarkkailu on kokoaikaista, mutta samalla valikoivaa. Toisin sanoen, valvonta ei ole kaiken läpäisevää, vaan ennemminkin hoitohenkilökunta rajaa, mitkä asiat ovat tarkkailun alaisena. Tällöin voidaan puhua kliinisestä katseesta. Kliinisen katse tarkoittaa konkreettisten ruumiin toimintojen katsomisen lisäksi potilaan tarinan pelkistämistä siten, että se soveltuu lääketieteelliseen ajatusmalliin. (Foucault 1963/2013.) Voidaan siis ajatella, että kurinpito ikään kuin paikantuu katseeseen. Synnytyksen kontekstissa tämä katse tarkoittaa hoitohenkilökunnan kliinistä katsetta.

Alkujaan kliinisen katseen tarkoitus oli tehdä havaintoja täysin ilman mielikuvitusta ja teoriaa. Tässä tarkkailevassa katseessa katsomisen avulla luodut havainnot pelkistettiin diagnooseiksi. Modernissa lääketieteessä taas patologinen näkökulma auttaa havaintojen valikoinnissa ja rajaamisessa. Havaintoja ei siis pyritäkään tekemään ilman mitään esioletuksia. Patologia on on luonteeltaan vertailevaa: erilaisia diagnooseja arvioidaan suhteessa yksittäisen potilaan oireisiin ja hänen tuottamaan tarinaansa oireista. Tällainen diagnosointi ei perustu pelkästään katsomiseen, koska sairaudet ovat lopulta kielellisessä muodossa olevia kuvauksia. Täytyy siis pystyä operoimaan kielen ja kuuntelun avulla. Näin ollen katse myös puhuu. Kliininen katse, joka puhuu ja näkee, ilmaisee totuuden. (Foucault 1963/2013, 131-136; 138; 145; 161.) Kliininen katse on siis lähtökohtaisesti rajaava ja tämän rajaamisen apuna käytetään olemassa olevia patologioita. Patologiat eli sairaudet ovat valmiiksi luotuja kategorioita, joihin havainnot sovitetaan ja muu tieto suodatetaan pois. Näin ymmärrettynä kliininen katse rajaa luovat selitysmallit lähtökohtaisesti diagnosoinnin ulkopuolelle, mikä saattaa johtaa siihen, että diagnosointi ja siihen liittyvä hoito on jossain määrin epärelevanttia. Samalla kliinisen katseen tarkoituksiksi kuitenkin määritellään täsmällisyys ja tarkkuus (emt. 145). Tämä täsmällisyys voidaan ymmärtää siten, että yksittäiselle potilaalle etsitään olemassa olevista vaihtoehdoista paras ratkaisu.

Sairaalassa ruumista pyritään ymmärtämään ja toisaalta sen toimintoja pyritään korjaamaan. Lopulta kurinpidon tavoitteena on kurin ja pakottamisen avulla tuottaa kuuliaisuuksia ruumiita. Kuuliainen ruumis tekee mitä toivotaan, miten toivotaan ja missä ajassa toivotaan. Mitä kuuliaisempi ruumis on, sitä hienovaraisemmilla keinoilla sitä voidaan hyödyntää. Täten hyöty ja tottelevaisuus ovat toisistaan riippuvaisia. (Foucault 1975/1980, 156-161.) Raskaana olevat naiset noudattavatkin kuuliaisuuksia

ruumiin ihannetta esimerkiksi seuraamalla terveyssuosituksia (Harper & Rail 2012, 74-75) ja toimimalla synnytyksessä hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaisesti (Chadwick 2017, 497- 501). Tässä on nähtävissä kurinpidon tehokkuus: pelkän suosituksen tai ohjeen avulla pystytään hallitsemaan raskaana olevan naisen ruumista. Joidenkin tutkimusten mukaan kuuliaisuus on yhteydessä sosiaaliluokkaan eivätkä läheskään kaikki naiset toimi synnytyksissä kuuliaisen ruumiin mukaisesti. Esimerkiksi Karin Martinin tutkimuksen mukaan erityisesti valkoiset, keskiluokkaiset, heteroseksuaalit naiset haluavat toimia synnytystilanteessa kohteliaasti, kiltisti ja epäitsekästä (Martin 2003). Tämä ihmisryhmä edustaa valtaväestöä ja normin mukaista kategoriaa. Näin ymmärrettynä he ovat muutenkin kuuliaisia, mikä näkyy myös synnytyksessä.

Kurinpitoa on mahdollista vastustaa vastarinnan avulla. Foucaultin (1976/2010, 71-75) vastarinnan käsite ilmaisi yleisesti käsitteen sisältöä vallan toisena puolena, joka järjestää valtasuhteita. Mona Lilja ja Stellan Vinthagen (2014) ovat jatkokehittäneet tätä vastarinnan käsitettä siten, että he erittelevät, mitkä vastarinnan tavat liittyvät mihinkin vallan muotoon. Kurinpitovallan yhteydessä vastarinta tarkoittaa ensisijaisesti jokapäiväistä vastustamista. Tämä jokapäiväinen vastustaminen tarkoittaa valtakurssista kieltäytymistä tai sen uudelleenmuotoilua. Valtadiskurssia on mahdollista tulkita ja esittää toisin. (emt. 114.) Esimerkiksi Metooliikkeen nimi on itsessään tällainen toisin tulkinta: seksuaalista häirintää ja väkivaltaa ei tapahdu vain joillekin yksittäisille henkilöille, vaan yhä useampi on joutunut sen kohteeksi. Minä myös. Diskursiivisen vastustuksen ohella kurinpitoa on mahdollista vastustaa poikkeavuudella. Poikkeavuus vastustaa normalisointia ja näin ollen myös poikkeavuuden rankaisemisesta tulee itsessään palkkio. (emt. 115.) Esimerkiksi potilasaktiivisissa saatetaan asettua lääketieteen asiantuntijuutta vastaan ja erilaiset hiljentämisyritykset voivat pikemminkin saada aktivistit puhumaan vain kovempaan. Tätä voi selittää se, että aktivistit etsivät ensisijaisesti tunnustusta: oma tilanne halutaan saada julkiseen tietoisuuteen (Helén 2016, 320). Palkintona voi siis olla muiden aktivistien tunnustus. Aina kurinpidollisen vallan vastarinta ei ole näin suoraa, vaan yhtenä tapana on omaksua dominoivan diskurssin ja ajattelutavan aineksia osaksi vastarintaa (Lilja & Vithagen 2014, 118). Synnyttäjät voivat esimerkiksi hyväksyä lääketieteelliset toimenpiteet ja omaksua lääketieteellisen sanaston osaksi omaa puhettaan, mutta he eivät alistu pelkäksi kuuliaiseksi ruumiiksi, vaan muodostavat ruumiistaan tiedonlähteen (Chadwick & Foster 2013, 11-12). Kyseessä ei ole siis lääketieteellisen näkökulman sivuuttaminen, vaan pikemminkin sen hyödyntäminen vastarinnan muodostamisessa.

3.2 Kontrollloiva hallinta ruumiin voimien jalostamisena

Tähän mennessä on kuvattu Foucault'n (1975/1980) ajatusta suvereenin vallan jälkeisestä kurinpittoon perustuvasta vallasta ja siihen liittyvästä ruumiin hallinnasta. Deleuze (1990/2005, 118-125) on kehittänyt vielä kontrolliyhteiskunnan käsitteen kuvaamaan kurinpitoyhteiskunnan syrjäyttävää hallintamuotoa. Kontrollilla ei ole mitään erillistä hyödyntämisen paikkaa, vaan se läpäisee kaiken toiminnan. Toisin sanoen, ihminen on näennäisesti vapaa, mutta toisaalta jatkuvan kontrollin alaisena. (emt. 124). Kuriyhteiskunnat eivät Deleuzen (1990/2005a, 118) mukaan katoa, vaan ne saavat pienemmän roolin. Helén (2016, 241) tuo samalla tavoin esille, että raskauden ja synnytyksen hallinta perustuu nykyään erityisesti kontrollointiin, vaikka kurinpidollistakin hallintaa tapahtuukin. Hän sitoo kontrollin elämän hallinnan politiikkaan. Riskejä ennaltaehkäistään ennakoivan kontrollin avulla esimerkiksi ruoka- ja elämäntapaohjeiden muodossa. Lisäksi erilaisten kokeilujen, kuten koeputkihedelmoitusten, avulla voidaan kontrolloida tulevaa elämää (emt. 237-251).

Kontrollilla ei ole myöskään mitään selkeää kohdetta, joka tehtäisiin normaaliksi, vaan se on alati muuttuvaa, mitä kontrolloidaan. (Deleuze 1990/2005a, 118-125.) Kontrolloinnin apuna käytetään riskiä. Riski eroaa normaalista siten, että se ei ole aktuaalista, vaan mahdollisesti tapahtuvaa. Näitä riskien todennäköisyyksiä mitataan, arvioidaan ja ennakoitaan. Riski on luonteeltaan tilastollista ja liittyy ihmisjoukkoon. Silti riskeistä tehdään tapauskohtaisia siten, että ne ikään kuin irrotetaan tilastollisesta yhteydestä ja puhutaan riskiyksilöistä. Tällä tavoin voidaan erilaisten standardoitujen mittareiden avulla määritellä yksilön riskialttiutta ja näin harjoittaa ennakoivaa elämän hallintaa. (Helén 2016, 120-122.) Synnyttäjistä voidaan puhua "riskisynnyttäjänä" ja raskaudesta voidaan puhua "riskiraskautena". Kaikkiin synnytyksiin liitetään riski, kyse on ainoastaan siitä, onko tämä riski alhainen vai korkea (Hausman 2005, 35). Synnyttäjältä odotetaan, että hän on tietoinen näistä riskeistä ja toimii itse näiden riskien ehkäisemiseksi jo raskausaikana esimerkiksi terveellisillä elämäntavoilla (Neiterman 2012, 377).

Periaatteessa synnytyksessä lähes mikä tahansa on mahdollista määritellä riskiksi. Haasteeksi riskien arvioimisessa muodostuu se, että eri toimijoilla on tosiasiallisesti erilaiset resurssit ylläpitävät epävarmuutta. (Helén 2016, 111-114; 125-126; 345.) Hoitohenkilökunnalla on enemmän kykyä ja voimavaroja arvioida epävarmuutta, kun taas synnyttäjän on vaikea arvioida hoitohenkilökunnan määrittelemien riskien todennäköisyyttä. Riskien arvioinnin kannalta lisähaasteena on riskin käsitteen epämääräisyys. Synnytyksessä riskin käsitteellistykset eroavat kontekstin ja sisällön suhteen toisistaan. Joidenkin näkökulmien mukaan riski käsittää koko synnytyksen ja riskien väleillä ei voida tehdä valintaa. Toisten näkökulmien

perusteella taas riski käsittää vain tietyn osan synnytyksestä ja erilaisia riskejä voidaan vertailla ja tämän vertailun perusteella voidaan tehdä valinta, minkä riskin realisoitumista ehkäistään. Sisällöllisesti näkökulmat eroavat sen suhteen, määrittäykö riski tilastojen vai synnyttäjän kokemuksen perusteella. (Davis-Floyd 2001; van Teijlingen 2005; 2017; Wagner 2001.) Riskin käsite liitetään ylipäänsä usein kyseenalaistamatta synnytykseen ja riskidiskurssi on vahvistunut entisestään kehittyneissä (Hausman 2005; Smith ym. 2012). Samaan aikaan synnytysturvallisuus on kuitenkin parantunut (Tekay, Nuutila & Heinonen 2017). Näyttää siis siltä, että synnyttäjän ruumista hallitaan *riskipuheella* eikä välttämättä riskeillä itsessään.

Kontrolloivassa hallinnassa kontrolli ei silti paikannu hoitohenkilökunnan tai minkään muunkaan ryhmän puheeseen tai toimintaan. Pikemminkin data ohjaa ihmistä. Lääketieteessä tämä tarkoittaa sitä, että kontrolli liittyy riskiryhmiin ja sairauksiin eikä täten palaa potilaan ja lääkärin välille. Lääketiede "ilman lääkäreitä ja potilasta" ei ole yksilökeskeisempää, vaan sen avulla yksilöä voidaan kontrolloida "dividuaalisen materian" avulla. (Deleuze 1990/2005a, 118-125.) Synnytyksessä naisen supistuksen kesto ja voimakkuus sekä vauvan sydänäänet on operationalisoitu numeeriseen muotoon. Tällainen synnytyksenaikainen elektroninen valvonta tuottaa numeerisessa muodossa tietoa riskeistä ja vain aniharva kieltäytyy tästä toimenpiteestä (Hausman 2005, 29). Näiden numeeristen arvojen avulla voidaan määrittää esimerkiksi siitä, milloin ja millainen kivunlievitys on tilanteeseen sopiva. Teknologia toimii siis kontrollin apuna (Deleuze 1990/2005a, 122). Samalla sen tarkoituksena tarkoituksena on tehdä vallitsevaa olotilaa paremmaksi (Helén 2016, 92). Toisin sanoen se jalostaa ruumiin voimia paremmiksi. Helén (2016, 239) puhuu ennakoivasta kontrollista, jossa ruumiin toiminnot voidaan osittaa lukuisiksi muuttujiksi, joista yhtä tai useampaa voidaan kontrolloida. Tämän kontrollin avulla ruumista voidaan hallita ennaltaehkäisevästi (Helén 2016, 239-241). Raskaana olevan naisen kannalta tämä tarkoittaa sitä, että hänen kehoonsa kohdistetaan verikokeita, ultraäänitutkimuksia ja mahdollisia sikiöseulontoja riskien ennakointia varten. Varsinainen kontrolli kohdistuu näin ollen naisen elintapoihin ja elinympäristöön (Helén 2016, 355).

Kontrolliin liittyy ajatus epäjatkuvuudesta, kaiken läpäisevyydestä ja tietynlaisesta paikattomuudesta (Deleuze 1990; 2005a). Vastarinnan näkökulmasta tämä näyttäytyy haasteellisena: miten vastustaa jotain, mikä on kaikkialla ja ei missään? Deleuze käsittelee tuotannossaan verrattain paljon vastarinnan mahdollisuutta ja subjektille muodostuvia tiloja, vaikka ei eksplisiittisesti puhukaan niistä kontrolliyhteiskuntaa koskevassa kirjoituksessaan. Näissä käsitteellistyksissä otetaan silti kantaa kontrollin mekanismien vastustamiseen. Deleuzelle vastarinta on tekoja. Deleuze (1987; 2005b) puhuu vastarinnasta tekoina. Vastarinta alkaa aina vastainformaation esittämisenä, mutta tämä ei itsessään riitä. Tämä vastainformaatio

täytyy esittää taideteoksen tai ihmisten taistelun muodossa, jotta sitä voisi aidosti vastustaa. Tarkemmin sanottuna kyse on siitä, että kontrolloivia voimia ja jähmettyneitä valtasuhteita tarkastellaan median, taiteen ja kapitalismin konteksteissa (Taira & Väliaho 2015, 20.) Yhtenä tällaisena tekona on epääjanmukaisten käsitteiden luominen (Deleuzen 1987; Taira & Väliaho 2015, 16 mukaan). Deleuzelaisesta näkökulmasta synnytysväkivallan käsitteen käyttö on itsessään vastarinnan muoto. Lisäksi media ei pelkisty synnytysväkivaltakeskustelun areenaksi, vaan pikemminkin se on paikka, jossa vastainformaatiosta tulee vastarintaa. Voidaan puhua deterrorialisaatiosta, jossa nykyiset valta-asetelmat ikään kuin menevät sijoiltaan ja muuttuvat. Tämä prosessi ei perustu kommunikaatioon, koska se itsessään perustuu nykyisille ajattelumalleille ja täten ylläpitää nykyisiä valta-asemia. Pikemminkin tarvitaan epääjanmukaista puhetta, joka itsessään luo uudenlaisia olotiloja ja pakenee kontrollia. (Deleuze 1990/2005c, 134-235).

3.3 Äidillisen ruumiin rajallinen hallittavuus

Äidillisen ruumiin hallintaa lähestytään jälkistrukturalistisen feminismin näkökulmasta. Kyseiseen koulukuntaan on liitetty sellaiset ajattelijat kuin Julia Kristeva, Hélène Cixous ja Luce Irigaray (Tandon 2008, 88). Ajatuksena jälkistrukturalistisessa feminismissä on problematisoida kielellisiä merkityksiä, tehdä toisin tulkintoja näistä ja pohdita, miten kielen avulla tehdään jokin näkökulma todeksi. Kielen ajatellaan kytkeytyvän valtaan, mutta kumpikaan sukupuoli ei omista valtaa, vaan pikemminkin valta realisoituu diskursseissa. (Davies & Cannon 2005, 312-315.) Samalla jälkistrukturalistinen feminismi ei kuitenkaan ohita sukupuolen ruumiillisuutta, vaan osa ajatteliijoista paneutuu tai ainakin sivuaa naisen ruumiillisuuden ja kielellisten kategorioiden väliseen dynamiikkaan (Kristeva 1980/1993b; Cixous ym. 1974). Tässä tutkimuksessa näkökulma rajautuu äidillisen ruumiin ja subjektiuden käsitteisiin. Kerron aluksi, miten naisruumis tulee hallituksi ja siirryn sen jälkeen kertomaan, miten äidillinen ruumis on osittain tämän hallinnan tuolla puolen, saavuttamattomissa. Käytän hallinnan käsitettä viittaamaan vallan käytön tapoihin (ks. Miller & Rose 2010, 14-15), vaikka kirjoittajat eivät itse puhukaan hallinnasta.

Naisen ruumiin hallinta liittyy kieleen itseensä. Kristeva (1975/1993c) puhuu symbolisen ja semioottisen erottamisesta. Symbolinen kielen voidaan ajatella edustavan mieheyttä ja siinä keskeistä ovat symbolit, kategoriat ja lauseoppi. Semioottinen puolestaan voidaan kuvata vietillisyyden, rytmisyyden ja tulkintojen moninasuuden. (Sivenius 1993, 12-13.) Semioottinen on vielä epätäsmällistä ja

epävarmaaa, mutta pyrkii viittaamaan johonkin kohteeseen (Kristeva 1975/1993a, 96). Kun tällainen ero on tehty, sen avulla voidaan tehdä hierakioita ja täten rakentaa eriarvoisuutta. Symbolisen kielen selkeärajaisuus, yksiselitteisyys ja rationaalisuus ilmenee jotenkin "oikeampana", kun taas ruumiillisuuteen liittyvä semioottisuus näyttäytyy alisteisena kielen muotona. Tämä ilmenee myös diskursseissa. Tieteellinen diskurssi pyrkii rationalisoinnin ja selkeärajaisuuden avulla oikeuttamaan itseään metakielenä ja hiljentämään poeettisen kielen. Poeettisessa kielessä epätasällisyys ja rytmisyys vastustavat tätä symbolisen kielen ennalta määrittyneisyyttä (Kristeva 1975/1993a, 96-97). Näin ymmärrettynä symbolinen kieli itsessään voidaan ajatella naista tukahduttavaksi (Kristeva 1975/1993a).

