

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Mikkola, Leena; Torkkola, Sinikka

Title: Viestinnän tutkimus vierastaa terveyttä

Year: 2007

Version: Published version

Copyright: © 2007 Media & Viestintä

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Mikkola, L., & Torkkola, S. (2007). Viestinnän tutkimus vierastaa terveyttä. Tiedotustutkimus, 30(4), 2-8.

VIESTINNÄN TUTKIMUS VIERASTAA TERVEYTTÄ

Terveysviestintä on tutkimusalue, jonka lähtökohtana ovat usein terveyden edistämisen, terveydenhuollon ja sairaanhoidon viestinnälliset tehtävät. Tämä näkemys terveysviestinnästä palvelutehtävänä selittää terveysviestinnän paikkaa suomalaisen viestinnän tutkimuksen kentällä. Kun viestintä on ymmärretty terveyden- ja sairaanhoidon apuvälineeksi, ei teoreettisille pohdinnoille ole ollut tarvetta.

Viestinnän tutkimuksena terveysviestinnän tutkimus on kontekstilähtöistä, mikä tarkoittaa viestinnän ilmiöiden tarkastelemista erityisessä asiayhteydessä ja tutkimusongelmien nousemista tuosta asiayhteydestä (Powers 1995). Terveysviestintä voidaan näin rinnastaa esimerkiksi poliittisen viestinnän, oikeusviestinnän ja vaikkapa uskonnollisen viestinnän tutkimukseen, joissa viestintäprosessia ja kontekstiin liittyvää ilmiökenttää tarkastellaan yhdessä. Terveysviestinnässä tämä on tarkoittanut viestinnän hahmottamista terveyden edistämisen ja toteutumisen perusprosessina (esim. Kreps, Bonacuro ja Query 1998, 2–3). Tämä näyttää usein johtaneen käytännönläheiseen tarkastelutapaan. Terveysviestinnän tutkimuksessa käytännönläheisyys on tarkoittanut usein sitä, että tutkimuksessa ei ole oltu kiinnostuneita terveysviestinnän teoreettisten lähtökohtien erittelystä, vaan tutkimuksissa on vastattu terveyden edistämisen ja sairaanhoidossa esiin nousseisiin kysymyksiin. (Ks. Tulloch & Lupton 1997, 15–19.)

Terveyskasvatuksellisten kysymysten ja käytännöstä nousevien tutkimusongelmien korostuminen selittyy ennen muuta terveysviestinnän tutkimusalueen historialla. Ensinnäkin, terveysviestinnän kenttä on nuori, ja se on eriytynyt omaleimaiseksi tutkimusalueekseen vasta viimeisten kolmenkymmenen vuoden kuluessa. Toiseksi, terveysviestinnän tutkimuksen juuret ovat lähinnä terveyspsykologian ja -sosiologian sekä lääketieteen alalla. (Aitken & Marshall 1996, 479; Kreps, Bonacuro ja Query 1998, 5–7.) Aina 1970-luvulle asti terveyteen liittyvä tutkimus rajautui pääosin terveystieteisiin, ja terveys määrittyi lähinnä medikaalisena ilmiönä. Terveyskäsitteiden muuttumisen myötä vastauksia terveyden edistämisen ongelmiin alettiin hakea myös viestinnästä (Pettegrew & Logan 1987). Viestinnän tutkimus kelpasi siis vastaamaan niihin kysymyksiin, joihin terveystieteet eivät riittäneet vastaamaan.

