

V A R P U L Ö Y T T Y N I E M I

# Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli



[SoPhi]

Kerrottu identiteetti,  
neuvoteltu sukupuoli

# Wisława Szymborska: Curriculum Vitaen kirjoittaminen

Mitä pitää tehdä?  
Pitää kirjoittaa hakemus  
ja liittää oheen elämäkertatiedot.

Mitä siitä pitkäkö elämä on,  
elämäkerran on oltava lyhyt.

Ole tarkka, valitse faktat.  
Muuta maisemat osoitteiksi  
ja hämähäät muistikuvat päivämääriksi.

Rakastetuistasi mainitse vain se jonka nait,  
lapsista vain ne jotka syntyivät.

Tärkeämpää on kuka tuntee sinut  
kuin kenet sinä.

Matkat – vain ulkomaille tehdyt.  
Jäsenyydet – missä, ei miksi.  
Palkinnot – mutta ei mistä.

Kirjoita kuin et koskaan olisi puhunut itsellesi,  
et koskaan katsonut itseäsi syrjästä.

Jätä pois koirat, kissat ja linnut,  
muistoesineet, ystävät, unet.

Ilmoita mieluummin hinta kuin arvo,  
etiketti mieluummin kuin sisältö.  
Kengän numero mutta ei askelten suuntaa,  
se joka sinun on määrä olla.

Liitä mukaan valokuva jossa korva näkyy.  
Sen muoto on tärkeä, ei se mitä se kuulee.

Mitä se kuulee?  
Paperisilppurin louskutuksen.

-----

Auscultatio (lat.) = kuunteleminen, kuuntelemalla tutkiminen

Varpu Löyttyniemi

Kerrottu identiteetti,  
neuvoteltu sukupuoli

*Auscultatio Medici*

SoPhi 90

# SoPhi 90

Toimitus:  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
PL 35 (MaB)  
40014 Jyväskylän yliopisto

<http://www.minervakustannus.fi/sophi>

Kustantaja ja myynti:  
Minerva Kustannus Oy  
Kuokkalan kartano  
Riihimäentie 3, 40520 Jyväskylä  
Puh. (014) 3386 845, 3382 800, fax (014) 3386 812  
[kustannus@minervakustannus.fi](mailto:kustannus@minervakustannus.fi)

© Kirjoittaja

Kansi ja taitto: Kalevi Nurmela  
Kannen kuvitus: Pernilla Drugge

ISBN 952-5478-83-1

Paino:  
Kopijyvä Oy, Jyväskylä 2004

# Sisällys

Kiitokset .....	7
1 Tutkimuksen tarina.....	11
1.1 Saatteeksi lukijalle .....	16
1.2 Tutkimuksen ongelmakenttä .....	19
1.3 Aineistot ja aineistonkeruun menetelmät.....	20
1.4 Analyysimenetelmät, lukemisen tavat ja tarkennetut tutkimuskysymykset.....	26
1.5 Miksi lääkäriys ja sukupuoli? .....	32
2 Lääkärikertomukset.....	36
2.1 Ura osana elämäntarinaa .....	36
2.2 Kulttuurinen psyyke ja kertomus .....	37
2.3 Kertomus kokemuksen välittäjänä .....	39
2.4 Toiminnan moniäänisyys ja historiallisuus .....	41
2.5 Lääkäri-identiteetti yhdessä kerrottuina kertomuksina .....	42
2.6 Omaelämäkerrallinen totuus ja sukupuolen merkitsemä ammattikulttuuri.....	44
3 Narratiivinen identiteetti ja kerrottu minuus .....	48
3.1 Muutos, tarina, identiteetti .....	48
3.2 Lääkäriin työn yllätyksellisyys ja identiteetin jatkuvuus .....	54
3.3 Identiteetin ja minän käsitteistä.....	60
3.4 Identiteetin/kertomuksen moniäänisyys ja koherenssin ihanne .....	64
3.5 Esimerkki kertomusaineiston dialogisesta tulkinnasta .....	74
3.6 Autenttisuuden narratiivinen ymmärrys.....	91
3.7 Autonomiasta, itsenäisyydestä ja kehityksestä .....	98
4 Sukupuoli ja myyttinen sukupuoli .....	119
4.1 Luce Irigaray ja sukupuolieron korostus.....	122
4.2 Oma suhteeni kysymykseen sukupuolesta.....	130