Erottelujen avulla muodostuu raja, joka on äidillisen ruumiin kannalta keskeistä. Rajalla naisen ruumis tulee ensinnäkin hallitukseksi saastan ja pyhyyden avulla. Symbolisuuteen liittyy sääntöjen ja niihin liittyvien kieltojen muodostaminen. Symbolinen järjestelmä pyrkii erotteluun ja mikäli jokin asia ikään kuin uhkaa näitä erottelua ja kieltoja, merkityksellistetään se saastaksi. Saastaisuus ilmentää objektiutta, jonka on tarkoitus erottautua puhtaudesta eli subjektiudesta. Saastaisuus tuotetaan adjektion eli kammon tunteen avulla. Siinä työnnetään ulos jotakin sellaista, mikä uhkaa puhtautta. (Kristeva 1980/1993b, 189-203.). Inhon, ällötyksen ja kammon avulla pystytään myös hallitsemaan ruumista. Esimeriksi Uudessa Seelannissa naiset sanoivat suosivansa keisarinleikkausta, koska sen avulla pystyttiin vähentämään synnytykseen liittyvää sotkuisuutta (McAra-Couper ym. 2012, 11-12). Näyttää siltä, että lapsivesi ja veri ilmentävät tässä niin sanottua saastaa, jota halutaan välttää keisarileikkauksen avulla. Ruumiin eritteet kylläkin ovat olemassa myös keisarileikkauksessa, mutta eivät samalla tavalla näkyvästi kuin alatiesynnytyksessä.

Saastumisen mahdollisuus liittyy erityisesti rajoihin. Saastaisuuden suurin vaara on niin sanotulla rajalla: mitä selkeämpi ja vahvempi raja on, sitä suurempi on saastumisen mahdollisuus. Ruumiin kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että ruumiin aukoilla olevia asioita. Esimerkiksi kuukautisveri määrittyy saastaksi, koska se tekee sukupuolieron näkyväksi. Samalla kaikkien ruumiin eritteiden kohdalla ei ole näin, kuten esimerkiksi kyynelten kohdalla. (Kristeva 1980/1993b, 200-202.). Synnytyksessä veri niin ikään ilmaisee sukupuolieroa, mutta samalla sillä on selkeä merkitys äidiksi tulemisen ja vauvan syntymän kannalta. Äidillinen ruumis eroaakin naisen ruumiista siinä, että se ei ole samalla tavoin saastaisuuden ulottuvissa, vaan sitä käsitteellistetään pikemminkin puhtauden ja arvovallan kautta (Kristeva 1980/1993b, 203). Tässä tullaan toiseen näkökulmaan, joka liittyy rajaan: äidillinen ruumis itsessään on raja. Äidillinen ruumis on ensinnäkin itsessään raja kulttuurin ja biologian välillä. Raskaana olevan naisen ruumis voidaan ajatella suodattimeksi, joka mahdollistaa vauvan subjektivoitumisen. Vauvan on siis pakostakin irtaannuttava tästä suodattamasta. Samalla äidillinen ruumis ei kuitenkaan ole pelksätään objekti,

vaan se on myös sellainen naiseuden ruumiillistuma, joka eroaa miehen ruumiista. Nainen saavuttaa jotakin sellaista, joka ei ole miehen saavutettavissa. (Kristeva 1977/1993a, 154). Raskaudessa merkittäjä ei ole ikään kuin paikalla, joten äidillinen ruumis ei ikään kuin taivu pelkästään symbolisen kielen merkityksille (Kristeva 1979/1993d, 180; Sivenius 1993, 14). Raja tulee luoduksi erotteluiden avulla.

Erottelujen ja rajojen avulla määrittyy yksilön subjekti. Subjekti muodostuu symbolisen ja semioottisen rajapinnassa, näiden yhteistyötänä (Kristeva 1975/1993b). Toisin sanoen subjekti vaatii aina myös astumista symboliseen kieleen. Tämäkään tutkimus ei olisi mahdollinen ilman symboleja. Kristeva (1977/1993a, 152-154) itseasiassa itsekin tuo esille, että lopulta haasteena on juuri sopivan kielen puuttuminen. Äidillisestä ruumiista puhutaan erityisesti äidillisen palvonnan diskurssin kautta, jossa liitetään yhteen symboliseen kieleen yhteensopimattomat vastinparit neitsyt ja äiti. Neitsyt Marian äidillisen palvonnan diskurssi ei tavoita äidillisyyden arkaaista kokemusta. Cixous ym. (1976) niin ikään puhuu kielestä vapautumisen muotona. Femininisen kielen rikkaus, rytmikkyys ja osittainen irtaantuminen merkitystaloudesta liittyvät naisen tapaan kirjoittaa. Tämä naisten kirjoittaminen on usein määritelty hölmöksi ja naisten tapaa kirjoittaa on yritetty hiljentää. Silti juurikin sen takia se on myös tapa vastustaa mieskeskeisyyttä. Tämä tapahtuu ennen kaikkea itsehallinnan vastustamisella: naisen on uskallettava kirjoittaa itselleen ja itselle ominaisella kielellä (Cixous ym. 1976, 880-881; 876). Toisin sanoen, synnytyskokemuksista kirjoittaminen ei tarkoita tässä yhteydessä astumista mieskeskeiseen symboliseen kieleen, vaan pikemminkin tämän kielen muokkaamista siten, että siinä ilmenee myös semioottinen puoli. Tällainen kirjoittaminen ei edes pyri kausaaliselityksiin, vaan tarina saattaa katketa, rönsyillä ja olla täynnä kirjoitusvirheitä. Valtasuhteiden vastustaminen tapahtuu siis symbolisen ja semioottisen rajaa hyödyntämällä. Uudenlaiset ajattelutavat eivät synny vanhan vastakohtana, vaan pikemminkin uuden ja vanhan rajapinnassa, jossa tuttuus ja uutuus yhdistyvät. Kyse on siis olemassa olevien rajojen venyttämisestä, siirtämisestä ja rikkomisesta. Naisen ruumiin diskursiivinen hallinta on itsessään maskuliinista, joten vastarinnan mahdollisuudet liittyvät naisruumiin erityispiirteiden korostamiseen ja arvostamiseen.

Lopulliset tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä synnytysväkivaltaa koskevia diskursseja painetun median aineistossa on ja millaiseksi synnyttäjän subjekti näissä diskursseissa muodostuu?
2. Millainen intertekstuaalinen konteksti analysoiduilla diskursseilla on?
3. Millainen tulkinta analysoitujen diskurssien ja näiden kontekstien perusteella voidaan tehdä siitä, mikä on ruumiin hyvin hallintaa synnytyksessä?

4 TUTKIMUKSEN AINEISTO

Tämän tutkimuksen aineisto koottiin mediateksteistä. Media voidaan ymmärtää ideologisen kamppailun areenana, jossa erilaiset äänet pyrkivät saamaan valtaa (Milani & Johnson 2010, 5). Toisin sanoen nämä erilaiset äänet pyrkivät saamaan keskustelussa diskursiivista tilaa. Eniten diskursiivista tilaa omaavalla äänellä on usein myös helpompi pääsy mediaan ja näin ollen enemmän ikään kuin sananvaltaa (Milani & Johansson 2010, 6; Reisigl & Wodak 2017, 88). Puhujan status ja niin sanottu markkinapaikka määrittävät hänen sananvaltansa rajat. Tämä korostuu erityisesti asiantuntijakeskeisessä keskustelussa. Äärimmillään voidaan puhua hegemonisesta diskurssista, jonka tarkoituksena on ainoastaan ideologian keinoin ylläpitää dominoivan eliitin etuoikeuksia (van Dijk 2017; Reisigl & Wodak 2017).

On kuitenkin pelkistävää väittää, että mediassa olisi ainoastaan dominoivan ryhmän ääni (Milani & Johnson 2010, 6). Äärimmäisen asiantuntijakeskeinen keskustelu vaatii ammattispesifin sanaston hallitsemista, joka itsessään sulkee ulos suuren osan yleisöstä. Tällä tavoin toimiva eliitti ei ylläpitäisi paikkaansa kielellisillä markkinoilla. Media on yhä enemmän kaupallistunut (Fairclough 1997), joten suuren yleisön ulossulkeminen ei ole mahdollista. Dominoivakin ääni tulee esittää suurelle yleisölle ymmärrettävällä tavalla. Tämä ilmenee median keskustelunomaistumisena, jolla tarkoitetaan asiatekstin ja viihteellisyyden sekoittumista ja vuorottelua läpi tekstin (Fairclough 1997, 20). Media on viihteellistynyt ja jossain määrin on puhuttu myös performatiivisuudesta ensisijaisena suhteessa asiatekstiin. Performatiivisuus tarkoittaa tunteisiin vetoavaa retoriikkaa ja tämä performatiivisuus on liitetty moderniin aikaan (Harrikari & Rauhala 2018).

Tutkimuksen aineistona mediatekstit ovat niin sanottuja valmiita dokumentteja eli ne on tuotettu alunperin muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuksen aineistoksi. Tällaisen aineiston eduiksi mainitaan usein taloudellisuus, koska aineisto on helposti saatavilla eikä sitä tarvitse esimerkiksi litteroida eli saattaa tekstuaalinen muotoon. (Kallinen & Kinnunen 2022.) Vaikka dokumentit ovat valmiita, aineisto ei silti ole

valmis. Tutkijan täytyy rakentaa oma aineistonsa perustuen reflektioon. Kallinen ja Kinnunen (2022) puhuvat aineiston tuottamisesta. Puhun itse mieluummin pelkästään aineiston rakentamisesta, koska media-aineiston tekstit ovat kuitenkin valmiimmassa muodossa kuin esimerkiksi haastatteluaineistossa, johon aineiston tuottamisen käsite soveltuisi paremmin.

Aineiston rakentaminen aloitettiin etsimällä otanta poliittisesti merkittävistä tapauksista, jotka tässä tutkimuksessa tarkoittavat sellaisia mediatekstejä, joissa käsitellään Minä myös synnyttäjänä-kampanjaa. Poliittisesti merkittävien tapausten otantamenetelmä on muunnelma kriittisten tapausten menetelmästä, jossa pyritään valitsemaan mahdollisimman keskeisiä tapauksia aineistoksi. Näin ollen aineistosta voidaan tehdä myös loogisia yleistyksiä. (Patton 2002, 236-237; 241.) Tässä vaiheessa luettiin laajasti eri genrejen media-aineistoja, jotka käsitelivät Minä myös synnyttäjänä- kampanjaa ja synnytysväkivaltaa. Genre voidaan ymmärtää tekstin tyyliä lajiksi (Kallinen & Kinnunen 2022). Ainoa rajausta oli se, että aineiston tulisi käsitellä kyseistä kampanjaa. Tämä rajausta perustui siihen, että näyttäisi hyvin ilmeiseltä, että laajempi yhteiskunnallinen synnytysväkivallan käsitteeseen liittyvä keskustelu on jäljitettävissä kyseiseen aktivistiryhmään.

Alkujaan oletuksena oli, että poliittisesti merkittävät tapaukset voisi löytyä Helsingin Sanomista, koska se on Suomen ainoa valtakunnallinen uutislehti (Kallinen & Kinnunen 2022). Siksi lehdellä on laaja levikki ja tekstit ovat tyyliä lajiltaan riittävän asiakokeskeisiä. Käsiteparilla "riittävän asiakokeskeistä" viitataan tämän tutkimuksen intressiini välttää liian performatiivista aineistoa. Tämän takia sosiaalisen median keskustelu suljettiin aineiston ulkopuolelle. Sosiaalisessa media-aineistossa äänessä ovat kärjistetyt kommentit, jotka eivät kuitenkaan välttämättä heijasta poliittisesti merkittävimpiä näkökulmia synnytysväkivaltakeskusteluun. Näiden rajausten puitteissa tutkimuksen aineisto rajautui vain viiteen artikkeliin, joista yksi ei edes liittynyt kampanjaan ja yksi käsiteli synnytysväkivaltaa verrattain vähäsen. Tämän takia jouduttiin hakemaan lisäaineistoa.

Lisäaineisto hankittiin kriteeriotannalla, jossa tietyt kriteerit määrittävät, mitkä tekstit voisivat soveltua aineistoksi. Käytännössä aineiston hankinnassa käytettiin myös lumipallo-otantaa, jossa yksi informaatorikas tapaus johtaa toisen luo. (Patton 2002, 237-238.) Lumipallo-otantamenetelmä toteutui siten, että tekstuaalisten viittausten avulla oli mahdollista määrittellä kaikki painetun median tekstit, jotka käsitelivät Minä myös kampanjaa ja synnytysväkivaltaa. Kriteeriotannalla valikoitiin näistä sopivimmat tekstit. Kirjoittaja, haastateltava tai näkökulma eivät olleet sen enempään sisäänotto- kuin ulossulkukriteerikään. Keskeistä oli se, että synnytysväkivalta oli artikkeleissa ydinsisältö eikä sivuhuomautus. Lopullisessa aineistossa on sanomalehtien ohella aikakauslehtiä. Tämä aineiston hankinnan laajennettu rajausta johti siihen, että osa artikkeleista on hieman performatiivisempia ja

osassa taas on enemmän asiakieltä. Myös lehden osio, jossa artikkeli on julkaistu, heijastuu tekstuaaliseen lopputulokseen. Mediatekstit ovat luonteeltaan multimodaalisia eli niissä yhdistellään erilaisia ilmaisumuotoja, kuten tekstiä, kuvaa ja videota (Kallinen & Kinnunen 2022). Tässä tutkimuksessa aineistona on ainoastaan artikkelien tekstuaalinen osuus. Mediateksteissä on aina piilossa olevia tai avoimempia viittauksia toisiin teksteihin (Kallinen & Kinnunen 2022). Tässä tutkimusaineistossa tämä intertekstuaalisuus korostui, koska aineisto käsitteli verrattain rajattua yhteiskunnallista keskustelua synnytysväkivallasta.

Lopullinen aineisto sisältää 18 painetun median artikkelia siten, että 3 artikkelia oli Helsingin Sanomista, 4 Yle Uutisista, 1 Yle Radiosta, 5 Iltta-Sanomista, 3 Iltalehdestä sekä 1 artikkeli Hyvä terveys- lehdestä ja 1 artikkeli Satakunnan kansa- lehdestä. Aineisto hankittiin digitaalisessa muodossa, joten siihen viitataan ilman spesifejä lehden sivunumeroita. Aineiston linkit ovat kuitenkin saatavilla liitteessä 1. Lisäksi liitteestä näkyy, missä lehden osiossa artikkeli on painettu. Näin lukija voi ymmärtää kyseisen artikkelin genreä.

5 KRIITTINEN DISKURSSIANALYYSI

Kriittinen diskurssianalyysi on joukko erilaisia teoreettisia ja metodologisia lähestymistapoja sekä sovelluskohteita (Unger 2016). Se ei siis tarjoa mitään yhtenäistä ja lineaarisesti etenevää menetelmää (van Dijk 2017). Kriittinen diskurssianalyysi tulee ensinnäkin erottaa kriittisestä diskurssitutkimuksesta (critical discourse studies CDS). Perusajatus on, että kriittinen diskurssitutkimus on ikään kuin yläkäsite kaikelle kriittiselle diskurssitutkimukselle, kun taas kriittinen diskurssianalyysi viittaa johonkin tiettyyn kriittisen diskurssitutkimuksen analyysimenetelmään (Catalano & Waugh 2020, 1-3). Tässä tutkimuksessa kriittistä diskurssianalyysia käytettiin menetelmänä. Kriittinen diskurssianalyysi oli täten keino ottaa haltuun synnytysväkivaltaa koskeva aineisto sen sijaan, että synnytysväkivallan aineistoa lähestyttäisiin kriittisen diskurssitutkimuksen viitekehystä (ks. Hart & Gap 2014). Kriittinen diskurssianalyysi oli siis tutkimuksen analyysimenetelmä ja tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostui biopolitiikan ja jälkistrukturalistisen feminismien teorioista käsin.

Kriittinen diskurssianalyysi, critical discourse analysis CDA, tarkastelee sitä, miten kielen käytöllä luodaan ja ilmenetään valtasuhteita, ideologioita ja epätasa-arvoa (Fairclough 1995, 132). Valtaa tutkitaan vallan hyväksikäytön (abuse of the power) näkökulmasta, jolloin keskeiseksi nousee kysymykset siitä, miten vallan avulla oikeutetaan dominoivan ryhmän asemaa ja heikennetään marginaalin ääntä (van Dijk 1993, 245-255). Tutkija ei ole ulkopuolinen tarkkailija, vaan pikemminkin asianajaja, joka pyrkii tekemään itsestäänselvyytenä pidettyjä rakenteellisia valtasuhteita näkyväksi (Pynnönen 2013, 39). Tässä tutkimuksessa pyrittiin tekemään näkyväksi synnytysväkivaltakeskustelussa ilmeneviä valtahierarkioita ja niiden kiinnittymistä laajempiin yhteiskunnan hierarkioihin. Tarkoituksena ei ole toistaa Minä myös synnyttäjänä- kampanjan sanomaa sellaisenaan, vaan tehdä syvälinen yhteiskuntatieteellinen analyysi siitä, miten synnytysväkivaltaan liittyvät rakenteet ilmenevät muun muassa hoitohenkilökunnan ja synnyttäneiden naisten puheessa.

Tässä yhteydessä on tärkeää erottaa kriittisen teorian ja kriittisen diskurssianalyysin käsitteet. Molemmista on emansipatorinen ajatus siitä, että perustelemattomat valta-asetelmat tiedostetaan ja niistä vapaudutaan (van Dijk 2017). Lisäksi käytännössä monet kriittiseen paradigmaan sitoutuneet tutkimukset on toteutettu kriittisellä diskurssianalyysillä (Pease 2009). Tämä ei silti tarkoita, että kriittisen diskurssianalyysin piiristä voidaan valita mikä tahansa analyysimenetelmä. Osa analyysimenetelmistä perustuu sosiaalikonruktivistisille ajatuksille todellisuuden rakentamisesta. Nämä lähtökohdat eivät sovellu kriittisen teoriaan, joka perustuu pikemminkin realistiselle ajatukselle siitä, että ulkoinen todellisuus on olemassa sellaisenaan ja niistä voidaan tehdä painotuksesta riippuen joko kuvauksia tai tulkintoja (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009). Täten kriittiseen teoriaan sitoutuneella tutkijalla on ontologis-epistemologisesti mahdollista valita ainoastaan sellainen menetelmä, jonka avulla tutkitaan valta-asemien ja ideologioiden ilmenemistä kielessä.

Tämän rajauksen perusteella lähdettiin etsimään lopullista analyysimenetelmää. Kirjallisuudessa oli tarjolla useita jaotteluita, jotka selkeyttävät kriittisen diskurssianalyysin moninaisuutta. Näissä jaotteluissa kuuluisiksi muodostuneet teorit on eroteltu valittujen teemojen mukaisesti. Wodak ja Meyer (2001, 20) erottelevat menetelmät induktiivisuus-deduktiivisuus-janalle, minkä lisäksi lähestymistavat oli liitetty johonkin koulukuntaan. Kriittiseen teoriaan oli liitetty seuraavat lähestymistavat: Faircloughin dialektisrelationaalinen lähestymistapa, Mautnerin korpuskielitieteellinen lähestymistapa sekä Leeuwenin sosiaalisen toimijan teoria. Kaikki näistä lähestymistavoista määriteltiin induktiivisiksi eli aineistolähtöisiksi. Hart ja Gap (2014) ovat jatkokehittäneet tätä mallia ja jaotelleet teorioita sen mukaan painotetaanko niissä rakennetta tai sisältöä ja korostetaanko niissä toimintaa tai kognitiota. Lisäksi Unger (2016, 3) on pyrkinyt omassa jaottelussaan palaamaan yksinkertaisempaan jaotteluun, jossa analyysimenetelmät on jaoteltu sen mukaan, painotetaanko kognitiota, yhteiskuntaa tai tekstiä. Nämä jaottelut ja mallit olivat itsessään uskottavia. Silti, niistä puuttui systemaattinen analyysimenetelmä, jonka soveltaminen olisi mahdollista kohtuullisella asiaan perehtymisellä. Tämän takia Pynnösen (2013) kriittisen diskurssianalyysin malli valikoitui tämän tutkimuksen apuvälineeksi.