Se tosi seikka, että terveysviestinnän tutkimus ei ole ollut lähtökohtaisesti viestinnän tutkimusta, on heijastunut paitsi tutkimuksen lähestymistapoihin, myös terveysviestinnän määrittelyyn. Englanninkielistä termiä *health communication* käytetään edelleen usein vain sellaisesta viestinnästä, jonka tehtävä on joko edistää terveyttä tai hoitaa sairautta. Maailman terveysjärjestö määrittelee Terveyden edistämisen sanakirjassaan terveysviestinnän juuri tästä näkökulmasta:

Terveysviestintä on keskeisin keino välittää yleisölle terveystietoa ja pitää yllä julkista keskustelua merkittävistä terveyskysymyksistä. Kaikkia joukkoviestinnän muotoja, sekä uusia että vanhoja, voidaan käyttää levitettäessä yleisölle hyödyllistä terveysinformaatiota sekä lisättäessä tietoisuutta niin yksilön kuin yhteisönkin terveyden merkityksestä kehitykseen.

(WHO 1998, toimitettu käänös Torkkola 2002, 5.)

Tämä määritelmä korostaa erityisesti terveysviestinnän terveyskasvatuksellista ja valistuksellista tehtävää, jolloin terveysviestintä nähdään ennen muuta terveyden ja terveystiedon asiantuntijoiden toiminnaksi. Määritelmä korostaa myös joukkoviestinnän näkökulmaa ja tekee joukkoviestinnästä terveysviestinnän ensisijaisen kentän, vaikka terveydelle ja sairaudelle annetut merkitykset rakentuvat monin osin myös muilla viestinnän tasoilla, kuten interpersonallisessa viestinnässä (esim. Ruben 1993, 100). Terveys, sairaus ja hyvinvointi voidaan nähdä osana yksilön sosiaalista ja kulttuurista todellisuutta, joka rakentuu viestinnän kaikilla tasoilla paitsi terveydenhuollon kontekstissa myös jokapäiväisessä kanssakäymisessä ja mediassa.

Kulttuurisesta näkökulmasta määriteltynä terveysviestinnäksi voidaan ymmärtää kaikki terveyttä ja sairautta käsittelevä viestintä. Tällöin terveys ja sairaus eivät ole jotakin, joka välittyy viestinnässä, vaan terveydet ja sairaudet rakentuvat viestinnässä. Kulttuurinen terveysviestinnän määritelmä laajentaa merkittävästi tapaa tarkastella terveysviestintää:

Terveysviestintä on terveyksiä ja sairauksia tuottava kulttuurinen ja yhteiskunnallinen käytäntö. Konkreettisesti terveysviestintä on terveyteen ja sairauteen sekä niiden tutkimiseen ja hoitoon liittyvä viestintää kaikilla viestinnän alueilla eli keskinäis-, kohde- ja joukkoviestinnässä. Sisällöllisesti terveysviestintä voi perustua tietoon, tunteeseen tai kokemukseen ja olla sekä faktuaalista että fiktiivistä. (Torkkola 2007.)

Erilaiset tavat määritellä terveysviestintää ovat tutkimuksissa läsnä siitakin huolimatta, että niitä ei avoimesti määriteltäisikään. Taustalla näkyy aina käsitys niin viestinnän ja viestintäprosessin luonteesta kuin terveysviestinnän intresseistäkin. Terveysviestinnän ymmärrys vaikuttaa tutkimusten lähtökohtiin, tutkimusasetelmiin ja tutkimusten tulosten tulkintaan.

TERVEYSVIESTINNÄN TUTKIMUSSUUNNAT

Terveysviestinnän tutkimuksessa voidaan erottaa kaksi suhteellisen selvää suuntausta, terveyskasvatuksellinen näkökulma ja terveyden ja terveydenhuollon viestintäprosesseihin keskittyvä lähestymistapa. Terveyden ja terveydenhuollon tuottamisen prosesseja tarkasteleva lähestymistapa on kohdistunut terveyteen liittyvän informaation – joka tulee ymmärtää laajasti – tuottamisen ja välittymisen tarkasteluun. (Kreps, Bonacuro & Query 1998, 4–5; ks. myös Torkkola 2002, 9–10.) Terveyskasvatuksellinen lähestymistapa kytkeytyy lähinnä vaikuttamisen ja vaikuttavuuden tarkastelemiseen, ja tutkimuksen tavoitteet nousevat eri-

tyisesti terveyden edistämisestä. Taustalla voidaan nähdä terveysvalistuksellinen ja kansanterveydellinen intressi. Tutkijat ovat olleet kiinnostuneita esimerkiksi siitä, millaisin viestinnällisin keinoin voidaan vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen, millaista terveysinformaatiota media välittää ja miten kansalaiset sitä käyttävät.