5	Lääkäri ja sukupuoli.....	135
5.1	Profession ja sukupuolen risteyksiä.....	136
5.2	Sankarilääkäriin sukupuoli.....	157
5.3	Lääkäriin maskuliininen myytti.....	161
5.4	Kirurgi(a)n sukupuolen lukeminen aineistostani.....	201
5.5	Haavoittuvainen lääkäri.....	209
6	Dialogisuuden idea.....	223
6.1	Toinen toisena: eron etiikka.....	224
6.2	Tietäminen dialogina: ihmetyksen tunne metodina.....	226
6.3	Sanojen kunnioitus.....	229
6.4	Moniäänisyyden kunnioitus.....	230
6.5	Yksilöllisen ja sosiaalisen huokoinen raja.....	234
7	Päätty: tulokset ja pohdintaa.....	237
7.1	Lääkäriyden dialogeja.....	238
7.2	Voisiko professio olla dialogi?.....	257
	Lähdekirjallisuus.....	257
	Liitteet.....	277

## Kiitokset

*K*errottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli – *Auscultatio Medici* – syntyi lääkäri-identiteettiä ja sukupuolta käsittelevän väitöskirjani kirjaversioksi. Kirjan pohjana on väitöskirjan yhteenveto, johon olen sisällyttänyt osajulkaisuista kertomusaineistojen ja lääkäriyden menetelmällistä ja sisällöllistä analyysia ja pohdintaa. Kiitän Kimmo Jokista ja SoPhi-sarjan toimituskuntaa mahdollisuudesta ja professori Elianne Riskaa kannustuksesta kirjan kirjoittamiseen.

Kauneimmat kiitokseni kuuluvat kaikille, jotka matkan varrella ovat tukeneet tutkimusta ja tutkijaa. Konkreettisimmin kirjassani ovat läsnä ne 30 lääkäriä, joita sain haastatella tutkimustani varten. Ihmettelen yhä vielä luottamusta, jolla he ryhtyivät elämäntarinansa kertomisen vakavaan ja vaativaan tehtävään. Kohtasin heidät ja heidän kiehtovat tarinansa tutkijana, mutta he ovat vaikuttaneet minuun muutenkin paljon. Jokainen kertomus on luonut minulle uusia horisontteja, uusia tapoja ymmärtää lääkärinä olemista ja elämistä. Toivottavasti kirjani onnistuu tekemään vastapalveluksen, avaamaan heille ja heidän kauttaan toisille lääkäreille joitakin uusia näköaloja lääkäriyteen. Suurkiitos! Kiitos 'uratarinoista' myös avovastausaineiston kirjoittajille.

Uran ja sukupuolen tarkasteleminen rinnakkain tarkoittaa muun muassa uran sijoittamista elämän kokonaisuuteen ja muiden sitoumusten kanssa neuvoteltavaksi. Tutkijankaan ura ei ole vain akateemista vapautta ja professionaalista autonomiaa, vaan vapaus tutkia ja kirjoittaa on hetkittäistä ja toisista riippuvaista. En voisi koskaan kylliksi kiittää puolisoani Jari Hassista, joka on jakanut perhevastuun. Hän on myös osoittanut minulle, miten toista voi kunnioittaa silloinkin, kun ei yhtään ymmärrä – hän on tainnut ihmetellä. Kirjaani ei varmasti vielääkään olisi ilman kultaisia (ja joustavia) lastenhoitajiamme Eija Ojalaa ja Pernilla Druggea. Pernilla on myös taiteillut kirjani kansikuvan. Sydämellinen kiitos, ett varmt och hjärtligt tack! Kiitos kaikesta avusta myös Jarin vanhemmille. Rakkaita ystäviäni kiitän siitä, että olen saanut kertoa ja pyörittää omaa olemistani, joka viime aikoina on sisältänyt lähinnä (väitös)kirjan tahdissa koostumista ja hajontaa; toivottavasti olen osannut myös kuunnella. Elämä on täynnä mukavia sattumia – ja te, ystävät, olette niistä parhaat! (Eikä tuo lause ollut omani, vaan lainaus Tarja Aaltoselta



saamastani Ystävyyden sanat -kirjasta.) Tarja on ollut yhtä aikaa ystävä ja tutkijakollega, joka luki ja kommentoi perusteellisesti käsikirjoituksenikin. Kiitos ja halaus, Tarja!

Kiitän lämpimästi ohjauksesta ja tieteellisestä huolenpidosta emerita professori Liisa Rantalaihoa. Liisan kautta tunnen tulleeni osaksi suomalaisen naistutkimuksen kertomusta, sen perinnettä ja nykypäivää. Liisa on ohjannut minut tekemään tiedettä tavalla, jota kunnioitan koko tutkijuudellani. Hän on antanut tutkijantaimelle tilaa kasvaa ja hengittää. Olen saanut tehdä omat teoreettiset ja menetelmälliset valintani, mutta olen joutunut myös perustelemaan ne. Sain tehdä omannäköiseni syventävät ja sittemmin väitöskirjan, mutta sain myös dialogia ja kriittisetkin kommentit, kun niitä tarvitsin. Dosentti Matti Hyvärinen on niin ikään antanut tieteellisen sivistyksensä, narratiivien tuntemuksensa ja elämänviisautensa käyttöni aikaa mittaamatta ja vaivaa säästämättä. Hän luki käsikirjoitukseni uudet ja uudemmat versiot kärsivällisesti osoittaen, missä vedin esimerkiksi Ricoeurin hienosyisen ajattelun mutkat suoriksi. Matille olen aina voinut ja uskaltanut heittää sähköpostiviestin, kun jokin suuri oivallus on ollut kehitteillä, ja hän on auttanut kehittelemään. Kiitos tuhannesti, Matti!