Pynnösen (2013) malli on selkeästi toteutettava ja se on asteittain syvenevä. Analyysi ikään kuin tarkentuu tekstuaalisesta tasolta tulkitsevaan ja lopuksi kriittiselle tasolle (Pynnönen 2013, 26). Tämän asteittain syvenevän analyysin avulla voidaan näyttää, mistä synnytysväkivaltakeskustelussa on kyse ja horjuttaa keskustelussa ilmenevää perusteetonta diskursiivista valtaa. Tutkimuksen tutkimuskysymykset tarkennettiin siten, että yksi tutkimuskysymys koski aina yhtä analyysitasoa. Varsinainen kriittinen diskurssianalyysi toteutui siis vasta kolmannen

kysymyksen kohdalla. Faircloughin (1997, 82) dimensionaalinen malli ja Wodakin ja Reisiglin (2014) diskurssihistoriallinen lähestymistapa niin ikään jakavat analyysin tekstuaaliseen, tulkinnalliseen ja kriittiseen vaiheeseen. Erona kuitenkin on, että heidän malleissaan valtasidonnaisuus läpäisee kaikki tasot, kun taas Pynnösen (2013, 32) mallissa valta-asemien analysointi toteutuu vasta viimeisellä tasolla. Tässä tutkimuksessa analysointikohteena on tutkimuksellisesti lähes koskematon yhteiskunnallinen keskustelu. Täten oli tarkoituksenmukaista analysoida ensin, mistä tässä keskustelussa on kyse ja vasta sitten horjuttaa keskusteluun liittyvää perusteetonta valtaa.

5.1 Asteittain syvenevä analyysimalli

Pynnösen (2013, 25-27) mukaan huolellinen tekstuaalinen analyysi on (kriittisen) diskurssianalyysin perusta. Tässä vaiheessa kiinnitetään huomiota tekstin muotoon ja merkitykseen. Tähän tarkoitukseen valittiin sisällönanalyysi, jonka tarkoituksena on pelkistää aineisto mahdollisimman tiiviiseen muotoon, jotta dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105-110). Pynnönen (2013, 25) tuo esille, että ensimmäisellä tasolla, tekstuaalisessa vaiheessa, ei vielä oteta kantaa tekstiin, vaan pysytään kuvailevalla tasolla. Ontologisesti sisällönanalyysi soveltuu kriittiseen teoriaan ja aineiston tekstuaaliseen analyysiin. Tarkoituksena ei ole tässä kohdin keinotekoisesti lisätä metodien määrää, vaan aidosti etsiä paras tapa teemoitella aineistoa. Laajemmin ymmärrettynä sisällönanalyysi tarkoittaa aineiston pelkistämistä ja ymmärrettäväksi tekemistä, jotta voidaan identifioida perussisältöjä (Patton 2002, 453). Perussisältöjen identifiointi oli toisaalta tapa vastata ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ja toisaalta tämän tason analyysi loi perustan analyysin syventämiselle ja sille, että muihin tutkimuskysymyksiin voitiin vastata.

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa teoriasidonnaisesti, teorialähtöisesti tai aineistolähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2004, 97-102). Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti. Aineistolähtöinen tutkimus alkaa kuvailusta, minkä jälkeen tapahtuu käsitteellinen järjestäminen ja lopuksi teoretisoiminen (Patton 2002, 490). Aineistosta etsitään tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset ilmaisut, minkä jälkeen näistä luoda sisäisesti johdonmukaiset luokat ja nämä luokat määritellään hierarkkisesti (Tuomi & Sarajärvi 2004, 102-103). Käytännössä aloitettiin etsimällä sanoja, joilla ilmaistiin synnytysväkivalta-sanaan liittyvä kannanotto. Tämän jälkeen järjestettiin kannanottoihin liittyvät yksittäiset

käsitteet kategorioiksi. Lopuksi muodostettiin kokoava käsitekartta asiasta ja asetettiin yläkategoriat.

Tekstuaalisen tason analyysillä luotiin vastaus seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Mitä synnytysväkivaltaa koskevia diskursseja painetun median aineistossa on ja millaiseksi synnyttäjän subjekti näissä diskursseissa muodostuu?

Tekstuaalisella tasolla luokitellut näkemykset voidaan nimetä diskursseiksi eli mentaalisten ja materiaalisten asioiden representaatioiksi (van Dijk 1993, 249-250). Nämä diskurssit oli siis nimetty niitä arvottamatta. Seuraavaksi tulkitsevilla analyysitasolla tehdään tulkinta siitä, miten aiemmin nimetyt diskurssit tarkoittavat ja miten ne suhteutuvat toisiinsa. Tutkija siirtyy analyytikon positiosta tulkitsijaksi ja pyrkii näin ymmärtämään diskurssien merkitystä laajemmin. (Pynnönen 2013, 33-34; 38.) Diskursseja on mahdollista ymmärtää asettamalla ne kontekstiinsa. Kontekstilla voidaan tarkoittaa diskurssien tilanteista, yhteiskunnallista tai näiden välissä olevaa intertekstuaalista kontekstia. Kun diskurssi on ymmärretty laajemmin aina johonkin aikaan ja paikkaan sidoksissa olevana merkityksen antona, voidaan tehdä tulkinta siitä, miten tämä aikapaikkasidonnaisuus ilmenee aineistossa ja toisaalta yhteiskunnassa. (Pynnönen 2013, 27-28; 33.) Tässä tutkimuksessa konteksti viittaa intertekstuaalisuuteen ja interdiskurssiivisuuteen.

Intertekstuaalisuudella tarkoitetaan sitä, miten tekstit muodostuvat suhteessa toisiin teksteihin, kun taas interdiskurssiivisuus viittaa siihen, miten yksittäinen diskurssi liittyy muihin diskursseihin (Fairclough 1992; Reisigl & Wodak 2017). Näiden muiden tekstien ja diskurssien ei tarvitse olla "nykyaikaisia", vaan tekstin kirjoittajalla tai diskurssin käyttäjällä on vapaus ottaa aineksia myös historian ajattelutavoista. Täten diskurssit viittaavat myös menneisiin teksteihin ja diskursseihin ja näin ollen diskurssi on historiallisesti muodostunut (Reisigl & Wodak 2016). Tähän tutkimukseen valitut mediatekstit ja niistä ilmenevät diskurssit ammentavat siis vaikutteita muista (media)teksteistä - ja diskursseista. Tällä analyysitasolla tehtiin tulkinta siitä, mitä nämä vaikutteet ovat. Kun diskursseja ymmärretään tekstin tuottamisen ja kuluttamisen kontekstissa, voidaan tähän liittyvä vallankäyttö demystifioida. Toisin sanoen, kun ymmärretään, miten genre, teksti ja diskurssit ovat vuorovaikutuksessa, pystytään myös vaikuttamaan diskurssien manipuloivaan puoleen. (Reisigl & Wodak 2017, 88-90.)

Fairclough (1992) lähestyy intertekstuaalisuutta erityisesti diskurssikäytäntöjen käsitteellä. Käsite viittaa siihen, että teksti on tuotettu aina jonkin asian tuloksena ja sillä on aina oma lukijaryhmänsä. Tekstin tyylilaji eli genre määrittää millä tavalla kieltä käytetään tietyssä sosiaalisessa käytännössä (Fairclough 1992, 138).

Intertekstuaalinen tulkinta tarkoittaa prosessia, jossa tekstistä pyritään jäljittelemään diskurssikäytännön aineksia (Fairclough 1997, 80). Tässä tutkimuksessa tehtiin tulkinta siitä, miten diskurssit sitoutuvat erilaisiin genreihin ja millaisin kysymyksenasetteluihin mikäkin diskurssi vastaa. Interstekstuaalisessa analyysissä yksittäiset diskurssit sidotaan siis niitä ilmentäviin teksteihin, retoriikkaan ja päämääriin. Intertekstuaalisen analyysin tarkoituksen mukaisesti tässä analyysivaiheessa irtaannutaan tekstuaalisesta tasosta kohti kriittisempää lähestymistapaa. (Pynnönen 2013, 27-28.) Erilaisten tekstien genret, keskinäiset ja tekstin tarkoitus sekä lukijakunnan hahmottaminen ovat analyysin kohteita, jotka palaavat ja ilmenevät tekstissä, mutta jotka eivät ole saavutettavissa pelkän tekstuaalisen analyysin keinoin.

Tulkitsevan tason analyysillä luotiin vastaus seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Millainen intertekstuaalinen konteksti analysoiduilla diskursseilla on?

Kriittisellä analyysitasolla analysoidaan, miten valta ilmenee aineistossa ja mitä vaihtoehtoisia tulkintoja tälle vallalle voidaan antaa. Valta ymmärretään vallan väärinkäytöksiä ja analyysin tarkoituksena on tehdä nämä valta-asetat näkyväksi ja ainakin osittain emansipoitua niistä. (Pynnönen 2013, 28-29.) Tässä tutkimuksessa emansipaatiota ei ymmärretä valtarakenteista vapautumisena, vaan pikemminkin dynaamisena liikkeenä, joka uudistaa, hajottaa ja vahvistaa nykyisiä valtasuhteita. Foucaultilaisittain puhuttaisiin valtasuhteiden järjestyksestä, deleuzilaisittain ajoittaisesta vallan pakenemisestä ja kristevalaisittain vallan rajojen hyödyntämisestä. Toisin sanoen, kriittisellä analyysitasolla haluttiin rikkoa analysoitujen diskurssien välistä vastakkainasettelua. Tämä toteutettiin tuomalla vaihtoehtoisuutta ja toisin tulkintoja valta-diskurssiin.

Edellisellä tasolla tehty diskurssien kontekstualisointi auttaa määrittelemään, mikä näkemys on valtakurssi, jonka vastarinnaksi muut diskurssit rakentuvat (Pynnönen 2013). Diskurssit eivät ole siis itsenäisiä kokonaisuuksia, vaan niiden suosio, vakuuttavuus ja laajuus määrittyy aina suhteessa muihin diskursseihin. Kun valtakurssi esitetään vaihtoehdottomana, ollaan diskursiivisen eriarvoisuuden ytimessä (van Dijk 2006; 2017). Toisenlaisille tulkinnoille ei ole tilaa. Tällöin diskurssi ilmentää ideologiaa ja ideologian tarkoitus on ilmentää epäoikeudenmukaisuutta eikä se kestä kriittistä argumentointia (Reisigl & Wodak 2017, 89). Siksi tällä viimeisellä analyysitasolla onkin tarkoitus esittää vaihtoehtoisia tulkintoja. Voidaan puhua merkitysten merkityksistä. (Pynnönen 2013, 33-34).

Tällä analyysitasolla otettiin niin sanottu asianajajan positio. Asianajajan positiossa tutkija pyrkii tekemään niitä diskursseja ymmärrettävämmiksi, joita on

sivuutettu, ohitettu tai alistettu. Samalla kyseenalaistetaan ja esitetään ristiriitaisuuksia vaihtoehdottomina ja väistämättöminä esitettyihin asioihin (Pynnönen 2013, 28-30). Tässä tutkimuksessa valta-asemien horjuttaminen ei tapahdunut pelkästään valtakurssin kyseenalaistamisella. Pikemminkin pyrittiin purkamaan keskustelun vastakkainasetteluja ja valtahierarkioita siten, että koko keskustelusta tehdään yhtenäinen johtopäätös. Toisin sanoen tehtiin analyysi siitä, millaiseksi ruumiin hyvin hallinta muodostuu keskustelun perusteella. Synnytysväkivaltakeskusteluhan on nimenomaan keskustelua ruumiin hallinnan rajojen ylittämisestä. Toisin tulkinnat demystifioivat nykyisiä valta-asemia ja luovat vaihtoehtoisuutta (Pynnönen 2013). Rikkomalla synnytysväkivaltakeskustelun muoto ja kysymyksenasettelut, ainakin horjutetaan diskurssien välistä hierarkiaa.

Kriittisellä analyysitasolla luotiin vastaus seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Millainen tulkinta analysoitujen diskurssien ja näiden kontekstien perusteella voidaan tehdä siitä, mikä on ruumiin hyvin hallintaa synnytyksessä?

6 ANALYYSIN LÖYDÖKSET

6.1 Synnytysväkivaltaa koskevat diskurssit

Ensimmäisen tutkimuskysymys käsitteli synnytysväkivallan sisältöä ja sitä, millaiseksi synnyttäjän subjekti tässä yhteydessä rajautuu. Aineiston analyysin perusteella mediateksteissä ilmeni neljä erilaista näkökulmaa synnytysväkivallasta: kliininen, kokemuksellisuus-, biologis-teknologinen ja sivuuttamisdiskurssi. Alla olevassa taulukossa 1 on määritelty näiden näkökulmien perusajatus. Diskurssit eroavat toisistaan sen suhteen, mikä ymmärretään synnytysväkivallaksi, millaiseksi synnyttäjän asema tässä diskurssissa kaventuu ja minkälaiseksi käsitys synnytyksessä näissä diskursseissa muodostuu. Käsittelen seuraavaksi taulukkoa 1 siten, että esittelen jokaisen diskurssin perusajatuksen taulukon pohjalta.

TAULUKKO 1: Synnytysväkivaltaa koskevat diskurssit

Asia	Synnytysväkivallan määritelmä	Synnyttäjän subjekti	Synnytyksen konteksti
Kliininen diskurssi	Lääketieteellisesti perustelematon	Toiminnan kohde	Hoitohenkilökunnan työpaikka
Kokemuksellisuus-diskurssi	Kokemuksena haavoittava	Alistettu	Huono asiakaskokemus
Biologis-teknologinen diskurssi	Lääketieteellisten interventoiden epätehokkuus	Syrjäytetty	Biovallan sovelluskohde
Sivuuttamisdiskurssi	Pelkästään ruumiin hallinta	Sivustaseuraaja	Vauvojen tuotantolinja

Kliinisessä diskurssissa suhtaudutaan synnytykseen lääketieteellisenä toimenpiteenä. Tällöin hoitohenkilökunnan klininen ammattitaito määrittää, onko jokin asia hyväksyttyä ruumiin hallintaa. Hoitohenkilökunnan edustaja sanoo *sisätutkimuksen kuuluvaan synnytyksen kulkuun* (Helsingin Sanomat 8.5.2019). Kuuluminen esitetään tässä yhteydessä ikään kuin väistämättömänä ja luonnollisena asiana. Se, mitkä asiat kuuluvat synnytykseen, perustuu hoitohenkilökunnan näkemyskseen. Seuraavissa lauseissa kerrotaan tarkemmin hoitohenkilökunnan tekemästä arvioinnista: Synnytyslääkäri puhuu siitä, että *välilihan leikkaukselle on synnytyksen hoidossa oma paikkansa. - - Nämä* (lapsivesikalvojen puhkaisu ja oksitosiini tippa) *voivat kuitenkin olla tarpeen synnytyksen aikana turvallisen alatiesynnytyksen mahdollistamiseksi* (Helsingin Sanomat 31.1.2022). Välilihan leikkaus, lapsivesikalvojen puhkaisu ja oksitosiinitippa eivät siis kuulu väistämättä synnytykseen, vaan niitä käytetään tarpeen tullen. Tämän tarpeen määrittää hoitohenkilökunta. Käsite *synnytyksen hoito* viittaa ajatukseen siitä, että synnytys on ensisijaisesti lääketieteellistä hoitoa vaativa tapahtuma.

Kliinisessä diskurssissa synnyttäjää nimetään toimenpiteiden kohteeksi. Eräässä aineistossa tämä sanotaan eksplisiittisesti toteamalla, että *moni äiti joutuu olemaan synnytyksen aikana tahtomattaankin myös potilas ja toimenpiteiden kohde* (Hyvä Terveyslehti 10.5.2019). Kyseistä lausetta edeltää lauseet, jotka kertovat siitä, kuinka synnyttäjää on nykyään aktiivinen toimija. Tämä viitattu lause alkaa mutta-sanalla. Näyttää siltä, että tämä näennäisesti sivulause on silti pääviesti ja lauseet synnyttäjän aktiivisuudesta on lähinnä epätoivotun viestin pehmentämistä. Passiivin käyttö tässä yhteydessä on kantaaottava valinta: hoitohenkilökunta ei aseta synnyttäjää toimenpiteiden kohteeksi, vaan hän joutuu siihen. Ajoittain puhutaan vielä erikseen *toimenpidesynnytyksestä, kuten keisarileikkauksesta* (Helsingin Sanomat 31.1.2022). Synnytys on siis lähtökohtaisesti tilanne, jossa nainen on toimenpiteiden kohteena. Esimerkiksi keisarileikkauksessa toimenpiteitä on niin paljon, että toimenpiteen sana pitää liittää synnytykseen.

Kliinisessä diskurssissa synnytys ymmärretään ensisijaisesti hoitohenkilökunnan työpaikkana. Naistentautien ja synnytysten ylilääkäri sanoo, että *synnytyslääkärin työ on vaativaa, ja hän toivoisi myös potilaiden ymmärtävän sen* (Yle Uutiset 8.5.2019). Synnyttäjää ei tämän perusteella tule asiakkaaksi tai palveltavaksi, vaan hänen täytyy ymmärtää tulevansa jonkun toisen työpaikalle. Jonkun, jonka työ on vaativaa. Seuraavassa katkelmassa taas synnytystä kuvataan unelmatyöpaikkana: *Joskus hän menee seuraamaan vesisyntymisiä ihan vain nähdäkseen tuon piiloon vetäytymisen ilmiön ja koko hienon syntymän ihmeen. "Se on mahtavaa, tämä on unelmatyö"* (Helsingin Sanomat 31.1.2022). Synnyttäjää ja syntyvä vauva esitetään tässä ikään kuin

kasvottomasti jonkin ilmiön esittäjinä. Synnytyslääkärillä on mahdollisuus mennä katsomaan tätä esitystä ihan vain nähdäkseen. Samainen lääkäri sanoo, että kuolleen vauvan synnytyksen jälkeen hän *haluaa nähdä perheen, kun he ovat koostuneet eli kooneet itsensä katastrofin jälkeen*. Tämä on hänen mielestään tärkeää, koska *työ on saatava omassa mielessä tavalla tai toisella loppuun*. Tapaaminen palvelee siis synnytyslääkärin halua saada tilanteeseen loppuratkaisu ja se ajoitetaan ajankohtaan, jossa perhe voi jo paremmin. Perheen tehtävänä on koostua, jotta synnytyslääkäri saa asialle päätöksen omassa mielessään.