Vaikuttavuuden tutkimus kiinnittyy erityisesti joukkoviestinnän kysymyksiin, ja sitä on lähestytty ennen muuta kampanjaviestintää tarkastelemalla. Kampanjat kytkevät vaikuttamisen tutkimisen myös terveyden kentällä toimiviin organisaatioihin, kuten erilaisten järjestöjen toimintaan.

Tutkimuksissa on oltu kiinnostuneita siitä, kuinka terveysvalistus ja -neuvonta vaikuttavat yksilöiden ja väestön terveyskäyttäytymiseen. Joukkoviestinnän vaikuttavuutta on arvioitu useilla tavoilla. Epidemiologisten mittareiden, kuten kuolleisuus- ja sairastuvuustilastojen avulla tehdyt arviot ovat ongelmallisia, sillä tilastoihin vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin terveyskampanjointi. (Lane 1997, 175–176; Tones 2000, 23.) Lisäksi vaikuttavuutta on arvioitu sekä kyselytutkimuksilla että lääkekokeista suoraan lainatulla kontrolloidulla kokeella. Kyselytutkimusten hankaluutena on se, etteivät ne välttämättä kerro käyttäytymisen muutoksesta. Vastaukset ovat ennemminkin vastaajien käyttäytymiskertomuksia, joiden sisältö riippuu vastaajan taidoista tai halusta arvioida omaa käyttäytymistään. (Lane 1997.) Kontrolloiduissa kokeissa puolestaan arvion luotettavuutta haittaa se, että kampanja ei ole ainoa terveystiedon lähde koe- eikä kontrolliryhmälle. Kampanjasanomaa ei myöskään voi annostella kuten lääkeainetta. (Tones 2000.)

Kampanjoiden vaikutusten arvioiden ongelmallisuudesta kertovat tutkimuksista tehdyt vertailututkimukset. Esimerkiksi Caldwell ja Miaskowski (2002) vertailivat kahdeksaa mediakampanjaa, joiden tavoitteena oli nopeuttaa sydäninfarktipotilaiden hoitoon hakeutumista. Vertailu osoitti, että yleisillä mediakampanjoilla ei pystytä nopeuttamaan sydäninfarktipotilaiden hoitoon hakeutumista. Valtaosa julkaistuista terveyskampanjoiden vaikuttavuutta analysoineista tutkimuksista kuitenkin osoittaa, että kampanjat muuttavat ihmisten terveyskäyttäytymistä. Tämä vaikuttavuuden ylivalta on saanut Drielin ja Keijsersin (1997) epäilemään, että kampanjoiden vaikutuksia yliarvioidaan. He pitävät yliarvioinnin syynä vinoutunutta julkaisukäytäntöä, joka suosii positiivista vaikutusta osoittavia tutkimuksia. Vain ani harvat terveyskampanjoita erittelevät tutkimukset, joissa ei ole voitu osoittaa kampanjan onnistuneen, näyttävät ylittävän julkaisukynnyksen.

Pääosaa interpersonaalaisella tasolla tehdystä terveysviestinnän tutkimuksesta voidaan kuvata pikemmin terveyden ja terveydenhuollon viestintäprosesseihin keskittyväksi kuin varsinaisesti terveyskasvatuksen näkökulmaa painottavaksi. Interpersonaalaisella tasolla terveyskasvatuksen kysymykset kytkeytyvät ennen muuta terveysneuvonnan kysymyksiin, joita on tutkittu lähinnä terveystieteissä.