Väitöskirjani esitarkastajat saavat erityiskiitokset rakentavista kommenteista. Elianne Riskaa jo kiitin kannustuksesta, mutta hän osoitti myös hienotunteisesti käsikirjoituksessa olleet vakavat puutteet. Professori Suvi Ronkainen luki tekstin huolellisesti tarttuen sekä sisällön että sävyjen ongelmiin. Väitöskirjani parani paljon esitarkastuskierroksellaan, ja parantuminen koskee käsillä olevaa kirjaakin. Vastaväittäjäni dosentti Marja-Liisa Honkasaloa kiitän etukäteen kaikista arvokkaista huomioista, jotka hän kohta tekee. Sain Maisalta rohkaisevaa palautetta syventävien opinnäytetyöstäni aikoinaan, mutta ennen kaikkea Maisa on – kai tietämättään – ollut minulle esikuva ja mallitarina siitä, miten lääkäriyttä voi toteuttaa myös tutkimalla kulttuuria, kertomuksia ja sukupuolta. Muuten en olisi uskonut, en olisi ehkä edes osannut kuvitella.

LT Pekka Virtasta, johon viittaan ”kirjoittajakumppanina”, kiitän mahdollisuudesta yhdessä kirjoittaa. Pekalla oli kylliksi kliinistä silmää uskoa yhteisen hankkeemme elinvoimaisuuteen, ja häneltä olen muun ohessa oppinut kirjoittamistyön pitkäjänteisyyttä ja tieteellistä periksiantamattomuutta.

Kollektiivinen kiitos kuuluu Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksen väelle hyvästä ja turvallisesta ilmapiiristä tehdä työtä. Professori Juhani Lehto on viisaiden kommenttien ohella jaksanut uskoa tutkimukseeni, ja tuo luottamus on kantanut työtäni. Terveystieteen laitoksen kollegoista haluan erityisesti kiittää tutkijatoveruudesta Ulla Ashornia, Rita Jähiä, Kirsi Lumme-Sandtia ja Eija Tolvasta. Ja edelleen haluan tuhannesti kiittää sekä työtoveruudesta, tieteellisestä johduksesta että lukemattomista lämpimistä sanoista Lea

Henrikssonina, joka on jaksanut rohkaista – ja nauraa kanssani – vielä tässä väittelyn korkealla kynnykselläkin.

Sydämellinen kiitos kaikille Sukupuolijärjestelmä-tutkijakoululaisille, jotka ovat lukeneet tekstejäni ja joiden tekstejä olen saanut lukea. Etenkin kiitos tutkijakoulua luotsanneelle Aili Nenolalle. Tuija Virkin kanssa käydyissä keskusteluissa todella yhdistyivät elämä ja tiede, äitiys ja työ, imetys ja ihmetykset; kiitos Tuija! Jaana Vuori on lukenut käsikirjoituksiani monesti sekä tutkijakoulun tapaamisiin että muuten, ollut sekä ystävä että terävä kriitikko, jonka syväiset parannusehdotukset tyypillisesti asettuvat tekstiin vasta vähitellen, kypsyttäen; kiitos Jaana!

Tärkeitä paikkoja ovat (olleet) oman laitokseni FF-ryhmä, Laadullisen terveystutkimuksen verkoston LATEn narratiivipiiri, Diskurssipaja, Tampereen yliopiston Naistutkimuksen laitoksen tutkijaseminaari sekä Ystäväni, Sisareni Sudet – kiitos kaikille, joiden suista olen saanut sanani (vrt. Bakhtin 1981). Erityisesti haluan kiittää Vilma Hännistä. Vilma on kommentoinut papereitani ja käsikirjoituksiani, mutta hänen vaikutuksensa on myös kaiken kattavampaa, eri piireissä käytyjen keskustelujen välittämää tarinallista sivistystä.

Lämpimät kiitokset Paula Niemiselle kirjan kielen huoltamisesta. Juhani Sarsilaa sain konsultoida kirjan nimeä miettiessäni, kiitos avusta! Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusrahoista, Tampereen yliopiston tukisäätiö, Naisten tiedesäätiö, Emil Aaltosen Säätiö sekä Tampereen kaupungin tiederahasto ovat tukeneet tutkimustani apurahoilla. Kiitos osoittamastanne luottamuksesta.