Kokemuksellisuusdiskurssissa puolestaan korostuu synnyttäjän kokemus synnytystilanteesta. Puhutaan siitä, miten synnyttäjä on *kokenut synnytysväkivaltaa* (Iltalehti 2.12.2020) tai *miten kokemus on ollut synnytysväkivaltaa* (Helsingin Sanomat 8.5.2019). Synnytys voi olla *traumaattinen kokemus* (Ilta-Sanomat 15.4.2021) tai vaihtoehtoisesti synnytysväkivallan jälkeinen synnytys voi olla *korjaava kokemus* (Yle Uutiset 8.5.2019; Iltalehti 2.12.2020). Synnyttäjän oma kokemus on se mittari, joka määrittelee, milloin kyseessä on synnytysväkivalta. Eräs synnyttänyt nainen kertoo hyvästä synnytyskokemuksestaan seuraavalla tavalla: *Monet, jotka kuulevat synnytystarinani, ovat kauhuissaan. Itse koin synnytykseni todella voimaannuttavana kaikesta huolimatta. Suuri merkitys tähän on synnytystäni hoitaneella kättilöllä sekä synnytyslääkärillä*. (Iltalehti 16.5.2021.) Keskeistä ei ole siis synnytyksen aktuaalinen kulku, vaan synnyttäjän kokemus siitä, miltä tilanne hänestä tuntui.

Synnyttäjän subjekti kaventuu kokemuksellisuusdiskurssissa alistetuksi. Minä myös synnyttäjänä- kampanjan perustaja kuvaa synnytysväkivaltaa seuraavasti: *Toivomme kuitenkin, ettei kampanja ruoki ajatuksia, että synnyttäminen sinänsä olisi kauheaa ja tuskallista kärsimystä. Iso osa kokemuksista johtuu siitä, että synnyttäjien itsemääräämisoikeutta poljetaan ja että ihmisiä ei kunnioiteta* (Helsingin Sanomat 8.5.2019). Oletusarvona tässä kannanotossa pidetään sitä, että synnyttäjä kertoo koskemattomuutensa rajat ja lopulliset päätökset tehdään hänen luvan antamisen tai kieltämisen perusteella. Hänen tulisi olla siis päätöksentekijä, koska hän ikään kuin omistaa kokemuksen. Alistetun käsite viittaa siihen, että jokin ihminen on "poljettu" ja hänelle kuuluvaa päätöksentekovaltaa on täten kavennettu. Eräs synnyttänyt nainen kuvaa vielä epäsuhtaa suostumuksen ja tosiasiallisen päätöksentekovalan välillä seuraavasti: *Olisin halunnut neuvotella asioista. Sen sijaan minulle saneltiin, mitä tehdään. Koin, ettei tunteitani ja aiempaa kokemustani otettu ollenkaan huomioon* (Yle Uutiset 8.5.2019).

Kokemuksellisuusdiskurssissa synnytys näyttäytyy ensisijaisesti synnyttäjän henkilökohtaiseen elämänseläntäkuun kuuluvana elämänselävaiheena. Tällöin synnytysväkivallan kohteeksi joutunut henkilö ilmaisee synnytyksen huonona asiakaskokemuksena. Synnyttäjät puhuvat tässä yhteydessä toiveista ja tarpeista. Hoitohenkilökunnan oletetaan tukevan näiden toiveiden toteutumista ja

olevan vastuussa siitä, millaiseksi synnyttäjän kokemus muodostuu. Seuraavassa katkelmassa kuvataan kokemuksellisuuskokemuksien avulla sitä, miten synnytystilan tulisi olla rakennettu. *Tilavan huoneen keskellä on sairaalasänky ja monitoreita. Muusta varustuksesta huonetta ei välttämättä edes tunnista synnytyssaliksi. Sairaalasängyn vieressä katosta roikkuu joogaliina. Sitä voi käyttää apuvälineenä synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa, avautumisvaiheessa. Liikkuminen yleensä auttaa synnytyskipun sietämiseen ja toisaalta myös vauvan laskeutumisessa lantiossa* (Yle Uutiset 8.12.2021). Kyseisessä katkelmassa on sisäänkirjoitettuna ajatus siitä, että nämä huoneet ovat valmiina synnyttäjän asiakaskokemusta varten sen sijaan, että ne olisivat hoitohenkilökunnan työhuoneita.

Biologis-teknologisessa diskurssissa taas puhutaan luonnonmukaisen synnytyksen ja lääketieteellisten interventioiden yhteensopivuudesta. Toisin sanoen, puhutaan siitä, että naisen ruumiin luonnollista kykyä synnyttää tulisi vaalia ja lääketieteellisten interventioiden tulisi ikään kuin jalostaa tätä luonnonmukaisuutta. Jos näin ei tehdä, puhutaan synnytysväkivallasta. Tällöin voidaan puhua esimerkiksi *pitkäkestoisesta välilihan tikkaaminen ilman puudutusta* (Ilta-Sanomat 18.11.2020). Tässä tilanteessa kipua ei lievitetä lääkkeillä, vaikka siihen olisi mahdollisuus. Synnyttäjä jää ilman kivunlievityksen interventiota. Seuraavassa katkelmassa taas kuvataan tilanne, jossa lääketieteellinen interventio on ylimitoitettu. *Mielestäni käynnistämislle ei ollut tarvetta. Olisin halunnut mahdollisimman luonnonmukaisen synnytyksen eikä käynnistämisen riskeistä puhuttu. Synnytys oli vaikea ja pitkä. Jouduin käyttämään koko lääkearsenaalin, ja vauvalle tuli komplikaatioita.* (Yle Uutiset 8.5.2019.) Synnytyksen käynnistäminen näyttäytyy ylimitoitettuna toimenpiteenä, koska naisen näkökulmasta synnytys olisi alkanut luonnollisesti ilman riskejä ja niiden realisoitumista. Molemmista näissä tilanteissa lääketieteelliset interventiot ovat väärinmitoitettuja.

Biologis-teknologisessa diskurssissa oletetaan, että synnyttäjän tulisi olla kumppani hoitohenkilökunnalle. Synnytysväkivallassa hänet on syrjäytetty tästä positioista. Synnyttäjän asemaa voidaan kuvata aineistossa usein esitetyllä iskulauseella: *”Se on minun pimppini, ei sairaalan”* (Iltalehti 24.11.2020). Toisessa lehtikirjoituksessa viitataan tähän kiteytykseen, kun tuodaan esille biologis-teknologiseksi nimeämäni diskurssia (Ilta-Sanomat 18.11.2020). Taustalla on ikään kuin ajatus siitä, että ruumis on synnyttäjän tilaa, vaikka ruumiin hallintaan liittyvät interventiot ovatkin sairaalan tilaa. Tällä kiteytyksellä tehdään näkyväksi, että synnyttäjän tulisi olla kumppani eikä päätöksenteosta syrjäytetty. Kätilöiden ammattitaidon tulisi yhdistyä synnyttäjän kehon kokemuksiin eikä syrjäyttää synnyttäjän kehon tuottamaa tietoa. Eräs nainen kertoo seuraavasti: *”Olin pakotettuna epäluonnolliseen asentoon heiluvalla sairaalasängyllä kaikkien tuijotettavaksi kuin näyttelyesine. Ponnistamassa ilman ponnistamisen tarvetta ja peläten kuollakseni että tulen repeämään ellen tee juuri kuten kätilö käskee.* (Ilta-Sanomat 18.11.2020.) Biologis-

teknologisessa diskurssissa naisen syrjäytettyä asemaa kuvaa tällaiset tilanteet, joissa hänen kehonsa tietoa ei käytetä hyväksi, vaan häntä vaaditaan toimimaan oman kehonsa vastaisesti. Kyseisessä katkeamassa on tulkittavissa, että nainen kokee epäluonnollisuuden ja tarkkailun kohteena olemisen vääränä.

Biologis-teknologisessa diskurssissa synnytys ilmenee tehottomuutena. Lääketieteellisillä interventioilla ei pyritä vaalimaan naisen ruumiin luonnonmukaista kykyä synnyttää, vaan niitä jätetään käyttämättä, käytetään liian aikaisin tai väärässä tilanteessa. Taustalla voi olla kiireen ja muiden rakenteellisten seikkojen lisäksi kyseenalaiset intressit. Kätilö ja terveystieteiden tohtori kertoo, että esimerkiksi yleisin synnytysasento eli makuuasento on *kaikista epäedullisin*, mutta sitä käytetään eniten, koska se on *kätilölle ergonomian kannalta hyvä asia ja siinä asennossa helpompi tehdä erilaisia toimenpiteitä* (Ilta-Sanomat 9.5.2019). Epäedullisuus liittyy siihen, että *pystyymmässä asennossa repeytymiä on vähemmän, kuin perinteisesti makuulla synnyttäessä* (Ilta-Sanomat 9.5.2019). Makuuasento voi tuntua synnyttäjistä synnytykseen kuuluvana asiana, koska valtaosa Suomessa tapahtuvista sairaalasyntytyksistä toteutetaan tässä asennossa. Silti kyseessä on sairaalan henkilökuntaa palveleva asia, jonka seurauksena naiselle joudutaan tekemään enemmän repeytymien korjaamisen toimenpiteitä.

Sivuuttamisdiskurssissa synnytysväkivaltaa ei määrittele mitkään tietyt ruumiin hallinnan toimenpiteet, vaan pikemminkin kyse on siitä, että hallinta koskee ainoastaan ruumista. Tällöin synnyttäjän inhimillinen puoli tulee ohitetuksi. Eräs nainen kuvasi asiaa seuraavalla tavalla: *Kätilö tuli saliin naureskellen ja kysyen "jokos aletaan tilaamaan epiduraalia". Kätilö oli vahingoniloinen synnytyskivuistani eikä tehnyt elettäkään, että olisi tukenut minua.* (Ilta-Sanomat 8.5.2019). Synnyttäjä tuo tässä esille, että kätilö on kiinnostunut kohdistamaan interventioita ruumiiseen, mutta ei ole kiinnostunut helpottamaan synnyttäjän oloa vuorovaikutuksen avulla. Synnyttäjän tarve tulla kuulluksi hiljennetään synnytyksen lisäksi myös synnytysväkivaltakeskustelussa. Naiset kertovat, että heitä hiljennetään sanomalla, että *saihan terveen vauvan* (Ilta-Sanomat 18.11.2020). Toisena vaihtoehtona on Minä myös synnyttäjänä-kampanjan syyllistäminen *pelon lietsomisesta* (Ilta-Sanomat 8.5.2019) ja keskustelu siirretään usein helposti synnytysväkivallasta *synnytyspelkoon* (Helsingin Sanomat 10.5.2019; Hyvä Terveys 10.5.2019). Näin ilmiö voidaan ikään kuin privatisoida synnyttäjän mielen sisäisiksi prosesseiksi ja tällä tavoin häpäisemällä voidaan ohittaa synnyttäjän ei-ruumiilliset tarpeet.

Eräs nainen kertoo seuraavassa katkelmassa siitä, miltä hänestä tuntui, kun hänen suostumustaan ei kysytty synnytyksessä. *Sinä menit ja työnsit sormet minun vaginaani, sinne minun pyhimpään ja yksityisimpään paikkaani pyytämättä minulta lupaa. Ja sinä jatkoit sitä vielä siitä huolimatta, että minä kielsin sinua.* (Iltalehti 24.11.2020.) Naisen vagina on ikään kuin keskiössä, kun taas nainen on muuten sivullinen. Tässä on

tietynlainen erottelu mielen ja ruumiin välillä: ruumiille tehdään toimenpiteitä ja mielen tulee kestää se. Naisen sivullisuutta saatetaan tuottaa myös siten, että asetetaan äiti ja vauva vastakkain ja perustellaan naisen ohittamista vauvan terveydellä. Näin on seuraavassa katkelmassa. *On sääli, jos kaikkien synnyttäjien kokemus ei olekaan tällainen. Mutta minkäs sille voi, jos sikiö haluaakin jotain ihan muuta* (Helsingin Sanomat 31.1.2022). Tässä on oletus siitä, että naisen itsemääräämisoikeus on vastakkainen sikiön haluille, joten ainoa mahdollinen johtopäätös on, että synnyttäjän kokemus täytyy ohittaa. Seuraavassa katkelmassa kerrotaan eksplisiittisesti, kuinka äidin oletetaan astuvan syrjään vauvan tarpeiden tieltä. *Kyllä keskusteluiden loppukaneetti on useimmiten se, että pääasia on vauvan turvallisuus. Liki kaikki äidit ymmärtävät sen.* (Yle Uutiset 23.5.2019.) Äiti on se, jonka täytyy ymmärtää oma paikkansa toissijaisena suhteessa vauvaan.

Tässä diskurssissa synnytys todellistuu vauvojen tuotantolinjana, jossa vuorovaikutus määrittyy toissijaisena. Tässä diskurssissa tuodaan esille sitä, miten epäoikeudenmukaista on, että synnytyksessä päämäärä pyhittää keinot. *Sitä, mitä minulle tehtiin synnytyssalissa, kutsuttaisiin kaikissa muissa tilanteissa sanalla raiskaus. Nyt se oli vain synnytys. Kätilön mukaan hieno ja upea luomusynnytys, josta tuloksena oli kuitenkin henkisesti ja fyysisesti vakavasti vaurioitunut äiti.* (Ilta-Sanomat 8.5.2019). Synnyttäjä kertoo siitä, miten kätilö oli tyytyväinen luomusynnytykseen. Synnyttäjän tulkinnan mukaan kätilö piti luomusynnytystä erityisen hyvänä, upeana. Hyöty eli vauva on saavutettu ilman panostusta kivunlievitykseen. Synnyttäjä taas kuvaa sitä inhimillistä hintaa, jonka hän kokee joutuvansa maksamaan tästä ajattelumallista. Hänen kohdallaan sivuuttamisnäkökulma vaikutti henkisen puolen ohella hänen ruumiiseensa. Synnyttäjä tuo tällä tavoin esille, että hänen näkökulmastaan pelkkä ruumiin hallinta ei ole edes ruumiin kannalta oikea menettelytapa. Vielä suuremmaksi ongelmaksi synnyttäjä tuo sen, että hänen ruumiiseensa kohdistettu hallinta näyttäytyi raiskauksena, mutta paikka vaikutti siihen, että se määriteltiin synnytyksenä. Hänen näkökulmasta tällainen ruumiin esineellistäminen ja synnytyksen tuotteistaminen tekee mahdottomaksi sen, ettei edes raiskauksen kokemusta oteta tarpeeksi suurella vakavuudella vain sen takia, että se tapahtuu synnytyssalissa.

6.2 Diskurssien väliset hierarkiat ja kontekstit

Ydinkeskustelua käydään kliinisen ja kokemuksellisuudiskurssin välillä. Sen lisäksi, että nämä esiintyvät määrällisesti eniten aineistossa, niihin myös viitataan eniten muiden diskurssien yhteydessä. Kliinisyys- ja kokemuksellisuudiskurssi

eroavat toisistaan argumentointitavan, kielen ja arvolähtökohtiensa perusteella. Tämä on perusteltavissa sillä, että molemmat diskurssit ammentavat vaikutteita eri asianyhteyksistä ja muista yhteiskunnallisista diskursseista. Eroavaisuudet on tiivistetty taulukkoon 2.

TAULUKKO 2: Ydinkeskustelun diskurssien eroavaisuudet

Asia	Kliininen diskurssi	Kokemuksellisuus-diskurssi
Diskurssin sanvalinnat	Totuusarvo Ammattikieli	Tunnetta kuvaavat sanat Puhekieli
Diskurssin kielen genre	Tieteen popularisoitu muoto	Puhekielen argumentoitu muoto
Diskurssin taustalla oleva ilmiö	Tiede	Woke-kulttuuri
Diskurssin tavoite	Lääketieteellisten interventioiden selittäminen ja perustelu	Kokemuksen validointi
Vauvan turvallisuus	Päämäärä Synnytystilanne	Lähtökohta Synnytyksen jälkeen
Keskustelun kohde	Erityisesti hätätilanteet	Poislukien hätätilanteet
Synnytyksen päämäärä	Vauvan turvallisuus	Synnyttäjän valinnanvapaus

Kliinisyysdiskurssissa asiat esitetään totuusarvolatautuneesti puhumalla siitä, miten jokin asia todella on. Diskurssissa käytetään usein tosiasiaa ja kausaalisuhteita kuvaavia ilmaisuja, kuten *on pakko tehdä* (Yle Uutiset 23.5.2019) ja *liittyy aina riskejä* (Ilta-Sanomat 8.5.2019). Se, mikä on pakollista tai millaisia riskejä synnytykseen liittyy, esitetään vaihtoehdottomasti ja itsestäänselvyytenä. Kokemuksellisuudiskurssissa puolestaan käytetään mielipidettä ja tunnetta ilmaisevia sanontoja, kuten *olin täysin poissa* (Ilta-Sanomat 15.4.2021) ja *minulle tuli olo, että minut pakotetaan* (Yle Uutiset 8.5.2019). Myös asiaa ilmaisevat sanat eroavat toisistaan näissä diskursseissa. Kliinisessä diskurssissa käytetään ammattikieltä kuvaavia substantiiveja, kuten *latenssivaihe* (Helsingin Sanomat 31.1.2022), *episiotomia eli välilihan leikkaus* (Helsingin Sanomat 10.5.2019) ja *seksuaali- ja lisääntymisterveys* (Yle-dokumentit 16.11.2020), kun taas kokemuksellisuudiskurssissa käytetään puhekielisiä substantiiveja. Näitä ovat

esimerkiksi *sentyyppiset tilanteet* (Helsingin Sanomat 8.5.2019) ja *sanaton möykky* (Ilta-Sanomat 15.4.2021).

Näiden kahden diskurssin sanavalinnat ovat yhteydessä laajemmin kielenkäyttöön. Kliinisessä diskurssissa ammennetaan vaikutteita tieteellisestä kielestä, jolle on ominaista täsmällisyys, asian käsitteellistäminen, objektiivisuus ja argumentoitavuus. Tieteellistä kieltä ei voi sellaisenaan käyttää suurelle yleisölle tarkoitetuissa mediateksteissä, joten kliininen diskurssi on ikään kuin tieteellisen kielen popularisoitu muoto. Tieteessä keskeistä on pystyä olemaan oikeassa: esittää sellainen havaintoihin perustuva väite, joka ei ole loogisilla argumenteilla kumottavissa. Kokemuksellisuudiskurssissa taas käytetään puhekieltä, jolle on ominaista tuttavallisuus, rentous ja tunnetilan kuvaaminen. Kokemuksellisuudiskurssissa taustalla on poliittiseen aktivismiin perustuva Woke-kulttuuri, jossa paljastetaan yhteiskunnallisia epäkohtia. Erityisen keskeiseksi nousee Metoo-liike, joka pyrkii laajan yleisön vakuuttamiseen ja vakuuttamisen keinona käytetään henkilöihahmoja. Metoo-liikkeen kytkös ilmenee jo siinä, että Minä myös synnyttäjänä-kampanjan nimi on muunnos tästä laajemmasta sukupuoliseen häirintään ja väkivaltaan liittyvästä liikkeestä. Tieteellisen keskustelun jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että tutkijat esittävät jatkuvasti uusia näkemyksiä. Woke-kulttuurin jatkuvuuden kannalta taas merkityksellistä on se, että löydetään jatkuvasti lisää henkilöitä, jotka kertovat Woke-kulttuurin mukaisen tarinan.