Vaikka interpersonaalisen viestinnän tutkimuksessa terveyskasvatus ei itsessään ole ollut keskeinen tavoite, on tutkimusten lähtökohtana kuitenkin usein ollut viestinnän ja terveyden välisen vaikutussuhteen tarkasteleminen. Tutkimuksissa on, varsinkin tutkimuskentän kehkeytyessä, pyritty tarkastelemaan viestinnän tekijöitä, jotka vaikuttavat suoraan potilaan fyysiseen hyvinvointiin. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi kivut ja toipuminen, sekä tekijät, jotka vaikuttavat potilaan kognitioihin ja terveyskäyttäytymiseen (Thompson 1994, 708–713; ks. myös Thompson 2000).

Erityisesti potilaan ja hoidonantajan välisen vuorovaikutuksen tarkastelussa ja terveydenhuoltoon sijoittuvissa tutkimuksissa on oltu kiinnostuneita viestintätaidoista ja siitä, millainen viestintä edistää terveyttä. (Brown, Stewart & Ryan 2003, 142–149.) Hoidonantaja–potilas-tutkimuksessa kysymyksenasettelut ovat kohdentuneet siihen, miten hoidonantajan pitäisi toimia, jotta potilas osallistuisi omaan hoitoonsa tai olisi siihen tyytyväinen. Tutkimusmenetelmät ovat olleet pääasiassa kvantitatiivisia, ja ilmiöitä on tarkasteltu muuttujien välisinä suhteina (Brown, Stewart & Ryan 2003). Ongelmallisena voi, kuten joukkoviestinnänkin tutkimuksessa, pitää sitä, että kausaalisia suhteita on vaikeaa osoittaa, ja että vaikutussuhteita voidaan eritellä lähinnä käsitysten ja asenteiden muutoksina. Terveyskäyttäytymisen ja viestinnän välistä suhdetta on vaikeaa arvioida, koska monia väliintulevia muuttujia on vaikea hallita ja hoitotilanteessa myös hoidon tulokset vaikuttavat merkittävällä tavalla potilaan ajateluun.

KOHTI TERVEYKSIEN JA SAIRAUKSIEN MERKITYKSIÄ

Terveyden edistämisen tavoitteet ja vaikuttavuuden kysymykset ovat korostaneet terveysviestinnän tutkimuksen ongelmalähtöisyyttä, ja esimerkiksi Kreps, Bonacuro ja Query (1998, 2–3) määrittelevät terveysviestinnän tutkimuksen tavoitteeksi nimenomaan terveydenhuoltoon ja terveyden edistämiseen liittyvien viestinnän kysymysten löytämisen, tutkimisen ja ratkaisemisen. Tutkimuksen ongelmakeskeisyydellä on ollut merkitystä terveysviestinnän tutkimusalan kasvuille, koska terveydenhuollossa on todellista tarvetta tiedolle viestinnästä. Tässä tavoitteessa on myös jossain määrin onnistuttu. Esimerkiksi tiedon saannin ja tiedon rakentumisen tutkiminen potilaan ja hoidonantajan välisessä viestinnässä on tuottanut tietoa hoitotyön käytäntöjen kehittämiseen (Thompson 2000). Tutkimustulokset ovat osaltaan olleet vaikuttamassa myös keskusteluun terveydenhuollon toteuttamisesta.

Painottuminen käytännönläheisyyteen on ollut terveysviestinnän tutkimukselle kuitenkin myös rasite. Mikäli terveysviestinnällä nähdään lähinnä välinearvo, jää teoreettinen pohdinta helposti toisarvoiseksi ja terveysviestintä aletaan nähdä lähinnä soveltavana tutkimuksena. Käytännöllisyys ei välttämättä motivoi terveyden ja viestinnän rajapinnan pohtimiseen. Käytännönläheisyys on usein johtanut myös siihen, että tutkimuksissa ei ole ollut tarvetta eritellä viestinnän suhdetta terveyksiin ja sairauksiin.