Lopuksi äidilleni Marjatta Löyttyniemelle kiitos kaikesta tuesta. Äidiltäni perinyt viehtymyksen kieleen: halun kuunnella, kertoa ja kirjoittaa.

Omistan kirjan rakkaille pikkumiehilleeni Samulle ja Epulle – minullakin on ollut teitä kauhean kova ikävä!

Elämän keväänä 2004 Tampereella,

Varpu Löyttyniemi



# 1 Tutkimuksen tarina

Tampereen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan 30-vuotishistoriikki julkaistiin toukokuussa 2003 (Visakorpi ym. 2003). Historiikin nimi *30-vuotinen sota – Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen* oli minulle tavallaan helpotus, kun sen vielä vahvistettiin viittaavan myös viimeisen vuosikymmenen vaiheisiin: 1990-luvun alun taloudelliseen lamaan, lääkäriytyttömyyteen ja Tampereen tiedekunnan lakkauttamisuhkaan, jotka uuden vuosituhannen alettua kääntyivät taas lääkäripulaksi ja lääkärin koulutusmäärien lisäämiseksi. Nuo ”kuohuvat vuodet”, kuten niitä nimitettiin historiikista uutisoitaessa (Yliopistouutiset 2003), olivat dramaattista aikaa silloisille lääketieteen opiskelijoille ja nuorille lääkäreille, ja niistä kuohuista on syntynyt tämä kirjakin. Vaikka työttömyys ongelmana väistyi ja vaikka itse tulin lopulta tarkastelleeksi lääkäriyttä paljon laajemmin kuin vain työttömyysuhan näkökulmasta, olen huojentunut huomattavasti, ettei dramatiikka ole muiltakaan unohtunut. Lama käänsi epävarmuudeksi paljon sellaista, minkä oli ajateltu olevan lääkäreille itsestään selvää, kuten selvyuden uralla etenemisestä tai ammattikunnan arvopohjasta. Tutkimukseni kohteena on tuo lääkäriyden ei-varmuus, monimielisyys, ja tästä näkökulmasta kuohuvat vuodet toivat tietoisuuteen sellaista, mikä on jäänyt ajankohtaiseksi myrskyn laannuttuakin.

Aloin ideoida tutkimustani vuoden 1996 alussa, tilanteessa, jossa 90-luvun alun talouslaman synnyttämä lääkäriytyttömyys oli vielä todellisuutta. Työttömyyspiikin kärki oli jo ohitettu, enimmillään työttömiä lääkäreitä oli vuoden 1994 alussa 700 eli 4,6 % työikäisistä lääkäreistä (STM 1997, 14). Vielä ei kuitenkaan tiedetty työtilanteen kehityksen tulevaa suuntaa, vielä vähemmän sitä, että tätä kirjoittaessani, vuosituhannen jo aikaa vaihduttua, päivänpoliittinen ongelma on julkisen terveydenhuollon pula lääkäreistä.

Yksi sykli on kierretty, ympyrä sulkeutunut: kun itse aloitin lääketieteen opinnot 80-luvun lopulla (1987), elettiin niin ikään lääkäripulan aikaa. Kiivasta keskustelua käytiin pulan edellyttämistä toimenpiteistä: lääkärikoulutusta lisättiin vielä vuonna 1988, vaikka Lääkäriliitto sitä vastusti. Jälkikäteen, laman tultua ja lääkäriytyttömyysennusteiden jäsinyttyä maata kandin jalkojen alla, Lääkäriliitossa hymistiin oikeaan osuneita ennusteita (Visakorpi 2003,

191; SLL 1993c; Palomäki 1993), mutta uskoakseni useimmille opiskelijoille työttömyyden uhka ilmaantui yhtä tyhjästä kuin itsellenikin. Pidin välivuotta opinnoistani 1990-1991. En ollut Tukholmaa kauempana, mutta silti uutiset lamaan vajoavasta Suomesta tuntuivat kaukaisilta. Vasta palattuani kotiin keväällä 1991 ymmärsin kaiken muuttuneen. Entinen vuosikurssini oli tilanteessa, jossa heillä oli oikeus ensimmäistä kertaa etsiä kesätöikseen lääkärin työtä. Työn saamisen piti olla itsestään selvää. Olimme seuranneet, miten vanhemmat opiskelijat soiteltiin ja houkuteltiin töihin erilaisilla etuuksilla lääkäripulan alueille, ja kurssikaverini odottivat nyt vuorostaan puhelimen pirisevän heille. Soittojen sijaan tunnelmana oli, näin muistan ajatelleeni, kasvava paniikki. Huhu kiersi, ettei kaikille riittäisikään töitä, sijaisia ei palkattaisi, ei olisi varaa. Kukaan ei oikein tiennyt, mitä tarkoittaisi olla lääkäri (opiskelija) vailla töitä; lähinnä mahdottoman tulemista mahdolliseksi.