Kliinisessä diskurssissa pyritään tekemään ymmärrettäväksi tätä hoitohenkilökunnan näkökulmaa, kuten seuraavassa kannanotossa: *Hätäsektion kohdalla lapsen on oltava maailmassa kymmenessä minuutissa siitä hetkestä, kun päätös leikkauksesta on tehty* (Yle Uutiset 8.5.2019). Kliininen katse pyritään oikeuttamaan vauvan terveydellä ja turvallisuudella. Vauvan terveys nähdään kliinisessä diskurssissa päämääränä. *Vauvan uhkaava hapenpuute on yleisin syy synnytystoimenpiteisiin. Synnytyksen aikana vauvan vointia seurataan koko ajan, ja tarvittaessa nopeutetaan syntymää imukupilla tai päädytään sektioon. Hyvin hoidetussa alatiesynnytyksessä riski sikiön hapenpuutteeseen on hyvin pieni erityisesti Suomessa.* (Helsingin Sanomat 10.5.2019.) Tässä katkelmassa tulee esille kliinisen diskurssin oletus siitä, että kaiken toiminnan ensisijainen tavoite on vauvan terveys. Synnytyksessä toimenpiteitä otetaan käyttöön, jos niillä oletetusti voidaan ehkäistä vauvan terveyden riskejä. Usein tässä yhteydessä viitataan synnytysturvallisuutta kuvaaviin tilastoihin, joissa Suomi on kärkimaana. Suomen tilastollista synnytysturvallisuutta perustellaan sillä, että synnytyksessä on priorisoitu vauvan terveyttä. Vauvan terveydellä tarkoitetaan fyysistä terveyttä ja se liitetään ainoastaan synnytystilanteeseen.

Kokemuksellisuudiskurssissa puolestaan vauvan terveys ajatellaan lähtökohdaksi. Se on ikään kuin saavutettu jo, joten nyt halutaan kiinnittää huomiota

enemmän synnytykseen kokemuksena. Seuraavassa katkelmassa äiti kuvaa sitä, miten vauvan terveys nähdään lähtökohtana hyvässä synnytyksessä. *Olisin halunnut tieteellisen selvityksen siitä, mikä synnytyksen käynnisti ja mitä siinä ylipäänsä tapahtui, en pelkästään siitä, mitä se merkitsi vauvalle vaan mitä se merkitsi äidille, minulle, mitä minussa oli oikein tekeillä* (Ilta-Sanomat 15.4.2021). Vauvan näkökulmaa ei tässä kielletä, mutta sitä ei myöskään määritellä riittäväksi kriteeriksi hyvälle synnytykselle. Jos siis vain vauvan hyvinvoinnista huolehditaan synnytyksessä, ei voida puhua edes vähimmäistasosta. Vähimmäistaso on, että vauvan hyvinvoinnin ohella synnyttäjän hyvinvointi on taattu. Vauvan turvallisuuteen suhtaudutaan tässä diskurssissa laajemmin kuin kliinisessä diskurssissa. Tässä diskurssissa puhutaan esimerkiksi äidin ja vauvan välisestä vuorovaikutuksesta ja kiintymyssuhteesta syntymän jälkeen.

Näiden diskurssien välillä on myös eroa siinä, mitä osuutta synnytystä niissä käsitellään. Kliinistä diskurssia käytetään ja perustellaan usein hätätilanteilla. *Tarvitseeko hätäsektioon kiidätettävöältä äidiltä kysyä, saadaanko vauva pelastaa* (Hyvä Terveys-lehti, 10.5.2019)? Tässä suostumuksen käsitteen ongelmia esitetään siten, että tuodaan esille äärimmäinen tilanne suostumuksen ja vauvan terveyden välisestä ristiriidasta. Kysymyksenasettelu itsessään tekee ainoastaan yhden vastauksen mahdolliseksi. Suostumus näyttäytyy tässä ei pelkästään mahdottomana, mutta myös hyvin naurettavana ajatuksena. Kokemuskellisuusdiskurssissa puolestaan pyritään jatkuvasti rajaamaan keskustelua hätätilanteiden ulkopuolelle. *Hätätilanteet ovat asia erikseen* (Helsingin Sanomat 8.5.2019). Samalla diskurssit eroavat sen suhteen, kuinka yllättäviä ja yleisiä hätätilanteet ovat. Kliinisessä diskurssissa korostetaan sitä, kuinka *suunnitelmat muuttuvat minuutin välein* (Helsingin Sanomat 31.1.2022), kun taas kokemuskellisuusdiskurssissa puhutaan siitä, että *yleensä kyseessä ei ole ollut hätätilanne* (Ilta-Sanomat 8.5.2019).

Ydindiskurssit eivät ole myöskään keskenään yhdenvertaisessa asemassa. Pikemminkin kliininen diskurssi on valta-asemassa ja kokemuskellisuusdiskurssi voidaan nimetä sen vastadiskurssiksi. Tämä valtahierarkia perustuu laajempiin yhteiskunnallisiin rakenteisiin, joita mediatekstin ilmentävät. Nämä valtahierarkiat on avattu taulukossa 3.

TAULUKKO 3: Ydindiskurssien hierarkian yhteiskunnallinen perusta

Asia	Kliininen diskurssi	Kokemuskellisuusdiskurssi
------	---------------------	---------------------------

Lähestymistapa	Tiede	Arki
Ilmiö	Luonnontieteellinen	Yhteiskuntatieteellinen
Positio	Ammatti	Asiakas
Perustelu	Tosiasia	Kokemus

Tiede on lähtökohtaisesti arvostetumpaa kuin arki, jota kokemuksellisuudiskurssi edustaa. Myös tieteiden väleillä on hierarkia. Kliinisessä diskurssissa puhutaan paljon lääketieteen kielellä synnytyksen toimenpiteistä, vaiheista ja riskeistä. Lääketiede on näyttöön perustuva tiede, jossa käytetään kvantitatiivisia ja kokeellisia menetelmiä, jotka mielletään *oikeaksi* tieteeksi. Kokemuksellisuudiskurssissa taas puhutaan paljon yhteiskuntatieteellisistä ilmiöistä, kuten rakenteellisesta väkivallan tiedostamisesta ja kokemuksien näkyväksi tekemisestä. Tällaisia ilmiöitä tutkitaan usein kvalitatiivisilla menetelmillä, erityisesti kriittisellä diskurssianalyysillä ja hermeneuttis-fenomenologisilla menetelmillä. Näiden menetelmien asema tieteellisen tiedon tuottamisessa kyseenalaistetaan jatkuvasti. Kliininen diskurssi niin ikään edustaa ammattilaisen näkemystä, joka arvotetaan korkeammalle kuin asiakkaan näkemys. Kuten eräs synnyttänyt nainen muotoilee: *Sekin olisi muistettava, että synnyttäjä ei ole ammatti, kättilö on* (Satakunnan kansa 18.5.2019). Ylipäänsä kliininen diskurssi tukeutuu tosiasioihin, kun taas kokemuksellisuudiskurssi siihen, miltä asia tuntuu.

Biologis-teknologinen ja sivuuttamiskurssi täydentävät synnytysväkivallasta käytävää ydinkeskustelua. Näitä diskursseja esiintyy aineistossa vähemmän ja ne eivät ole samalla tavalla henkilöityneitä synnyttäjään tai hoitohenkilökuntaan kuin kliininen ja kokemuksellisuudiskurssi. Toisin sanoen, kliinisessä ja kokemuksellisuudiskursseissa olennaista on se, korostetaanko hoitohenkilökunnan näkemystä vai synnyttäjän kokemusta. Biologis-teknologisessa ja sivuuttamiskursseissa taas otetaan kantaa ruumiin hallinnan menettelytapoihin. Tarkemmin sanottuna näissä molemmissa diskursseissa hyväksytään se, että synnyttäjä ruumista hallitaan synnytystilanteessa. Haasteeksi muodostuu pikemminkin se, että ruumiin hallinta tehdään epätehokkaasti (biologia-teknologinen diskurssi) tai sen rinnalla ei oteta huomioon synnyttäjän toiveita ja tunteita (sivuuttamiskurssi). Taulukkoon 4 on luokiteltu näiden täydentävien diskurssien keskinäisiä eroja.

TAULUKKO 4: Täydentävien diskurssien keskinäiset eroavaisuudet

Asia	Biologis-teknologinen diskurssi	Sivuuttamiskurssi
------	---------------------------------	-------------------

Diskurssin sanavalinnat	Tilannekuvaukset Passivoiva kieli	Negaatiot Vertailuasetelat Kyllästystä ilmaisevat pronominit
Diskurssin kielen genre	Markkinapuhe	Oikeuspuhe
Diskurssin taustalla oleva ilmiö	Näyttöön perustuva lääketiede	Hyvinvointivaltio
Diskurssin tavoite	Parhaiden käytäntöjen kuvaaminen	Ihmisoikeuksien vaaliminen
Vauvan turvallisuus	Lähtökohta	Ainoa asia
Keskustelun kohde	Hätätilanteiden välttämiseksi	Erityisesti häätätilanteissa
Synnytyksen päämäärä	Tehokas huolenpito	Synnyttäjän oikeudenmukainen kohtelu

Ensinnäkin diskurssit eroavat kielen perusteella. Seuraavassa katkelmassa ilmenee biologis-teknologisen diskurssin käyttämä kieli. *Minä olen ihminen, jota on kidutettu, sanoo yksi ohjelman äideistä. Hän on kokenut pitkäkestoisen välilihan tikkaamisen ilman puudutusta.* (Ilta-Sanomat 8.5.2019). Kyseisessä katkelmassa on tilannekuvaus, jossa kerrotaan konkreettisesta toimenpiteestä ja siitä, miten tätä toimenpidettä tehtäessä synnyttäjä koki, että hänen oma ruumiillinen tunne kivusta jätettiin huomioimatta. Synnyttäjä kuvaa itsensä *kidutettua* ja hän korostaa uhrin rooliaan. Sivuuttamisdiskurssissa käytetään tilannekuvausten sijaan vertailuasetelmia. *Aina on aikaa vähintään informoida synnyttäjää, ja repeämää ommellessa pitää kuunnella häntä* (Ilta-Sanomat 8.5.2019). Vertailuasetelmat esitetään negaatioina eli niissä kerrotaan, mitä sellaista synnytyksestä jää puuttumaan, jonka seurauksena tilanne muodostuu synnytysväkivallaksi. Samaan aikaan niihin on ikään kuin sisäänkirjoitettuna ratkaisu siitä, mitä olisi pitänyt tapahtua synnytyksessä, jotta ruumista olisi hallittu hyvin. Esimerkiksi ylläolevassa esimerkissä repeämän ompelu nähdään tarpeellisena, mutta ongelmana on, ettei synnyttäjää tule huomioiduksi tässä tilanteessa. Sivuuttamisdiskurssissa viitataan usein hoitohenkilökunnan sanomiin asioihin. Monesti tuolloin saatetaan käyttää sellaisia lausahduksia kuten *minkäs sille voi* (Helsingin Sanomat 10.5.2019) tai *tällaista se vain on* (Yle Uutiset 8.5.2019). Kyseinen kieli ilmentää kyllästymistä, ärtymistä ja vähättelyä.

Täydentävissä diskursseissa on myös taustalla täysin erilaiset ilmiöt. Biologia-teknologisen diskurssin kieli noudattelee markkinapuhetta. Puhutaan tarpeiden täyttämistä sekä riskin ja hyödyn tasapainosta. Seuraavassa katkelmassa terveystieteiden tohtori käyttää biologis-teknologista diskurssia ja siihen liittyvää kieltä. *Kättilön pitäisi tuoda esille oma tietämyksensä anatomiasta ja niistä eduista, mitä*

synnytyksen aikainen liikkuminen ja pystyssä oleminen voivat saada aikaiseksi (Ilta-Sanomat 9.5.2019). Puhe eduista liittyy hyötyihin, haittoihin ja riskeihin, jotka ilmentävät markkinakieltä. Taustalla on näyttöön perustuva lääketiede, jossa pitäisi tehdä paras päätös näiden tietojen perusteella. Kokonaisuudessaan diskurssin tarkoituksena on tuoda esille parhaat käytännöt, joissa yhdistyvät synnyttäjän tarve ja lääketieteelliset interventiot tarkoituksenmukaisella tavalla.

Sivuuttamisnäkökulmassa taas taustalla on hyvinvointivaltio ja siihen keskeisesti liittyvät ihmisoikeudet, kuten oikeus osallisuuteen. Sivuuuttamiskurssissa puhutaan usein siitä, kuinka nämä oikeudet ovat jääneet toteutumatta. Voidaan puhua siitä, kuinka *itseääräämisoikeus murenee* (Yle Radio 24.01.2022) tai *kuinka synnyttäjä toivoo, että häntä olisi kuunneltu synnytyksen aikana* (Yle Uutiset 8.5.2019). Kääntäen voidaan sanoa, että tämän diskurssin tarkoituksena on inhimillistää synnytystä. Synnytys halutaan ikään kuin normaalistaa tilanteeksi, jossa pätee samat vuorovaikutussäännöt kuin muissakin kohtaamisissa. Tämän diskurssin tarkoituksena on soveltaa yleisesti hyväksytyt ihmisoikeuksissa synnytystilanteeseen.

Sivuuttamiskurssissa myös hätätilanteet nähdään paikkoina, joissa synnyttäjä on kohdattava, kuten seuraavassa katkelmassa. *Synnytyslääkärin mielestä ikävä tilanne olisi usein vältettävissä sillä, että kättilö tai lääkäri katsoo synnyttävää äitiä silmiin ja kertoo rauhallisesti, miksi nyt on tehtävä jokin toimenpide. Hätätilanteissa lyhytkin kontakti ja rauhoittelu usein auttaa. Tärkeää on myös synnytyksen jälkeinen keskustelu synnytyksen tapahtumista ja kokemuksesta.* (Helsingin Sanomat 8.5.2019.) Kiirettä ei nähdä tässä esteenä, vaan pikemminkin lääketieteelliset toimenpiteet ja synnyttäjän kohtaaminen voidaan molemmat toteuttaa hätätilanteessa. Biologis-teknologisessa diskurssissa puolestaan suhtaudutaan hätätilanteisiin ennaltaehkäisevästi. Jos lääketieteelliset interventiot ovat oikein mitoitettuja, tilanne ei kärjisty hätätilanteeksi.

6.3 Synnyttäjän ruumiin hyvin hallinta

Kaikissa diskursseissa puhe kohdistuu hoitohenkilökunnan asemaan, jota kliinisessä diskurssissa pyritään ylläpitämään ammattikielen, täsmällisyyden ja tieteen esikuvan avulla. Kliinisessä diskurssissa ollaan valmiita jopa seuraavanlaisiin kärjistyksiin: *Jos äiti on esimerkiksi kieltäytynyt sikiöseurannasta ja muista toimenpiteistä ja jos lapsi onkin huonokuntoinen syntyessään tai äiti sen jälkeen hengenvaarassa ja vuotamassa kuiviin, niin mikä on kenenkin vastuulla* (Yle Uutiset 23.5.2019)? Tässä kärjistyksessä on kaksi merkittävää oletusta. Ensinnäkin esimerkiksi otetaan aivan äärimmäinen tilanne, jossa äiti ei suostuisi yhtään mihinkään toimenpiteeseen, mutta tulisi silti sairaalaan synnyttämään. Toiseksi oletuksena on, että kaikki ehdotetut toimenpiteet olisivat

olleet täysin välttämättömiä vauvan ja äidin terveyden kannalta. Tilastollisesti kuitenkin suurin osa myös niistä synnytyksistä, joissa ei ole ollut minkäänlaista interventiota, päättyvät sekä äidin että vauvan kannalta hyvin. Tämän kärjistetyn tilanteen realisoiduminen näyttää siis äärettömän epätodennäköiseltä. Onko se siis riittävä peruste sille, että kyseenalaistetaan synnyttäjän itsemääräämisoikeus ylipäänsä? Taustalla näyttää olevan pelko siitä, että kliininen katse halutaan sumentaa. Jos hoitohenkilökunta arvioisi korostetun paljon synnyttäjän omia toiveita, lääketieteelliselle arviolle ei jäisi samalla tavalla tilaa. Riskinä voisi olla kompromissit synnytysturvallisuuteen.

Jos kuitenkin tarkastellaan muita diskursseja, huomataan, ettei mikään diskurssi pyri kliinisen katseen sumentamiseen. Pikemminkin kaikissa diskursseissa hyväksytään, että synnytykseen liittyy jonkinlaista ruumiin hallintaa ja lääketieteellisiä interventiota eikä näitä haluta poistaa synnytyksestä. Seuraavassa on biologis-teknologisen diskurssia edustava katkelma: *Toinen äiti kertoo kampanjan Facebook-ryhmässä, kuinka hän karjui kivusta ja potki lääkäriä jalkovälistönsä, kun tämä tikkasi repeämiä. Puudute ei ollut tepsinyt, mutta naisen mukaan henkilökunta sivuutti täysin synnyttäjän kivun ja vastarinnan.* (Yle Uutiset 8.5.2019.) Tässä katkelmassa ei kritisoida sitä, että lääkäri käyttää kliinistä katsetta, vaan sitä, ettei hän sisällytä katseeseen ilmeisiä havaintoja. Naisen äärimmäiset tunteiden ilmaisut kivusta on arvioitu havainnoksi, jotka jätetään kliinisen katseen ulkopuolelle. Päätös jatkaa tikkaamista liittyy pelkkään fyysiseen havaintoon: vaginassa on viilto, joka täytyy hoitaa tikkaamalla. Biologis-teknologisessa diskurssissa oletetaan, että kliiniseen katseeseen tulisi tällaisissa tilanteissa sisällyttää naisen ruumiin tuoma tieto kivusta. Diskurssin perusteella ruumiin hyvin hallitseminen tarkoittaa siis nykyisen kliinisen katseen tarkoituksenmukaisempaa käyttöä.

Kokemuksellisuusdiskurssissa taas sanotaan seuraavasti: *Hyvän synnytyskokemuksen tavoittelua vierastetaan yhä. Ajatellaan, että tärkeintä on, että lopputuloksena on terve lapsi ja henkiin jäänyt äiti. Onko siis merkityksetöntä, että lapsesta huolehtiva äiti kärsii traumasta vuosia?* (Ilta-Sanomat 18.11.2020.) Lisäyksenä sanotaan, *hätätilanteet ovat asia erikseen* (Ilta-Sanomat 18.11.2020). Minä myös synnyttäjänkampanja perustaja kuitenkin toteaa, että *me koemme, että yleensä kyseessä ei ole ollut hätätilanne* (Ilta-Sanomat 8.5.2019). Nykyinen kliininen katse halutaan siis pitää hätätilanteissa turvaamaan vauvan ja äidin henkiinjääminen. Häätä esitetään poikkeuksena ja lyhytkestoisena tilanteena synnytyksessä eikä alati voimassa olevana valmiustilana. Täten kokemuksellisuusdiskurssi otetaankin kantaa siihen, mitä yleensä synnytyksessä tapahtuu. Näissä tilanteissa, jotka käsittävät ajallisesti suurimman osan synnytyksestä, kliinistä katsetta täytyy laajentaa. Laajennetussa kliinisessä katseessa otetaan paremmin huomioon synnyttäjän oma kokemus, toiveet ja itsemääräämisoikeus.