Välineellistä lähestymistapaa ja käytännön ongelmien painottumista ei voida pitää seurauksena terveysviestinnän ilmiökentästä sinänsä, vaikka kontekstilähtöisyys helposti näin ohjaa ajattelemaan. Pikemmin on kysymys näkökulmasta. Esimerkiksi Powers (1995) korostaa, että viestinnän ilmiöiden tarkasteleminen tietyssä kontekstissa voi olla innovatiivista ja tuottaa teoriaa, joka on sovellettavissa myös muussa yhteydessä kuin alkuperäisessä kontekstissaan. Tällaista teoreettista kehittelyä on syntynyt toistaiseksi lähinnä interpersonalisella tasolla. Esimerkiksi Babrow'n (1992; ks. myös Babrow, Hines & Kasch 2000) ongelmallisen integraation teoria (*problematic integration theory*) on kehittynyt tarkastelemalla sitä, kuinka ongelmallista tai negatiiviseksi arvioitua tietoa rakennetaan lääkärin vastaanotolla. Tätä samaa näkökulmaa on sovellettu myöhemmin esimerkiksi organisaatioiden toiminnan tarkasteluun (esim. McPhee

& Zaug 2001). Terveysviestinnän tutkimuksella on ollut tärkeä merkitys myös epävarmuuden hallinnan teorian kehittelylle (esim. Babrow, Hines & Kasch 2000; Bradac 2001; Brashers 2001), mikä on haastanut tarkastelemaan uudella tavalla epävarmuuden käsitettä ja ajatusta sen ei-toivottavuudesta. Näitä teoreettisia kehittelyitä voi pitää osoituksena siitä, että kontekstilähtöinen tutkimus ei itsessään johda käytännöllisiin tavoitteisiin tai pyrkimykseen rakentaa parempia ”viestintävälineitä”, vaan pikemminkin sen tekee valittu tutkimustapa ja teoreettinen viitekehys.

Terveysviestinnän tutkimusta on toistaiseksi hallinnut suurelta osin informaatioperustainen lähestymistapa, mikä tarkoittaa viestinnän tarkastelemista lähettäjäkeskeisenä prosessina (Frey, Botan & Kreps 2000, 27–28). Konkreettisesti tämä tarkoittaa tutkimuksen fokuoimista siihen, miten informaatio välittyy, miten erilaiset toimijat käyttäytyvät, mihin he pyrkivät ja millaisia vaikutuksia heidän toiminnallaan on. Lähettäjän intentioiden ja tavoitteiden tarkasteleminen on relevanttia sinänsä, mutta siihen keskittyminen varsinkin kausaalisen tarkastelun näkökulmasta jättää monia mielenkiintoisia kysymyksiä tarkastelun ulkopuolelle. Jotta terveyttä, sen rakentumista ja siihen liittyviä merkityksiä voitaisiin ymmärtää niin yhteiskunnallisena ja kulttuurisena käytäntönä kuin sosiaalisena todellisuutenakin, tulee tarkastelutapaa laajentaa ja syventää.