Tuolloin, kesällä 1991, töitä taisi vielä riittää kaikille halukkaille. Niin ei enää ollut asianlaita vuotta myöhemmin, kun olin uuden vuosikurssini kanssa itse etsimässä ensimmäistä lääkärytöpaikkaa. Kurssilta vain harva sai töitä, loput tekivät amanuenssuureja, syventäviä opintoja, jotakin muuta. Paniikki oli kuitenkin väistynyt, laimentunut ja sekoittunut tyytyväisyyteen siitä, ettei vielä tarvinnut kantaa koko lääkärin vastuun taakkaa. Huoleton nuoruus sai jatkoaikaa.

Emme tainneet ajatella tuolloin asiaa kovin pitkälle eteenpäin, valmistumiseen oli aikaa, paljon ehtisi tapahtua. Kyllähän me elimme viimeiset opiskeluvuodet keskellä toiveikkuuden ja toivottomuuden ristiriitaa, mietimme vaihtoehtoja lääkärin työlle ja uralle, kuka enemmän, kuka vähemmän vakavasti. Vuonna 1993 ennustettiin työttömiä lääkäreitä olevan vuosituhannen vaihteessa parhaimmassakin tapauksessa parisen tuhatta (STM 1993; SLL 1993a). Alkuperäisen kurssini emäntä Tuire Sannisto muistelee menneitä vuosia Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseuran juhlakirjassa vuonna 2002 ja lainaa runonpätäkää emännän ja isännän yhteisestä valmistujaisjuhlapuheesta vuodelta 1993:

Tulevaisuus näyttää ankeelta, surkeelta  
– mutta perkele, ollaanhan me Tampereelta  
maan parhaat lekurit  
ei kauaa kortistossa happane  
ei meitä pane pakkanen,  
eikä ylilääkärit halvalla

Vielä uuden kurssini valmistuessa keväällä 1994 työsaanti oli hankalaa ja työ pätäkittäistä. Olin itsekin välillä viikkoja, kuukauden työttömänä, välillä matkasin aamujunalla töihin toiseen kaupunkiin tai, jos kaupunki oli

liian kaukana, katselin viikot solukämpän tyhjiä, harmaita seinii ja odotin viikonloppua ja Tampereen junaa. Jos minulla olisi silloin ollut pienet lapset, olisin varmaankin jäänyt kotiin. Lamanaikainen työttömyys koski nuoria naislääkäreitä enemmän kuin miehiä (Riskä 1995, 265); selityksenä voi olla perheen koossapitämisen yhä naisinen vastuu. Itse arvostan tutkimuksessani haastattelemani mieslääkäriä, joka pohti omaa työtilannettaan ja sitä, että voisi olla työttömänäkin jonkin aikaa. Hänen vaimollaan oli pysyvä työ eikä hän halunnut muuttaa erilleen saadakseen mieleisensä lääkärintyön toiselta paikkakunnalta. Tiedän tuon Lassiksi nimeämäni lääkärin myöhemmistä vaiheista sen verran, että hänen uransa eteni erikoistumiseen ja perhe samalla kasvoi; työttömäksi hän ei joutunut. Silti työttömyyden mahdollisuuden hyväksymisen haastattelutilanteessa oli merkityksellinen teko. Ajattelen, että Lassi siinä vanutti omalta osaltaan hiukan miehisen sukupuolensa stereotypiaa.

Valmistuin lääkäriksi maaliskuussa 1994. Vuoden vaihtuessa lukuun 1996 olin tullut oman urani käänteeseen, jossa halusin toteuttaa haaveeni tutkijaksi ryhtymisestä. Sen jälkeen en ole tehnyt kliinistä työtä, päinvastoin, tutkimukseni on kuljettanut minut aika ajoin niin etäälle, että lääketiede (tieteenäkin, saati käytäntönä) hetkittäin häipy horisonttiin. Sitä en tosin tiennyt vielä ryhtyessäni kirjoittamaan tutkimussuunnitelmani ensimmäistä, toista tai kolmattakaan versiota. Sen sijaan tiesin, että halusin tutkia lääkäreitä, lääkäriyttä ja omaa lääkärisukupolveani, joka työttömyyden myötä joutui miettimään lääkäriyttä(än) uusiksi.