Sivuuttamisdiskurssissa otetaan niin ikään kantaa kliiniseen katseeseen. Synnyttäjät todella haluaa tulla nähdyksi, mutta ei ainoastaan kliinisenä kohteena. Sivuttamisdiskurssi tekee synnyttäjän huomioimisesta ihmisoikeuskysymyksen. *Jos joku tulee työntämään sormensa sinun vaginaasi, se on seksuaalista häirintää ja väkivaltaa. Se on raiskaus. Mikä antaa oikeuden synnytyksessä tehdä sen ilman lupaa?* (Helsingin Sanomat 8.5.2019). Tällä tavoin pyritään ikään kuin horjuttamaan kliinisen diskurssin ammattikieltä ja sen luomaa synnytyksen mystifointia. Synnytys arkipäiväistetään normaaliksi institutionaaliseksi kohtaamispaikaksi. Tässä sivuttamisdiskurssissa pyritään purkamaan ajatusta, jonka mukaan väkivallasta *ei varmastikaan ole kyse synnytyssalissa* (Helsingin Sanomat 10.5.2019), koska *kukaan haluaa olla tietoisesti inhottava* (Helsingin Sanomat 8.5.2019). Ensinnäkin on lukemattomia erilaisia väkivallan muotoja, jotka eivät vaadi, että tekijä pyrkisi satuttamiseen. Epäsuoran ja rakenteellisen väkivallan ohella esimerkiksi välineellisessä väkivallassa ensisijainen pyrkimys on jonkin muun päämäärän saavuttaminen. Lisäksi sivuttamisdiskurssissa kyseenalaistetaan, etteikö väkivaltaa voisi tapahtua synnytyssalissakin. Kyllähän väkivaltaa tapahtuu muissakin pyhiksi ajatelluissa konteksteissa, kuten perheessä, poliisilaitoksella ja uskonnollisissa yhteisöissä. Tämän diskurssin näkökulmasta kliinistä katsetta tulee laajentaa. Siihen tulee sisällyttää sellaiset vuorovaikutustaidot ja ihmisoikeudet, jotka ovat muilla elämän areenoilla jo itsestäänselvyyksiä.

7 TUTKIMUKSEN MERKITYS SOSIAALITYÖLLE

7.1 Tutkimustulosten yhteenveto

Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä analyysi synnytysväkivaltaa koskevista diskursseista sekä näiden konteksteista ja tehdä tämän perusteella tulkinta siitä, mitä tarkoittaa synnyttäjän ruumiin hyvin hallitseminen. Analyysin perusteella löydettiin neljä diskurssia: kliininen, kokemuksellisuus, biologis-teknologinen ja sivuuttamisdiskurssi. Taulukossa 5 on luokiteltu analyysin keskeiset tulokset diskursseittain ja tutkimuskysymyksittäin. Taulukossa yksi sarake tiivistää yhden tutkimuskysymyksen keskeisimmät kysymykset. Tarkastelen tässä alaluvussa näitä tuloksia suhteessa teoreettisen viitekehysten ajatuksiin.

TAULUKKO 5: Tutkimustulosten yhteenveto

Diskurssi	Synnytysväkivaltaa koskevat diskurssit	Diskurssien kontekstit	Ruumiin hyvin hallitseminen
Kliininen diskurssi	Lääketieteellisesti perustelemattomat toimenpiteet	Profession oikeuttaminen	Ei kliinisen katseen sumentamista
Kokemuksellisuus-diskurssi	Kokemuksena haavoittava ruumiin hallinta	Epäkohtien näkyväksi tekeminen	Kliinisen katseen laajentaminen

Biologis-teknologinen diskurssi	Ruumiin tietämyksen ja lääketieteellisten toimenpiteiden yhteensovittaminen	Hyödyn maksimointi suhteessa riskiin	Kliinisen katseen tarkoituksenmukaisempi käyttö
Sivuuttamiskurssi	Ainoastaan ruumiin hallinta ilman synnyttäjän inhimillisyyden tunnustamista	Ihmisoikeuksien vaaliminen myös synnytystilanteessa	Kliinisen katseen laajentaminen

Synnytysväkivalta ajateltiin kliinisessä diskurssissa lääketieteellisesti perustelemattomiksi toimenpiteiksi, kokemuksellisuusdiskurssissa synnyttäjän kokemuksena väkivallan kohteeksi joutumisesta, biologis-teknologisessa diskurssissa tarpeeseen nähden sopimattomina lääketieteellisinä toimenpiteinä ja sivuuttamiskurssissa pelkästään ruumiin hallinnaksi. Näissä kaikissa diskursseissa hyväksyttiin jonkinlainen synnyttäjän ruumiin hallinta, mutta synnyttäjän ruumiin hallinnalla oli aina jonkinlainen raja. Diskurssit erosivat toisistaan sen suhteen, miten tämä raja ruumiin hallinnan ja synnytysväkivallan välillä ymmärrettiin sekä millaiseksi subjektiivisuus muodostui näissä diskursseissa. Kliinisessä diskurssissa arvioinnin kriteeri oli hoitohenkilökunnan tekemä lääketieteellinen arvio, joten synnyttäjän subjektiivisuus määrittyi toimenpiteiden kohteeksi. Kokemuksellisuusdiskurssissa taas synnyttäjän oma kokemus ymmärrettiin arvioinnin kriteeriksi, joten synnytysväkivallassa subjektiivisuus määrittyi alistetuksi. Biologis-lääketieteellisessä diskurssissa synnyttäjän ruumiin tuntemusten ja lääketieteellisen arvion yhteensopivuus. Nämä diskurssit käsitelivät ruumiin hallinnan toteuttamista. Sivuuttamiskurssissa puolestaan pelkästään ruumiin hallinta oli itsessään synnytysväkivaltaa. Täten ruumiin hallitsemista arvioitiin sen perusteella, onko ruumiin hallinnan ohella otettu huomioon myös muut inhimilliset asiat.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen yhteydessä nimetyt diskurssit ovat osittain yhteneviä aiemman teorian kanssa. Kliinisessä diskurssissa on tiettyjä biovallalle ominaisia piirteitä: synnyttäjän oletetaan olevan tässä kuuliainen ruumis, jonka tulisi itsekkin hyväksyä synnytykseen liittyvä ruumiin tarkkailu ja toimenpiteiden kohteena oleminen (Foucault 1975/1980, 156–161). Silti, tässä diskurssissa ruumiin hallinta esitettiin rajoittavana ja korostetusti hoitohenkilökunnan etua ajavana, jolloin kyse ei ole elämän hallintaan liittyvästä paremmaksi tekemisestä ja ruumiin hyvin hallitsemisesta (Helén 2016, 52; 92). Vastarintana nousseissa diskursseista kokemuksellisuus- ja biologis-teknologinen diskurssi korostivat biovallan positiivista puolta. Kokemuksellisuusdiskurssi vahvistaa näkemystä biososiaalisuudesta, jossa potilaat pyrkivät aktivismin keinoin tekemään epäkohtia

näkyväksi (Helén 2016, 322–323). Biologis-teknologisessa diskurssissa taas puhe lääketieteellisten interventioiden tehokkuudesta liittyy niin sanottuun paremmin tekemiseen (Helén 2016, 92). Sivuttamiskurssi poikkeaa muista diskursseista siinä, että se ei ole yhtenevä biopolitiikan perusoletusten kanssa. Kyseinen diskurssi luo itseymmärrystä biopolitiikkaan, johon liitetään ruumiin hallinnan normalisointi, ruumiin voimien vaaliminen ja ennakoiva kontrolli (Foucault 1975/1980; 1976/2010; 1963/2013; Helén 2016). Näiden ajatuksien vallitessa on vaikeampaa nähdä, milloin normalisointi, elinvoimaisuuden vaaliminen ja kontrollointi on perusteetonta. Kun sitä vastoin käytetään pelkästään oikeudenmukaisuuspuhetta, synnytysväkivalta on helpommin nähtävää. Näin voidaan toisin tulkinnan avulla tehdä perusteeton valta-asema näkyväksi (Pynnönen 2013, 28–34).

Toinen tutkimuskysymys käsitteli diskurssien konteksteja. Analyysin perusteella kliinisessä diskurssissa ammennettiin vaikutteita tieteeseen ja ammattiin liittyvästä valta-asemasta ja synnytyksessä vauvan terveys valikoitui laadun mittariksi. Tämä diskurssi oli muihin diskursseihin nähden valta-asemassa, mutta samalla sen tietynlainen ehdottomuus kutsui vastarintaa. Kokemuksellisuuskurssi tarttui tähän vastarintapisteeseen selkeimmin ja ydinkeskustelu käytiin näiden diskurssien välillä. Kokemuksellisuuskurssissa oli omaksuttu vaikutteita epäkohtia paljastavasta woke-kulttuurista ja synnytyksen onnistumisessa olennaista oli synnyttäjän valinnanvapauden toteutuminen. Tämä ydinkeskustelun hierarkia resonoi Kristevan (1975/1993a, 96-97) ajatteluun, jossa tieteellinen keskustelun rationaalisuus ja selkeärajaisuus pyrkii hiljentämään tunteisiin perustuvaa poeettista kieltä. Kokemuksellisuuskurssin tietynlainen häpeilemättömyys puhekielen käytöstä, noudattaa feministisen kirjoittamisen ideaalia (Cixous ym. 1976). Muut diskurssit täydensivät kokemuksellisuuskurssin luomaa vastarintaa. Biologiseteknologinen diskurssi rikasti kokemuksellisuuskurssia tuomalla keskiöön synnyttäjän ruumiillisen kokemuksen merkityksen lääketieteellisiä interventioita valitessa. Kyseinen diskurssi ammensi vaikutteita näyttöön perustuvasta lääketieteestä ja hyödyn ja riskin dynamiikasta. Synnytyksen onnistumista arvioitiin synnyttäjän ja vauvan hoidon tehokkuudella. Sivuttamiskurssi puolestaan vahvisti kokemuksellisuuskurssin inhimillistä puolta puhumalla ihmisoikeuksista ja inhimillisistä tunteista. Kyseinen diskurssi sovelsi hyvinvointivaltion ajatusta oikeudenmukaisuudesta ja oikeudesta osallistua. Diskurssissa kyseenalaistettiin ajatus siitä, että synnytystä voitaisiin arvioida ilman kysymystä oikeudenmukaisuudesta.

Viimeisenä tutkimuskysymyksenä oli diskurssien vuoropuheluna syntyvä näkemys siitä, millaista on synnyttäjän ruumiin hyvin hallitseminen. Synnytysväkivaltakeskustelun perusteella tehtiin johtopäätös, että synnyttäjän ruumiin hyvin hallitseminen tarkoittaisi kliinisen katseen tarkoituksenmukaisempaa

käyttöä ja laajentamista sen sijaan, että puhuttaisiin sen sumentamisesta tai tarkentamista. Toisin sanoen, hoitohenkilökunnan ei haluttu hylkäävän lääketieteellistä näkökulmaa synnytykseen, koska lopputuloksena olisi voinut olla synnytysturvallisuuden vaarantuminen. Samalla kliinistä katsetta ei haluttu myöskään tarkentaa entisestään, koska synnytysturvallisuuden yliarvostaminen tarkoittaisi synnyttäjän valinnanvapauden kaventamista. Pikemminkin synnyttäjän ruumiin hyvin hallitseminen tarkoitti sitä, että kliiniseen katseeseen halutaan sisällyttää lääketieteen näkemyksen ohella synnyttäjän kokemuksellinen puoli. Tarkoituksena oli siis se, että hoitohenkilökunta arvioisi synnyttäjän oireita ja puhetta synnytysturvallisuuden ja synnytyskokemuksen näkökulmasta. Tämä tarkoittaisi sitä, että keskustelun avulla hoitohenkilökunnan valta-asemaa ei niinkään haluttu horjuttaa, vaan pikemminkin laajentaa ja vahvistaa. Viimeisen tutkimustuloksen analyysi noudattaa Foucault'n vallan ja vastarinnan dynamiikkaa. Vastarinta ei vapauta ketään vallasta eikä tee valtarakenteita tyhjäksi, vaan pikemminkin järjestää ja kirkastaa niitä (Smith 2016, 268).

7.2 Tutkimustulosten merkitys sosiaalityön kannalta

Tutkimustuloksien merkitys sosiaalityön kannalta liittyy sosiaalityön arvoihin, asiakkaan osallisuuteen sekä terveysosiaalityön asiantuntemuksen sisältöön. Sosiaalityön arvojen näkökulmasta diskursseissa on nähtävissä sekä sosiaalityölle ominaisia että sosiaalityölle vieraita arvoja. Kokemuksellisuusdiskurssin itsemäärämisoikeus ja siihen liittyvä asiakkaan osallisuus sekä sivuuttamiskurssiin sisältyvä ihmisoikeudellinen näkökulma ja epäoikeudenmukaisten toimintatapojen vastustaminen ovat sosiaalityön ydintä (ks. Talentia 2022). Biologis-teknologinen diskurssi taas yhdistyy uusliberalistiseen ajatteluun tehostamisesta ja hyödyntämistä, jotka nähdään uhkana sosiaalityön arvojen toteutumisen kannalta (Niemi 2008, 110–111). Tässä diskurssissa tehokkuus ja markkina-ajattelu eivät kuitenkaan näyttäytyä vastakkaisina sosiaalisille arvoille. Ennemminkin ne näyttäytyvät yhteismitallisina: pakotettu synnytyksen käynnistäminen sekä vaikeuttaa synnytystä sekä loukkaa synnyttäjän itsemäärämisoikeutta. Kliininen diskurssi puolestaan erosi arvojensa perusteella selkeimmin sosiaalityön arvopohjasta. Siinä korostetaan hoitohenkilökunnan paremmin tietäjän asemaa ja tässä yhteydessä turvallisuudella ikään kuin oikeutetaan paternalistinen suhtautuminen synnyttäjään. Analyysin perusteella ydinkeskustelua käytiin turvallisuutta korostavan kliinisyysdiskurssin ja itsemäärämisoikeutta korostavan kokemuksellisuusdiskurssin välillä. Tämä kysymyksenasettelu on hyvin keskeinen sosiaalityön kannalta: turvallisuuden ja

vapauden sekä vapauden ja tuen ristiriidat ovat keskeisiä sosiaalityön eettisiä kysymyksiä (Jokinen 2008, 110–114). Synnytysväkivaltaa koskeva keskustelu on ainoastaan uusi konteksti tälle kysymyksenasettelulle.

Arvojen ohella analyysin tulokset liittyvät myös asiakkaan osallisuuteen. Kliinisessä diskurssissa tuotiin esille se, miten synnytysten toiveiden liiallinen kuuntelu voisi riskeerata synnytysturvallisuuden. Näin ymmärrettynä synnyttäjän toiveet ovat vaatimuksia, jotka täytyy toteuttaa. Tästä ilmeinen seuraus on, että näitä toiveita voidaan esittää määrällisesti vähän ja niiden täytyy olla laajuudeltaan pieniä. Kokemuksellisuusdiskurssissa taas puhutaan siitä, että suostumus tulisi hätätilanteita lukuun ottamatta ulottaa kaikkeen synnytyksessä tapahtuvaan. Tässä kyse ei ole ainoastaan siitä, että synnyttäjältä selvitetään mielipide, vaan siitä, että hän saa olla itsenäinen päätöksentekijä. Muissa - vähemmän diskursiivista valtaa saaneissa näkemyksissä - taas otettiin maltillisempi näkökulma synnyttäjän osallisuuteen. Biologis-teknologisessa diskurssissa synnyttäjällä oli pyrkimyksiä, jotka hän olisi halunnut hoitohenkilökunnan tietoon. Synnyttäjä ei siis päättä toimenpiteistä itse, vaan antaa tietoa ammattilaisten päätöksen tueksi. Viimeisin sivuuttamiskurssi taas pitää sitä itseisarvona, että synnyttäjä pystyy ilmaisemaan näkökulmansa, vaikka lopullinen päätös tehtäisiinkin eri perusteilla. Näitä osallisuuden näkökulmia voidaan tarkastella Arnsteinin osallisuuden asteita kuvaava mallin avulla. Alimmilla tasoilla puhutaan neännäisvaikuttamisesta, jolloin asiakkaan mielipide kysytään lähinnä muodon vuoksi. Ylemmillä tasoilla asiakas saa tiedottaa mielipiteestään, osallistua päätöksentekoon ja ylimmällä tasolla hän on itsenäinen päätöksentekijä. (Arnstein 1969, 217). Synnytysväkivaltaa koskevassa keskustelussa on siis nähtävissä osallisuuden eri tasoja. Tämänkaltainen tiedon tuottaminen voidaan ajatella sosiaalityön tieteenalan päämäärien kautta. Yhtenä tarkoituksena on tuottaa tietoa kansalaisten elämisen todellisuuksista ja niiden haasteista (Mäntysaari ym. 2009, 8).

Tämän tutkimuksen kolmas merkitys sosiaalityölle liittyy terveysosiaalityön asiantuntemukseen. Analyysin tuloksien perusteella ei voida tehdä selkeää rajausta rajaa tai kriteereitä sille, milloin ruumiin hallinta on oikeutettua. Pikemminkin tämä raja vaihtelee diskurssittain. Mikä on siis se sosiaalinen näkökulma, jota tämän tutkimuksen avulla pyritään tuomaan terveydenhuollon palveluihin (Yliruka ym. 2019)? Sosiaalinen näkökulma voidaan ymmärtää juuri osallisuuden lajien ja ammatillisen päätöksenteon yhtensovittamisena. Sosiaalityön piirissä tästä ilmiöstä puhutaan harkintavaltana ja siihen liittyy nimenomaan edellä mainitun kaltaisia ristiriitoja ja tilanteen tulkintaa (Juhila 2009, 298). Täten tämän tutkimuksen merkitys liittyy sen osaamiseen näkyväksi tekemiseen, joka on sosiaalityön ydinosaa ja jolle saattaisi olla terveydenhuollon piirissä sosiaalinen tilaus.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tarkastella synnytysväkivaltakeskustelussa ilmeneviä ruumiin hallintaan liittyviä valta-asemia ja horjuttaa näitä. Teoreettisena viitekehyksenä oli biopolitiikan käsitteellistykset ruumiin hallittavuudesta, vallan ja subjektin välisestä dynamiikasta sekä näihin liittyvistä tiedon tuottamisen prosesseista (Foucault 1978-1979/2008; Rabinow & Rose 2006; Helén 2016). Tämän lisäksi jälkistrukturalistisen feminismin käsitteellistykset spesifisti äidillisen ruumiin kielellisestä perustasta loivat lisäarvon teoreettiseen viitekehykseen (Kristeva 1977/1993a; 1980/1993b; Kristeva 1975; 1993c; Gixous 1976). Aineistona käytettiin valmiita painetun median tekstejä, jotka analysoitiin kriittisellä diskurssianalyysillä. Kriittisen analyysin apuna käytettiin Pynnösen (2013) kriittisen diskurssianalyysin mallia, koska se on kehitetty vallan ilmiön systemaattiseen ja syvälliseen analysointiin. Tutkimuksessa pyrittiin panostamaan koherenttiuteen: valikoitu ilmiö, teoreettinen viitekehys, aineisto ja metodologia on valittu johdonmukaisesti siten, että niiden avulla voidaan tarkastella synnytykseen liittyvän ruumiillisen hallinnan diskursiivista muodostamista ja horjuttaa diskurssien avulla luotuja valta-asetelmia. Laadullisessa tutkimuksessa tämä koherenttius eli johdonmukaisuus voidaan määrittää luotettavuuden kriteeriksi (Tuomi & Sarajärvi 2004, 135). Tässä tutkimuksessa koherenttiuden suosiminen voi silti näyttäytyä omaperäisyyden puutteena esimerkiksi teoreettista viitekehystä rakennettaessa. Foucaultin, Deleuzen ja Kristevan käsitteellistykset ovat paljon viitattuja ja kehiteltyjä. Teorioiden valintaa ohjasi pikemminkin soveltuvuus aiheeseen kuin luovuus.