Kulttuurisesti suuntautuneen terveysviestinnän tutkimuksessa lähtökohtana on ollut lääketieteellisen tiedon ymmärtäminen historialliseksi ja vain yhdeksi yhteiskunnalliseksi ja kulttuuriseksi tavaksi määrittää terveyksiä ja sairauksia. Kulttuurinen suuntaus on kuitenkin terveysviestinnän tutkimuksessa harvinaista. Kulttuurisesti suuntautuneet terveyden ja sairauden tutkimukset eivät pidä itse itseään terveysviestinnän tutkimuksena. (Esim. Mol 2002; Stacey 1998; Treichler 1999.) Viestinnän tutkimukselle kulttuurisesti suuntautuneet terveyden ja sairauden tutkimukset ovat kuitenkin merkittävä teoreettinen viitekehys, sillä juuri näissä tutkimuksissa on tehty näkyväksi sekä terveyksien ja sairauksien moneutta että tuota moneutta tuottavia käytäntöjä. Kun terveyttä ja sairautta ei enää ymmärretä yksilön fyysisen, psyykkisen tai niiden muodostaman kokonaisuuden mitattaviksi olemisen tiloiksi, median ja muunkin viestinnän terveydet ja sairaudet menettävät viattomuuden kaapunsa. Se, mitä mistäkin voidaan sanoa, ei enää ole vain oikeaa tai väärää terveystietoa vaan vallan käyttöä.

Paitsi informaation välittymistä, viestinnän tutkimuksessa tulisi tarkastella myös sitä, millä tavalla viestintä luo ja ylläpitää kulttuuria, välittää traditiota ja rakentaa todellisuutta. Tällaista viestinnän lähestymistapaa Frey, Botan ja Kreps (2000) kutsuvat merkityserustaiseksi lähestymistavaksi. Terveysviestinnän tutkimuksessa tämä tarkoittaisi, että terveysviestintää tarkastellaan yhteisen todellisuuden luomisena ja merkitysten syntymisenä (Mikkola 2006, 21–22). Tällöin terveys ja sairauskaan eivät ole viestinnän ulkopuolisia ilmiöitä, vaan viestinnässä syntyviä ilmiöitä tai käytänteitä. Merkitysten tarkasteleminen niin kulttuurisen todellisuuden rakentumisena kuin yksilöllisinä ja intentionaalisina merkityksinäkin on ollut toistaiseksi terveysviestinnän tutkimuksen valtaväylän ulkopuolella.

Suomalainen terveysviestinnän tutkimuksen kenttä on monitieteinen. Viestinnän näkökulmasta terveysviestinnäksi luettavaa tutkimusta tekevät niin sosiologit kuin terveystieteilijätkin, varsinaisia viestintätieteilijöitä on ainakin

toistaiseksi melko vähän. Tämä teemanumero kuvaa hyvin tätä monitieteisyyttä, ja toisaalta se pyrkii haastamaan viestintätieteilijöitä mukaan keskusteluun. Taru Ijäksen ja Johanna Ruusuvooren artikkelissa analysoidaan keskusteluanalyttisin menetelmin, miten lääkärin ja potilaan tiedollisia asemat rakentuvat vastaanoton alussa. Pia Jallinojan ja Johanna Suihkon artikkeli on lähtökohdiltaan myös sosiologinen. Heidän artikkelissaan tutkitaan, miten *Sotilaskoti*-lehdessä kirjoitetaan ruuasta ja juomasta. Ulla Järven lääketieteen toimittajille lähetettyjä tiedotteita erittelevän artikkelin lähtökohdat ovat journalismin tutkimuksessa. Kirsi Lumme-Sandtin katsauksessa lääkemainosten erittely ponnistaa puolestaan terveystieteiden näkökulmasta.

Tätä teemanumeroa on suunniteltu pitkään. Viestinnän tutkimuksen ja mediatutkimuksen päivillä kokoontuneissa terveystieteen työryhmissä teemanumerosta on puhuttu usein. Nämä keskustelut ovat osaltaan sysänneet tämän numeron tekoa. Tätä teemanumeroa on ollut toimittamassa tämän johdannon kirjoittajien Leena Mikkolan ja Sinikka Torkkolan lisäksi Ulla Järvi.