Olin tehnyt syventävinä opintoistani laadullisen tutkimuksen työhöjauksesta (Löyttyniemi 1994). Haastattelin silloin kymmentä lääkäriä, jotka olivat osallistuneet Balint-työhöjaukseen. Haastattelumenetelmänä oli teemahaastattelu, jossa käsiteltävät aihealueet on mietitty etukäteen mutta kysymykset muotoutuvat kunkin haastattelun kuluessa vähän eri tavoin ja eri järjestyksessä, sillä tavoin kuin ne on mielekästä kulloinkin esittää. Olin kiinnostunut siitä, mitä Balint-ryhmä merkitsi lääkärille. Laadullinen haastattelumenetelmä avoimine kysymyksineen mahdollisti lääkäreiden kokemusten ja merkityksenannon tutkimisen. Laadullista aineistoa analysoidessani opin keskustelemaan aineistoni kanssa. Näissä keskusteluissa alkuperäiset kysymykseni merkityksistä ja kokemuksista tarkentuivat ja johtivat myös kysymään uusia kysymyksiä, sellaisia, joita en olisi ehkä edes osannut esittää ennen kuin jokin yllättävä heitto sivulauseessa ne herätti. Toisinaan ainutkertainen vastaus oli antoisampi kuin haastattelusta toiseen toistuva trendi. Juuri erilainen, yllättävä ajatus voi kyseenalaistaa itsestään selvän: näinkin on mahdollista ajatella ja kokea.

Väitöskirjatutkimukseni lähtöviivalla olin tässä: minulla oli hyvä kokemus laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja halusin tehdä sitä lisää. Samalla kysymykseni lääkäriyttämyyden merkityksistä ja epävarmuuden kokemuksista olivat sellaisia, että niihin vastaamiseen laadullinen menetelmä ja aineisto

olisi sopivin. Mielessäni olivat työttömyysvaiheessa hetkeksi tyhjän päälle pudonneet kurssikaverini sekä kokemukseni siitä, miten työttömyyssennusteiden varjossa tuli mahdolliseksi ajatella työstä ja lääkärin elämästä uusilla tavoilla. En ajatellut lääkäriyden muuttuneen kokonaan, pikemminkin epäilin sen avartuneen: oli *yhtä aikaa* mahdollista tietää olevansa vakavissaan, haluavansa tehdä lääkärin työtä, haluavansa luoda uraa, ja toisaalta nauttia niistä huolettomista kesistä ja suunnitella, mitä kaikkea muuta voisi tehdä nyt, kun ei ollut pakko tehdä vain työtä.

Lääkäriyöttömyydestä käydyssä keskustelussa esitettiin toisinaan huoli työttömäksi jäävän lääkärin ammatti-identiteetin säilymisestä. Olipa kyse työttömyydestä uhkana tai avartumisena, tutkimuskysymykseni alkoi muotoutua koskemaan lääkäri-identiteettiä ja epävarmuuden sisällyttämistä siihen. Narratiivisesti eli tarinallisesti ymmärrettynä identiteetti syntyy kertomuksena, jossa ihminen juonentaa oman elämänsä kulkunsa ja antaa tapahtumille minuutta luovat merkitykset (Freeman 1993; Rosenwald & Ochberg 1992). Identiteetin kerronnassa on keskeisesti kyse niistä tavoista, joilla elämän käänneet ja mullistukset sovitetaan omaan elämäntarinaan. Ajatus identiteetistä narratiivisena mahdollisti tutkimuskysymykset siitä, millaisia merkityksiä nuoret lääkärit antavat työttömyysvaiheelle ja 1990-luvun puolivälissä yhä vallinneelle työtilanteen epävarmuudelle. Päädyin siis narratiiviseen lähestymistapaan ja keräämään aineistokseni lääkäreiden elämäntarinoita.

Alkuvaiheessa työttömyysteema oli näkyvämmän esillä tutkimussuunnitelmassani kuin mitä se on ajattelussani nyt; olihan lääkäriyöttömyys tuolloin vielä aiheena ajankohtainen ja siitä oli käynnistetty Tampereen yliopistossa myös seurantatutkimus (Heino ym. 1995; Virtanen & Koivisto 2001; Virtanen ym. 2000; Löytyniemi ym. 2004). Laadullisen omaelämäkerrallisen aineiston luonne sallii ja perustelee sen, että aineistolle esitettävät kysymykset muuttuvat, tarkentuvat ja syntyvät vasta tutkimusprosessin aikana. Tutkimuksen kuluessa siirtymäni identiteettitarinan säröttömyydestä kerrotun minän moniäänisyyteen ja toisaalta lääkäreiden työmarkkinatilanteen muutos (ks. Vänskä 2003) ovat yhdessä kutsuneet kysymään myös alkuperäisestä poikkeavia tutkimuskysymyksiä. Vaikka tätä kirjaa kirjoittaessani loppuvuonna 2003 lääkäreitä koskeva työvoimapolitiittinen kysymys on huoli lääkäreiden riittävydestä (STM 2001; 2002), taustoittaa entisen, nykyisen ja epävarman tulevan yhtäaikaisuus joka tapauksessa tutkimustani edelleen. Muun muassa terveydenhuollon ideologian ja organisoinnin muutos ja ristiriitaiset käsitykset terveydenhuoltoinstituution suunnasta ja jatkuvuudesta (Julkunen 2001, 234-252; Lehto 2003; Niskanen 1997; Uusitalo, Konttinen & Staff 1995) olivat 90-luvulla ja ovat yhä nuoren lääkärin todellisuutta, vaikei niitä voikaan suoraan, ilman väliin tulevaa tulkintaa, lukea heidän identiteettikertomuksistaan.