Tutkimuksen aineistoksi valikoitui valmiit mediatekstit osittain siksi, että tämä aineiston hankintamenetelmä oli taloudellinen. Tällä tavoin hankittu aineisto on tuotettu alkujaan muuhun kuin tutkimustarkoitukseen (Kallinen & Kinnunen 2022), mikä on tiedostettava aineiston tuottamisen reunaehtona. Mediatekstit on tehty tarpeeksi viihteellisiksi ja performatiivisiksi, jotta artikkelille saataisiin tarpeeksi suuri lukijakunta (Fairclough 1997, 20; Harrikari & Rauhala 2018). Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että artikkelien tuli olla tunteita herättäviä ja helposti ymmärrettäviä. Helposti ymmärrettävyys saattoi ilmetä siten, että haastateltava joutui lyhyessä haastattelussa rajaamaan näkökulmaansa. Tuolloin hän joutui valitsemaa omasta näkökulmastaan kaikista tärkeimmän asian kerrottavaksi. Lisäksi kirjoittajat ja haastateltavana olevat lähtökohtaisesti muotoilivat näkemyksensä harkitsevammin kuin esimerkiksi sosiaalisessa mediassa. Voidaan ajatella, että mediassa käydyssä synnytysväkivaltakeskustelussa on ikään kuin valikoituneet ainekset synnytysväkivallasta käydystä laajemmasta julkisesta keskustelusta. Tämänkaltaiseen aineistoon ei oltaisi päästy esimerkiksi

haastattelututkimuksella. Täten aineistonhankinta on sekä taloudellinen että perusteltu.

Tutkimuksen aineisto on julkinen, mikä loi eettisen haasteen anonymiteettiin liittyen. Tutkimukseen osallistumisen tulisi olla vapaaehtoista ja tutkimukseen pitäisi pystyä osallistumaan nimettömänä eli anonymisti (Patton 2002, 408-409). Tässä tutkimuksessa nämä periaatteet eivät toteudu. Kenen tahansa on mahdollista liittää yhteen analyysissä esitetty näkökulma ja tämän näkökulman esittäjän henkilöllisyys. Vaihtoehtona olisi ollut, ettei tässä tutkimusraportissa julkaistaisi aineistojen tarkkoja tietoja. Tämä rataksisuus olisi ollut vain näennäinen, koska tuolloin lukija ei voisi tarkastaa aineiston ja aineistosta tehtyjen tulkintojen yhteensopivuutta. Tämä yhteensopivuus on laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää (Patton 2002, 91; 489). Tässä tutkimuksessa on päädyttiin siihen, että suorat lainaukset pidetään, mutta mitään näkemystä ei henkilöidä kehenkään. Kyseiset henkilöt ovat ottaneet kantaa mediakeskusteluun eivätkä ole suostuneet siihen, että heidän nimensä ikuistetaan minkään tutkimuksen analyysiin. Kyseessä oli siis eettinen valinta. Syy, miksi tätä aineistoa voi sitten ylipäänsä perustella riittävän eettisenä aineistona, perustuu kysymyksenasetteluun. Nyt aineiston analyysin kohteena eivät olleet tutkittavat itse, vaan pikemminkin heidän esittämät näkökulmat.

Aineiston analysoinnin apuna käytettiin asteittain syvenevää kriittisen diskurssianalyysin menetelmää. Tutkimuksen objektiivisuuden vaade tarkoittaa tutkimusmenetelmän systemaattista ja täsmällistä noudattamista (Patton 2002, 128). Tämä on toteutettu siten, että palasin jatkuvasti analysoinnin aikana jo valmiiksi kirjoitettuun metodologia-osioon ikään kuin tarkastamaan menetelmän tarkoitusta ja toteutusta. Tutkimuksen metodologiasta kertovat luku toimi siis ikään kuin ohjeistuksena, jota pyrin noudattamaan mahdollisimman tarkasti analyysia toteuttaessa. Tulosten raportoinnin yhteydessä otettiin katkelmia mediateksteistä ja niistä tehtiin tulkintoja. Tulkintojen uskottavuuden kannalta voisi olla perusteltua, että nämä katekelmat olisivat riittävästi pitkiä. Tämän tutkimuksen analyysissä saatettiin kuitenkin tehdä tulkintoja yksittäisistä sanoista, jotka on otettu useista eri teksteistä. Tämä päätös perustuu diskurssianalyysin luonteeseen. Diskurssit ovat lähtökohtaisesti teksteissä pieninä katkelmina ja jopa yksittäisinä sanoina (van Dijk 2017, 104). Lisäksi diskurssien identifioimisen välineenä on käytetty sisällönanalyysia, jossa nimenomaan pyritään muodostamaan näkökulma yksittäisten sanojen ja lauseiden jaottelun avulla (Tuomi & Sarajarvi 2004).

Tämä tutkimus perustui kriittisen teorian paradigmalle, jossa tarkoituksena oli valta-asemien näkyväksi tekeminen ja horjuttaminen (Pease 2009, 191-193). Tämänkaltaista tutkimusta arvioidaan niin sanotulla katalysoivalla validiteetilla eli sen perusteella, miten tutkimus onnistuu tavoitteissaan muuttaa valta-asetelmia (Kridel 2010). Valta-asemien horjuttaminen toteutettiin siten, että erilaisten

diskurssien välinen hierarkia ja niiden taustalla olevat valta-asemat tehtiin näkyväksi. Lisäksi valtakurssin asemaa horjutettiin tuomalla esille sen ristiriitaisuuksia ja vahvistamalla vastadiskurssien ymmärrettävyyttä. Lopulta yhteiskunnallisen analyysin avulla on tuotu esille synnytysväkivaltakeskustelun moninaisuutta ja näin purettu keskustelun vastakkainasettelua. Katalysoiva validiteetin kannalta tutkimuksen heikkoutena on kuitenkin julkaisutapa. Maisterintutkielmana julkaistu tutkimus on lähtökohtaisesti pienen yleisön luettavissa, kun taas tutkimuksen julkaiseminen tutkimusartikkelina veisi sen osaksi laajempaa keskustelua. Näin tutkimuksella olisi laajempi muutosvoima ja sen ajatuksia voitaisiin kehittää edelleen seuraavissa tutkimuksissa.

Tulosten yleistämisessä on hyvä ottaa huomioon, että julkinen omilla kasvoilla tapahtuva kannanotto mediassa vaatii henkilöltä keskimääräistä enemmän rohkeutta. Täten hiljaiset tai hiljennetyt äänet eivät välttämättä pysty osallistumaan tähän keskusteluun. Tämä rajaus on haasteellinen sosiaalityön tutkimuskohteen kannalta, koska sosiaalityön tieteenala rajautuu nimenomaan näihin marginaalissa olevien ihmisten tutkimiseksi (Hokkanen 2009). Tämän tutkimuksen aineistossa ei ole yhdenkään miehen, etnisen vähemmistön edustajan tai muun sukupuoliseksi itseään identifioivan henkilön kannanottoa. Miesten hiljaisuutta asiassa saattaa selittää se, että synnytys mielletään naisen alueeksi, jossa mies on vain avustajan roolissa (Bartels 2013). Täten miehelle keskustelu itsemääräämisoikeudesta voi tuntua tässä kontekstissa vieraalta. Toinen mahdollinen selitys voi olla Minä myös synnyttäjänä-kampanjan kiinteä yhteys Metoo-liikkeeseen. Täten miehen kannanotto synnytysväkivaltakeskusteluun on lähtökohtaisesti erityisen altis kritiikille. Miehen näkökulmaa olisi helppo kritisoida mansplainingista: mies selittää alentavasti omasta näkökulmastaan asiaa, johon hänellä ei ole sukupuolensa takia kokemuksellista ymmärrystä (Mansplaining, Dictionary.com). Vähemmistöjen - seksuaalisten ja etnisten- hiljentymisen keskustelussa taas saattaa heijastaa yhteiskunnan laajempia valta-asemia. Vähemmistöt ovat lähtökohtaisesti marginaalissa, minkä takia mahdollisuudet ilmasta oma mielipiteensä julkisuudessa on vaikeampaa (van Dijk 2017, 39; 55-60). Lisäksi mahdollisena toisena selityksenä on, että he kokevat omassa elämänpiirissään toisenlaiset epätasa-arvon haasteet olennaisemmiksi. Tutkimuksen aineisto rajautuu siis lähinnä keskiluokkaisten naisten keskusteluksi. Tutkimustulokset eivät ole siis välttämättä yleistettävissä muihin yhteiskuntaluokkiin sekä vähemmistöihin.

7.4 Tutkimuksen johtopäätökset sosiaalityölle

Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä ainakin kolme johtopäätöstä. Ensinnäkin synnytysväkivaltakeskustelun tietynlaista polarisoitumista saattaa selittää keskustelijoiden positio. Hoitohenkilökunnan edustajat pyrkivät muita useammin tuomaan esille kättilön ja lääkärin profession merkitystä, kun taas Minä myös synnyttäjänä- kampanjan edustajat puhuivat hoitohenkilökunnan valta-aseman väärinkäytöksistä. Hoitohenkilökunnan ja aktivistien välillä ei ole ainoastaan valtaepäsymmetriaa, vaan myös vastuuepäsymmetria. Hoitohenkilökunnan valta-asema kiinnittyy vastuuseen siitä, että heille osoitettu insitutionaalinen tehtävä tulee täytetyksi. Heidän on käytettävä valtaa institutionaalisen tehtävänsä toteuttamiseksi. Vauvan fyysinen terveys voidaan ymmärtää tämän institutionaalisen tehtävän hoitamisen kannalta keskeiseksi tai jopa ensisijaiseksi. Näin ymmärrettynä synnytysväkivalta kiinnittyy pikemminkin terveydenhuollon rakenteisiin kuin yksittäisten työntekijöiden virhearviointeihin. Aktivistit voivat valita näkökulmansa vapaammin ja heitä ei voi vastuuttaa siitä, jos liiallinen itsemääräämisoikeuden lisääminen riskeerai esimerkiksi vauvan tai äidin hengen. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että synnyttäjällä ja synnytysaktivisteilla on vähemmän valtaa ja vastuuta. Vastuuepäsymmetrian ja terveydenhuollon rakenteellisten haasteiden yhteensovittaminen tarjoaa jatkotutkimusaiheen synnytysväkivallan tutkimisessa. Tällainen tutkimusaihe kiinnittyisi sosiaalityön intressiin tuoda sosiaalinen näkökulma terveydenhuollon palveluihin (Mäntysaari 2020, 52) sekä rakenteellisen sosiaalityön tavoitteeseen tehdä syrjiviä rakenteita näkyväksi (Pohjola 2014).

Toinen johtopäätös liittyy sosiaalityön kohteeseen. Perinteisesti haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt on määritelty jonkin resurssin puutteen kautta, joka liittyy pidempiaikaiseen hyvinvoinnin vajeeseen. Voidaan puhua esimerkiksi asunnottomista, maahanmuuttajista tai ylivelkaantuneista. (Kainulainen & Saari 2018). Synnytysväkivallan kokeneet henkilöt puolestaan eivät välttämättä ole tässä mielessä haavoittuvassa asemassa. Pikemminkin tähänkin tutkimukseen osallistuneet edustivat lehtitietojen perusteella siinä mielessä valtaväestöä, että yksikään heistä ei tunnustanut olevansa seksuaalivähemmistön edustaja tai vaikka maahanmuuttaja. Silti, synnytyksen aikana he saattavat joutua haavoittuvaan asemaan, koska hoitohenkilökunnalla on laajempi pääsy tietoon sekä institutionaalinen valta, jota synnyttäjän odotetaan tottelevan (mm. Helén 2016, 111-114; 125-126; 345; Kroll ym. 2022). Tutkimuksen perusteella voidaankin tehdä johtopäätös siitä, että sosiaalityön kohdejoukon liian kapea-alainen rajaaminen voi olla itsessään syrjivää. Haavoittuvassa asemassa olevien auttaminen vaatii, että sosiaalityön kohdejoukoksi pystytään mieltämään myös sellaiset ihmiset, jotka eivät ole itsestään selvästi

haavoittuvassa asemassa. Tämä johtopäätös liittyy siis sosiaalityön itseymmärrykseen: haavoittuvassa asemassa oleminen voi olla hetkellistä ja silti luoda hyvinvointivajeen.

Viimeinen johtopäätös liittyy sosiaalityöntekijän ja synnytysväkivaltaa kohdanneen naisen kohtaamiseen. Tässä kohdin pohdittavaksi tulee, voiko palvelujärjestelmä korjata jotain, minkä se on rikkonut? Voiko esimerkiksi institutionaalinen kohtaaminen sosiaalityöntekijän kanssa toimia korjaavana kokemuksena, jos nainen on joutunut synnytysväkivallan kohteeksi? Tämä kysymys liittyy laajemmin kysymykseen sosiaalityön mahdollisuudesta tai mahdottomuudesta. Jos sosiaalityö ei voisi korjata tai ainakin paikata sitä, mitä palvelujärjestelmä on rikkonut, se ei pysty täyttämään tehtäväänsä. Sosiaalityöntekijä ei voi tyytyä ikään kuin rakenteiden uhriksi ja odottaa rakenteellista muutosta, vaan sen hänen täytyy pystyä auttamaan myös yksilöä. Sosiaalityö on myös tapauskohtaista työtä. (Niemelä 2012, 23.) Näin ymmärrettynä vastuu ei ole pelkästään rakenteilla, vaan myös yksittäisiä työntekijöitä tulee vastuuttaa. Vastuuttamisella tarkoitan sitä, että heidän valta-aseman toisesta puolesta, vastuusta, muistutetaan eikä ulkoisteta esimerkiksi synnytysväkivallan ilmiötä ainoastaan terveydenhuollon rakenteisiin. Yksittäisellä sosiaalityöntekijällä on mahdollisuus asiakaskohtaaminen kerrallaan tunnustaa kokemuksen merkitys.

LÄHTEET

- Abuya Timothy, Warren, Charlotte, Miller, Nora, Njuki, Rebecca, Ndwiga, Charity, Maranga, Alice, Bhereo, Faith, Njeru, Anne & Bellows, Ben (2015): Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. *PloS one* 10:4, 1-13.
- Arnstein, Sherry (1967): A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35:4, 216-224.
- Bartels, Rosamarie (2013): Experience of Childbirth from Father's Perspective. *British Journal of Midwifery* 7:11, 681-683.
- Beck, Cheryl (2004): Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth. *Nursing Research* 53:1, 216-224.
- Bell, Aleeca, Andersson, Eva, Goding, Karissa & Vonderheid, Susan (2018): The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare* 16, 67-77.
- Bohren, Meghan, Vogel, Joshua, Hunter, Erin, Lutsiv, Olha, Makh, Suprita, Souza, João, Aguiar, Carolina, Coneglian, Fernando, Luiz, Alex, Diniz, Araújo, Tuncalp, Özge, Javadi, Dena, Oladapo, Olufemi, Khosla, Rajat, Hindin, Michelle & Gülmezoglu, Metin (2015): The Mistreatment of Women During Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *Plos Medicine* 12:6, 1-32.
- Borges, Maria (2017): A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures during Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law Journal* 67, 827-862.
- Bourdieu, Pierre (1977). The economics of linguistic exchanges. *Social Science Information* 16:6, 645-668.
- Bowser, Diana & Hill, Kathleen (2010): Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. Washington DC: Harvard School of Public Health and University Research.
- Catalano, Theresa, Waugh, Linda (2020): Introduction to Critical Discourse Analysis (CDA), Critical Discourse Studies (CDS), and Beyond. Teoksessa Catalano, Theresa & Linda Waugh (toim.) *Critical Discourse Analysis, Critical Discourse Studies and Beyond. Perspectives in Pragmatics, Philosophy & Psychology* 26, 1-12.
- Chadwick, Rachele & Foster, Don (2013): Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk. *Health, Risk & Society*, 1-16.
- Chadwick, Rachele (2017): Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology* 27:4, 489-509.
- Cixous, Hélène, Cohen, Keith & Cohen, Paula (1976): The Laugh of the Medusa. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 1:4, 875-893.
- Castro, Arachu & Savage, Virginia (2019): Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology* 38:2, 123-136.
- Cummins, Molly (2014): Reproductive Surveillance: The Making of Pregnant Docile Bodies," *Kaleidoscope: A Graduate Journal of Qualitative Communication Research* 13:4, 33-51.

- Davies, Bronwyn & Gannon, Susanne (2005): *Feminism/poststructuralism*. Teoksessa Bridget Somekh & Cathy Lewin (toim.): *Research methods in the social sciences*. London: Sage Publications, 318-325.
- Davis-Floyd, Robbie (2001): The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, 5-23.
- Deleuze, Gilles (2005a): Jälkikirjoitus kontrolliyhteiskuntaan. Teoksessa Haastattelija. Helsinki: Tutkijaliitto, 118-125.
- Deleuze, Gilles (2005b): Mikä on luomisteoko? Teoksessa Haastattelija. Helsinki: Tutkijaliitto, 60-72.
- Deleuze, Gilles (2005c): Kontrolli ja muutos. Teoksessa Haastattelija. Helsinki: Tutkijaliitto, 73-98.
- D'Gregorio, Pérez (2010): Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 11:3, 201-202.
- Diniz, Simone & Chacham, Alessandra (2004): "The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 12:23, 100-110.
- van Dijk, Teun (1993): Principles of Critical Discourse Analysis. *Discourse & Society* 4:2, 249-283.
- van Dijk, Teun (2006): Discourse and manipulation. *Discourse & Society*, 17:3, 359-383.
- van Dijk, Teun (2017). *Discourse and Power*. New York: Palgrave Macmillan.
- Douché Jeanie & Carryer Jenny (2011): Caesarean section in the absence of need: a pathologising paradox for public health? *Nursing Inquiry* 18:2, 143-53.
- Fairclough, Norman (1992): Intertextuality in critical discourse analysis, *Linguistics and Education* 4: 3-4, 269-293.
- Fairclough, Norman (1995). *Critical discourse analysis*. London: Longman.
- Fairclough, Norman (1997). *Miten media puhuu*. Tampere: Vastapaino.
- Foucault, Michel (1980). *Tarkkailla ja rangaista*. Helsinki: Otava.
- Foucault, Michel (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry* 8:4, 777-795.
- Foucault, Michel (2008). *The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978-79*, New York : Palgrave Macmillan.
- Foucault, Michel (2010). *Seksuaalisuuden historia*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Foucault, Michel (2013). *Klinikan synty*. Tampere: Niin & näin.
- Freedman, Lynn, Ramsey, Kate, Abuya, Timothy, Bellows, Ben, Ndwiaga, Charity, Warren, Charlotte, Kujawski, Stephanie, Moyo, Wema, Kruk, Margaret., Mbaruku, Godfrey (2014): Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda, *Bull World Health Organ* 92:1, 915-917.
- Gibbons, Luz, Belizán, José, Lauer, Jeremy, Betrán, Ana, Meriáldi, Mario, & Althabe, Fernando (2010): The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report* 30:1, 1-31.