Lähteet

- Aitken, Charles & Alicia Marshall (1996) Health communication. Salwen, Michael & Stacks, Don (eds.) An integrated approach to communication theory and research. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Babrow, Austin (1992) Communication and problematic integration: Understanding diverging, probability and value, ambiguity, ambivalence, and impossibility. *Communication Theory* 2 (2) 95–130.
- Babrow, Austin; Stephen Hines & Chris Kasch (2000) Managing uncertainty in illness explanation: An application of problematic integration theory. Teoksessa Whaley, B.B. (toim.), Explaining illness: Messages, strategies and contexts. Hillsdale: Erlbaum.
- Bradac, James (2001) Theory comparison: Uncertainty reduction, problematic integration, uncertainty management, and other curious constructs. *Journal of Communication* 51 (3), 456–476.
- Brashers, Dale (2001) Communication and uncertainty management. *Journal of Communication* 51 (3), 477–497.
- Brown, Judith; Moira Stewart & Bridget Ryan (2003) Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa Thompson, Teresa; Alicia Dorsey; Katherine Miller & Roxanne Parrott (toim.) Handbook of health communication. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Caldwell, Mary & Christine Miaskowski (2002) Mass media interventions to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach. *Patient Education and Counseling* 46, 1–9.
- Driel, Wilma & Jolanda Keijsers (1997) An instrument for reviewing the effectiveness of health education and health promotion. *Patient Education and Counseling* 30: 7–17.
- Frey, Lawrence; Carl Botan & Gary Kreps (2000) Investigating communication. An introduction to research methods (2nd edition). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kreps, Gary; Ellen Bonacuro & Jim Query (1998) The history and development of the field of health communication. Jackson Lorraine & Duffy Bernard (toim.), Health communication research. A guide to developments and directions. Westport: Greenwood.
- Lane, Sandra (1997) Television minidramas: social marketing and evaluation in Egypt. *Medical Anthropology Quarterly* 11:2, 164–182.
- McPhee, Robert & Pamela Zaug (2001) Organizational theory, organizational communication, organizational knowledge, and problematic integration. *Journal of Communication* 51 (3), 574–591.
- Mikkola, Leena (2006) Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylän tutkimus humaniteeteissa* 66. Jyväskylän yliopisto.
- Mol, Annemarie (2002) The body multiple. Ontology in medical practice. Durham: Duke University Press.

- Pettegrew, Loyd & Robert Logan (1987)** The health care context. Berger, Charles & Chaffee, Stephen (eds.) Newbury Park: Sage.
- Powers, John (1995)** On the intellectual structure of the human communication discipline. *Communication Education* 44 (3) 191–222.
- Ruben, Brent (1993)** What patients remember: A content analysis of critical incident in health care. *Health Communication* 5 (2) 99–112.
- Stacey, Jackie (1998)** Teratologies. A cultural study of cancer. London: Routledge
- Thompson, Teresa (1994)** Interpersonal communication and health care. Teoksessa Knapp, Mark Miller, Gerard (toim.), *Handbook of interpersonal communication* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Thompson, Teresa (2000)** The nature and language of illness explanations. Teoksessa Whaley, B. B. (toim.) *Explaining illness. Research, theory, and strategies*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Tones, Keith (2000)** Evaluating health promotion: a tale of three errors. *Patient Education and Counseling* 39: 227–236.
- Torkkola, Sinikka (2002)** Johdanto: näkökulmia terveystietintään. Teoksessa Torkkola (toim.) *Terveystietintä*. Helsinki: Tammi 5–12.
- Torkkola, Sinikka (2007)** Sairas juttu. Johdanto terveystietintään. Tampereen yliopistossa esitarkastukseen 9.11.2007 jätetyn väitöskirjan käsikirjoitus.
- Treichler, Paula (1999)** How to have theory in epidemic. *Cultural chronicle of AIDS*. Durham: Duke university press.
- Tulloch, John & Deborah Lupton (1997)** Television, aids and risk. A cultural studies approach to health communication. St Leonards: Allen & Unwin.
- WHO (1998)** Health Promotion Glossary. <http://www.who.int/hpr/docs/glossary.html>.
Tarkistettu 26.10.2007