Silloin, kun katson tutkijana lääkäriyöttömyyteen, katson ajassa taaksepäin. Minun on usein perusteltava sekä itselleni että myös toisille kiinnostustani jo ohitettuun ilmiöön. Näkökulmani niin työttömyyteen kuin koko lääkäriprofession on nuoren lääkärin näkökulma, ja siitä käsin 1990-luvun alku oli kuohuvaa aikaa. Oma ja uskoakseni monen muunkin silloisen nuoren lääkärin tai sellaiseksi juuri valmistuvan kokemus oli, että elimme muutosten keskellä. Meille ennustettiin työtöntä tulevaisuutta, ja ainakin oululaisten lääketieteen opiskelijoiden suurin stressin aiheuttaja oli huoli omasta työllisyydestä valmistumisen lähestyessä (Leinonen ym. 1995). Sen lisäksi, että lääkärin identiteettimme oli täynnä epävarmuutta valmistumisen jälkeen, kyseenalaistui siihen mennessä saavuttamamme ammattitaitokin: yleisesti ajateltiin, että viralliseen opetussuunnitelmaan sisältyvän kliinisen opetuksen ja harjoittelun lisäksi opiskeluaikainen työkokemus on välttämätöntä riittävän ammattitaidon saavuttamiseksi (ks. Heino ym. 1995). Opettajat vertasivat meitä aiempiin vuosikursseihin kliinisen ongelmanratkaisukykyymme ja tekemiemme kysymysten relevanssin suhteen, ja ilman lääkärin työkokemusta – näin sanottiin – hävisimme vertailussa. Ammattikunnan lehdissä kirjoitettiin paljon työttömyydestä sekä nuoren lääkärin henkilökohtaisena että koko ammattikuntaa koskevana ongelmana. Elianne Riska (1995, 266) on verrannut Suomen Lääkärilehden ja ruotsalaisen Läkartidningenin keskustelua. Aiemman lääkäripulan kääntyminen kasvavaksi työttömyydeksi tapahtui molemmissa maissa osana terveydenhuollon rahoitusvaikeuksia, mutta vain Suomen lääkärilehden kirjoittelussa työttömyys nostettiin keskeiseksi profession ja ammattijärjestön huolenaiheeksi. Työttömyydelle annettiin kriisin ja uhkaavan muutoksen merkitykset, ja siksi ajattelen sen vaiheena, jolloin keskusteluun tuli aiemmin esittämättömiä kysymyksiä: mikä on työn merkitys lääkärille ja professionaalille identiteetille? Mikä on yhtenäisyyden merkitys ammattikunnalle? Ajattelen työttömyysvaiheen muutoksena tässä mielessä: en tapahtuneena käänteenä historiallisesti muotoutuneen profession itseymmärryksessä, vaan muutokseksi koettuna ja nimettynä tietynä ajan hetkenä.

Tarinan siitä, miten tutkimuksestani lopulta muotoutui tällainen, voisi esittää määrätietoisena perehtymisenä käyttökelpoisiin teorioihin ja menetelmiin ja niiden tarkoituksenmukaisena soveltamisena aineistoihin siten, että voin vastata matkan varrella muotoutuneisiin tutkimuskysymyksiin. Itselleni tutumpi on kuitenkin versio, jossa tutkimusmatkaani voisi kutsua seikkailuksi. Se on täynnä yllättäviä käännteitä, sattumia ja empimistä tienhaaroissa. Se on tietoista suuntaamista ja valintaa, mutta myös (ja ehkä ennen kaikkea) sydämen kuuntelua ja intuitioon luottamista, kulkemista sinne, minne olen halunnut kulkea, joskus takaisin kääntymistä umpikujasta tai kiertotietä ylittämättömän ohi.

Aloittaessani tutkimustani lääkäriys oli minulle teemana tuttu, narratiivisuus taas ei. Olen joutunut tekemään paljon työtä rakentaakseni teoreettisen