- Harper, E. A., & Rail, G. (2012): 'Gaining the right amount for my baby': Young pregnant women's discursive constructions of health. *Health Sociology Review* 21:1, 69-81.
- Harrikari, Timo, & Rauhala, Pirkko-Liisa (2018): *Towards Glocal Social Work in the Era of Compressed Modernity*. New York: Routledge.
- Hart, Christopher & Cap, Piotr (2014): Introduction. Teoksessa Hart, Christopher & Pior Cap (toim.): *Contemporary Critical Discourse Studies, Contemporary Studies in Linguistics*. London: Bloomsbury Academic, 1-16.
- Hausman, Bernice (2005): Risky Business: Framing Childbirth in Hospital Settings. *Journal of Medical Humanities* 26:1, 23-38.
- Helén, Ilpo (2016): *Elämän politiikka. Yhteiskuntatutkimus Foucault'n jälkeen*. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Hokkanen, Liisa (2009): "Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina". Teoksessa Mäntysaari, Mikko, Anneli Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.): *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Jokinen, Arja (2008): Sosiaalityö tukena ja kontrollina aikuisten kohtaamisessa. Teoksessa Jokinen Arja & Kirsi Juhila Kirsi (toim.): *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere: Vastapaino, 110-144.
- Juhila, Kirsi (2009): Sosiaalityön selontekovelvollisuus. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 17:4, 296-312.
- Kainulainen, Sakari & Saari, Juho (2018): Samassa veneessä: empatiakuilujen poliittinen ulottuvuus Suomessa. *Politiikka* 60:4, 310-323. Kallinen, Timo & Kinnunen, Taina. *Etnografia*. Teoksessa Vuori, Jaana (toim.): *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, Saatavilla https://wiivi.uef.fi/crisyp/dispatch/fi/cr_redir_all/fet/fet/sea?direction=2&id=76266926, luettu 12.12.2022.
- Kanner, Antti (2012): Oikeustieteen termityö. Saatavilla <http://blogs.helsinki.fi/tieteentermipankki/2012/06/>, luettu 12.12.2022..
- Keskinen, Laura (2019): "MINÄ MUUTUIN OBJEKTIKSI" Synnyttäjien toimijuus Minä myös synnyttäjänä -kampanjan kertomuksissa. Yhteiskuntatutkimuksen kandidaatintutkielma. Saatavilla <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118816/KeskinenLaura.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, luettu 12.12.2022.
- Kridel, Craig (2010): Validity, catalytic. *Encyclopedia of curriculum studies* 11, Sage Publications. Saatavilla <https://dx.doi.org/10.4135/9781412958806>, luettu 12.12.2022.
- Kristeva, Julia (1993a): Stabat mater. Teoksessa Julia Kristeva: *Puhuva subjekti. Tekstejä 1967-1993*. Tampere: Gaudeamus, 137-162.
- Kristeva, Julia (1993b): Likaisuus muuttuu saastaksi. Teoksessa Julia Kristeva: *Puhuva subjekti. Tekstejä 1967-1993*. Tampere: Gaudeamus, 187-222.
- Kristeva, Julia (1993c): Identiteetistä toiseen. Teoksessa Julia Kristeva: *Puhuva subjekti. Tekstejä 1967-1993*. Tampere: Gaudeamus, 85-110.
- Kristeva, Julia (1993d): Naisten aika. Teoksessa Julia Kristeva: *Puhuva subjekti. Tekstejä 1967-1993*. Tampere: Gaudeamus, 163-186.

- Kroll, Camille, Murphy, Julia, Poston, Lindsay, You, Whitney & Premkumar, Ashish (2022). Cultivating the ideal obstetrical patient: How physicians-in-training describe pain associated with childbirth. *Social Science & Medicine* 312, 1-9.
- Kukka, Taru (2021): "Miksi tämän piti olla niin karsea kokemus?" Toimijuus negatiivisissa synnytyskokemuksissa. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalipsykologian pro gradu- tutkielma.
- Kukkamäki, Kirsi (2020): "Minulla ei tuntunut olevan minkäänlaista itsemääräämisoikeutta". Synnytysväkivalta "Minä myös synnyttäjänä"-kampanjassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan kandidaatintutkielma.
- Kukura, Elizabeth (2018): Obstetric Violence. *Georgetown Law Journal* 106: 3, 721-801.
- Lilja, Mona & Vinthagen, Stellan (2014): Sovereign power, disciplinary power and biopower: resisting what power with what resistance? *Journal of Political Power* 7:1, 107-126.
- Lokugamage, Amalia & Pathberiya, Sithira (2017): Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health* 14:1, 2-8.
- Mansplain. Dictionary.com. Saatavilla <https://www.dictionary.com/browse/mansplain>, luettu 12.12.2022.
- Martin, Karin (2003): Giving Birth Like a Girl. *Gender & Society* 17:1, 54-72.
- McAra-Couper, Judith, Jones, Marion & Smythe, Liz (2012): Caesarean-section, my body, my choice: The construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. *Feminism & Psychology* 22:1, 81-97.
- Milani, Tommaso & Johnson, Sally (2010): Critical Inresections: Language Ideologies and Media Dicourse. Teoksessa Milani, Tommaso & Sally, Johnson (toim.): *Language Ideologies and Media Discourse: Texts, Practices, Politics*. Continuum International Publishing Group. London: Continuum Group, 3-16.
- Miller, Peter & Rose, Nikolas (2010): Miten meitä hallitaan. Vastapaino: Tampere.
- Misago, Chizuru, Kendall, Carl, Freitas, Paulo, Haneda, Kiyoshi, Silveira, Dirlene, Onuki, Daisuke, Mori Taeko, Sadamori, Takuma & Umenai, Takusei (2001). From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75:1, 67-72.
- Molla, Wondwosen, Wudneh, Aregahegn & Tilahun, Ruth (2022): Obstetric violence and associated factors among women during facility-based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 22:1, 1-14.
- Mäntysaari, Mikko, Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (2009): Johdanto. Teoksessa Mäntysaari, Mikko, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.): *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-kustannus, 293-314.
- Mäntysaari, Mikko (2020): Sosiaalityön asiantuntijuus uusissa rakenteissa – vaatimukset koulutukselle ja tutkimukselle. Teoksessa Suoninen-Erhiö, Lea, Anneli Pohjola, Mirja Satka & Jenni Simola (toim.): *Sosiaaliala uudistuu: Tietopohjan ja vuorovaikutuksen kysymyksiä*. Helsinki: Huoltaja-säätiö, 51-72.
- Neiterman, Elena (2012): Doing pregnancy: Pregnant embodiment as performance. *Women's Studies International Forum* 35:5, 372-383.

- Niemi, Petteri (2008): Priorisoinnin eettisestä perustasta sosiaalialalla. Teoksessa Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija (toim.): Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki: Gaudeamus, 100-145.
- Niemelä, Pauli (2012): "Tapauskohtaisuus sosiaalityössä" Case Study-Case Work-Case Evaluation"-prosessimalli sosiaalityön ja sen käytännön opetuksen jäsentäjänä. Teoksessa Tuohinoja, Noora, Anneli Pohjola & Mari Suonio (toim.): Sosiaalityön käytännönopetus liikkeessä, 20-35.
- Nussbaum, Martha (2000): Women and Human Development: The Capabilities Approach. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oliveira, Virginia & Penna, Cláudia (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem* 26, 1-10.
- Patton, Michael (2002): Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks: CA Sage Publications.
- Pease, Bob (2009): From radical to critical social work: Progressive transformation or mainstream corporation? Teoksessa Adams, Robert, Lena Dominelli, & Malcom Payne (toim.): Critical Practice in Social Work. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 178-188.
- Pekkarinen, Elina & Tapola-Haapala, Maria (2009): Kriittinen realismi sosiaalityössä : tiedontuotannosta emansipaatioon. Teoksessa Mäntysaari, Mikko, Anneli Pohjola ja Tarja Pösö (toim.): Sosiaalityö ja teoria, PS-kustannus, Jyväskylä, 183-205.
- Petchesky, Rosalind (1998): Negotiating reproductive rights: women's perspectives across countries and cultures. *Reproductive Health Matters*, 6:11, 186-189.
- Pohjola, Anneli (2014): Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa Rakenteellinen sosiaalityö Pohjola, Anneli, Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.): UNIPress: Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja.
- Pynnönen, Anu (2013): Diskurssianalyysi: tapa ajatella, tutkia ja olla kriittinen. Working Paper 379, Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu, 1-44.
- Rabinow, Paul & Rose, Nikolas (2006): Biopower Today. *Biosocieties* 1:2, 195-217.
- Raitakari, Suvi (2002): Sosiaalityön marginaalistatus - asiakkuus ja asiantuntijuus modernin ja postmodernin tulkintakehyksessä. Teoksessa Juhila, Kirsi, Hannele Forsberg, Irene Roivanen (toim.): Marginaalit ja sosiaalityö, Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Reisigl, Martin & Wodak, Ruth (2016): The Discourse-Historical Approach. Teoksessa Wodak, Ruth & Michael Meyer Methods in Critical Discourse Analysis. London: Sage, 23-61.
- Reisigl, Martin & Wodak, Ruth (2017): Discourse-Historical Approach. Teoksessa J. Flowerdew ja Richardson, J. E. (toim.) The Routledge Handbook of Critical Discourse Studies. Saatavilla https://www.researchgate.net/publication/251636976_The_Discourse-Historical_Approach_DHA, luettu 12.12.2022, 87-122.
- Saisto, Terhi (2000): Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. *Duodecim* 116:14, 1483-1490.

- Savage, Virginia, & Castro, Arachu (2017): Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health* 14:1, 1-27.
- Shrivastava, Surbhi & Sivakami, Muthusamy (2020): Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review. *Journal of Biosocial Science* 52:4, 610-628.
- Sivenius, Pia (1993): Esipuhe. Teoksessa Julia Kristeva: Puhuva subjekti. Tekstejä 1967-1993. Tampere: Gaudeamus, 7-19.
- Smith, Daniel (2016): Two concepts of resistance: Foucault and Deleuze. *Between Deleuze and Foucault*, 264-282.
- Stone, Pamela (2016): Biocultural Perspectives on Maternal Mortality and Obstetrical Death From the Past to the Present. *American Journal of Physical Anthropology* 159, 150-171.
- Strömberg, Rea & Zoho, Verna (2020): Äitien kokemuksia synnytysväkivallasta Suomessa. Kättilötyön- tutkinto-ohjelman opinnäytetyö. Saatavilla <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/353795/Str%20Zoho.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, viitattu 12.12.2022.
- Taira, Teemu & Väliäho, Pasi (2015): Jodanto: Gilles Deleuze - vastarintaa nykyisyydelle. Teoksessa Taira Teemi & Pasi Väliäho (toim.): Vastarintaa nykyisyydelle - näkökulmia Gilles Deleuzen ajatteluun. *Eetos julkaisuja*, 7-28.
- Talentia (2022): Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilöstön eettiset ohjeet. Saatavilla <https://talentia.lukusali.fi/#/reader/a6cd4fa0-38d8-11ed-90c9-00155d64030a>, luettu 12.12.2022.
- Tandon, Neeru (2008): *Feminism: A Paradigm Shift*. New Delhi: Atlantic Publishers and Distributions.
- van Teijlingen, Edwin (2005): A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online* 10:2, 63-77.
- van Teijlingen, Edwin (2017): The medical and social model of childbirth. *Kontakt* 19:2, 73-74.
- Tekay, Aydin, Nuutila, Mika & Heinonen, Seppo (2017): Voidaanko synnytysturvallisuutta parantaa? *Duodecim* 133:3, 235-236.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2004): *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Unger, Johann (2016): The interdisciplinarity of critical discourse studies research. *Palgrave Communications* 2:15037, Saatavilla <https://doi.org/10.1057/palcomms.2015.37>, luettu 12.12.2022.
- Vacaflor, Carlos (2016): Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters* 24:47, 65-73.
- Vihreäsalo, Keiju (2022): Häpeä, objektivointi ja vastarinta synnytysväkivaltatarinoissa. *Sukupuolentutkimus* 35:1, 4-20.
- Villarmae, Stella & Kelly, Brenda (2020): Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *Journal of Clinical Evaluation* 26:2, 515-519.
- Vähäkangas, Annika & Sinisaari-Eskelinen, Maarit (2021): Synnytysväkivalta vaikuttaa seksuaalisuuteen. *Kättilölehti* 3, 34-36.

- Wagner, Marsden (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75:1, 25-37.
- Williams, Cathlin, Jerez, Celeste, Klein, Karen, Correa, Malena, Belizán, José & Cormick, Gabriela (2022): Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. Julkaistavaksi hyväksytty artikkeli. Saatavilla 10.1111/1471-0528.15270, luettu 12.12.2022.
- Wodak, Ruth & Meyer, Michael (2001): What CDA Is about – A Summary of Its History, Important Concepts and Its Developments. Teoksessa Wodak, Ruth & Meyer, Michael (toim.): *Methods of Critical Discourse Analysis*. London: Sage Publications, 1-13.
- Worman-Ross, Kathryn & Mix, Tamara (2013): "I Wanted Empowerment, Healing, and Respect": Homebirth as Challenge to Medical Hegemony. *Sociological Spectrum* 33:5, 453-481.
- Yliruka, Laura, Heinonen, Jenika, Satka, Mirja, Metteri, Anna, & Alatalo, Taija (2019): Terveyssoseaalityö näkyväksi: Terveyssoseaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Soccan työpapereita 1.

LIITTEET

LIITE 1: AINEISTO

Aalto, Pirkko: Synnytysväkivalta on raskas syytös - osa vanhemmista tulee synnytyssaliin kädessään lista, joka ei sisällä toiveita vaan vaatimuksia, Satakunnan kansa: 18.5.2019, kolumni. Saatavilla <https://www.satakunnankansa.fi/kolumnit/art-2000007115641.html>, luettu 12.12.2022.

Bäråkö, Josefiina: Yksinkertainen muutos voisi pelastaa karmeudelta synnytyssalissa - sairaaloissakin on kulttuurieroja, kättilö kertoo, Ilta-Sanomat: Terveys 9.5.2019, Terveysartikkeli. Saatavilla <https://www.is.fi/terveys/art-2000006099495.html>, luettu 12.12.2022.

Hurmas, Mira: Kommentti: Kunpa olisin tiennyt tämän etukäteen synnytyksestä, Ilta-Sanomat 9.5. 2019, Perheartikkeli. Saatavilla <https://www.is.fi/perhe/art-2000006099484.html>, luettu 12.12.2022.

Jaalamaa, Katri: Nainen vai synnytyskanava - mitä synnytysväkivalta tarkoittaa? - Hyvä Terveys-lehti, 10.5.2019. Saatavilla <https://www.hyvaterveys.fi/artikkeli/ras-kaus/nainen-vai-synnytyskanava-mita-synnytysvakivalta-tarκοittaa>, luettu 12.12.2022.

Kivelä, Satu: Synnytyskertomukset muuttavat käytäntöjä - Kerro kokemuksistasi Havaintoja ihmisestä -sarjaan, Yle Radio 24.01.2022. Saatavilla <https://yle.fi/aihe/a/20-10001885>, luettu 12.12.2022.

Kononen, Heidi: Kättilö muistuttaa pelkääjille: "Omaa kehoa voi synnytyksessä hallita vain rajallisesti", Yle Uutiset 23.5.2019. Saatavilla <https://yle.fi/uutiset/3-10781737>, luettu 12.12.2022.

Lawson, Faye: "Minua leikattiin halki kuin paistia" - Naiset kertovat kampanjassa hirveistä synnytyksistään - lääkäri: pelon lietsontaa, Ilta-Sanomat 8.5.2019, Kotimaa-artikkeli. Saatavilla <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000006097555.html>, luettu 12.12.2022.

Malmberg, Katariina: Synnyttäjillä on nykyään paljon toiveita, ja osaa niistä on mahdotonta toteuttaa, sanoo lääkäri - Jotkut haluavat kieltää lapsivesikalvon puhkaisun, Helsingin Sanomat 10.5.2019, Perheartikkeli. Saatavilla <https://www.hs.fi/perhe/art-2000006100290.html>, luettu 12.12.2022.

Nykänen, Anna-Stiina: Synnytyslääkärin puheenvuoro. Helsingin Sanomat 31.1.2022, Tilaajille- artikkeli. Saatavilla <https://www.hs.fi/sunnuntai/art-2000007771732.html>, luettu 12.12.2022.

Oksanen, Emmi: Yli 200 naista kertoi synnyttämisesestä: yksi huomiota herättävä piirre jakaa, Iltalehti 16.5.2021, Perheartikkeli. Saatavilla <https://www.iltalehti.fi/perheartikkelit/a/f8875300-e65e-4f6c-834a-1eb5d5cc0263>, luettu 12.12.2022.

Rasi, Maarit: Anna-Liisan ensisynnytys oli niin traumaattinen, että hän pelkäsi toista kertaa: "Olin kivusta sanaton". Ilt-Sanomat 15.4.2021, Perheartikkeli. Saatavilla <https://www.is.fi/perhe/art-2000007921505.html>, luettu 12.12.2022.

Ristmeri, Aliisa: Pia Wilsonin, 34, synnytystoiveilistaan kuuluu amme, doula, jakkara ja sähköimpulsseja - toiveet kertovat synnytyskulttuurin murroksesta, Yle Uutiset 8.12.2021. Saatavilla <https://yle.fi/uutiset/3-12209648>, luettu 12.12.2022.

Sandell, Ellinoora: "Ennen hoitohenkilökunta oli auktoriteetti, nyt olemme synnyttäjien tukijoita" -Lääkärit ja kättilöt opettelevat jatkuvasti parantamaan naisten synnytyskokemuksia, Yle-dokumentit 16.11.2020. Saatavilla <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2020/11/16/ennen-hoitohenkilokunta-oli-auktoiteetti-nyt-olemm-synnyttajien-tukijoita>, luettu 12.12.2022.

Siirilä, Merja & Krautsuk, Satu: Yli sata naista avautui karmeista synnytyskokemuksista - #metoo-tyylinen kampanja leviää kuin kulovalkea, sairaaloissa pelätään vai kutuksia, Yle Uutiset 8.5.2019. Saatavilla <https://yle.fi/uutiset/3-10770193>, luettu 12.12.2022.

Torvinen, Pertti: Suomalaisairaaloissa tapahtuu "synnytysväkivaltaa" ja siitä on nyt puhuttava, sanoo uusi kampanja - Kättilöliitto pitää sanaa valitettavana, Helsingin Sanomat 8.5.2019, Nyt- liite. Saatavilla <https://www.hs.fi/nyt/art-2000006096906.html>, luettu 12.12.2022.

Valleala, Siru: "Olen ihminen, jota on kidutettu" - äidit puhuvat synnytysväkivaltaasta, Ilt-Sanomat 18.11.2020, Perheartikkeli. Saatavilla <https://www.is.fi/perhe/art-2000007624405.html>, luettu 12.12.2022.

Uotinen, Jenni: Kerttuliisa kielsi, mutta sormet pysyivät vaginassa - kertoo tv:ssä synnytysväkivallasta, Iltalehti 24.11.2020, Tv- ja leffat-artikkeli. Saatavilla <https://www.iltalehti.fi/tv-ja-leffat/a/c6af0702-d633-4624-9597-650013385279>, luettu 12.12.2022.

Uotinen, Jenni: Sannin synnytys näytetään tänään tv:ssä: "Korjaava kokemus", Iltalehti 2.12.2020, Tv- ja leffat-artikkeli. Saatavilla <https://www.iltalehti.fi/tv-ja-leffat/a/901199ad-3e56-477e-9eb6-1a9a00f90755>, luettu 12.12.2022.