ja menetelmällisen perustan tutkia lääkäriyttä moniäänisinä, sukupuolen merkitsemänä ja tähän historian hetkeen sijoittuvina kertomuksina. Aloitin ikään kuin kahdesta päästä yhtä aikaa: aloin tehdä väitöskirjaa, mutta samalla aloin opiskella sosiaalipsykologiaa ja hieman myöhemmin naistutkimusta. Näin olen tullut luoneeksi hyvin bahtinilaisen tutkijaidentiteetin: (mielen)tilan, jossa erilaiset teoreettiset äänet kohtaavat samassa ajassa ja paikassa, tässä ja nyt, aina tunnustamatta ja tunnistamatta kuulumistaan eri kohtiin ja keskusteluihin tieteenalojen historioissa. Ilman yhteiskuntatieteellisiä opintojani kirjastani olisi varmasti tullut hyvin erilainen. Tampereen yliopistossa sosiaalipsykologian oppiaine on painottunut sosiaalisesti, kulttuurin ja kielen keskeisyyteen ihmisten identiteeteissä ja vuorovaikutuksessa. Vaikka laadullinen tutkimus aina tutkii tavalla tai toisella kieltä – merkityksiä, tekstejä, vuorovaikutusta jne. – en ehkä olisi itse yhtä radikaalisti omaksunut merkityskeskeistä maailmankuvaa, jos en olisi lukenut sosiaalipsykologiaa. Tenttimistäni teoksista ainakin Vygotski (1982), Sampson (1993) ja Weckroth (1992) ovat sulautuneet tutkijan ääneeni, joka puhuu kielen minuutta rakentavasta voimasta ja ihmisten välitilan ensisijaisuudesta ja suhtautuu teorioihin ja metodeihin yhtä aikaa kepeästi ja äärimmäisen vakavasti minuuksien ja maailmojen rakentamisen välineinä. Vuoden 2000 alusta tein työtäni naistutkimuksen kansallisen tutkijakoulun, Sukupuolijärjestelmä-tutkijakoulun, tohtorikoulutettavana. Naistutkimus on edelleen korostanut tarvetta tarkastella kriittisestikin kielen käytön, ajattelutapojen ja kommunikaation muotojen seuraamuksellisuutta. Se on myös antanut minulle teoreettiset ja käsitteelliset välineet tutkia sitä, mistä olen työttömyyskokemusten ohella kiinnostunut: lääkärin sukupuolta.

## 1.1 Saatteeksi lukijalle

Tässä kirjassa kokoan yhteen tutkimukseni tulokset osana lääkäri-identiteetin, kertomuksen ja sukupuolen tutkimisen käsitteellistä, teoreettista ja menetelmällistä pohdintaa. Kun lähestyn lääkäriyttä identiteetin ja profession teoretisoinnin kautta, tarkastelun kohteena ei ole identiteetti empirisenä kysymyksenä, vaan kyse on totutuista ajattelutavoista ja käsittämisen mahdollisuuksista, jotka antavat muodon tutkijan kysymyksille ja jotka toisaalta ovat jokapäiväisessä käytössä lääkäreiden itseymmärryksen ja identiteettien materiaalina. Teorioiden 'pyörittämisessä' – toisin sanoen niiden tarkastelemisessa eri puolilta ja näkökulmista – on kyse (lääkäri-)identiteetin tarkastelun reunaehdoista.

Tässä ensimmäisessä luvussa esittelen seuraavaksi tutkimuskysymyksen laajana ongelmakenttänä (1.2), sitten aineistot ja aineistonkeruumenetelmät (1.3). Sen jälkeen käyn läpi käyttämäni analyysimenetelmät, joita nimitän

lukemisen tavoiksi. Tarkennan samalla tutkimuskysymykset (1.4). Lopuksi perustelen vielä kiinnostustani sukupuolen teemaan (1.5). Lukijan, jota kiinnostavat ennen kaikkea lääkäri-identiteettiä koskevat empiiriset tulokset ja sisällölliset pohdinnat, ohjaan lukemaan tämän ensimmäisen johdantoluvun lisäksi päätelevän 7. luvun. Siinä tiivistän jokaisen alkujaan artikkelina ilmestyneen osatutkimukseni yhdeksi lääkäri-identiteetin sisäiseksi neuvotteluksi ja käsitelen näiden neuvotteluiden yleisempää yhteiskunnallista ja ammattikulttuurista ajankohtaisuutta. Lopuksi palaan professiokeskusteluun (7.2) ja pohdin, mitä kertomisen, dialogin ja sukupuolen kysyminen tarkoittaisi siinä keskustelussa, jota käydään profession uhatusta autonomiasta.

Luvut 2-6 ovat tutkimukseni teoreettisten ja käsitteellisten säikeiden yhteenvedoa, jonka lomassa analysoin aineistojani. Toisessa luvussa esittelen joitakin oman tutkimukseni kannalta valaisevia aiempia tutkimuksia ja lähestymistapoja, jotka käsittelevät lääkäriyttä ja kertomuksia. Olen valinnut nämä kirjoitukset siten, että niiden kautta avaan vaihtoehtoja oman tutkimukseni keskeisiä sisällöllisiä ja teoreettisia keskusteluita. Kolmannen luvun aiheena on narratiivinen identiteetti ja kerrottu minuus. Päädyn autonomian ja itsenäisyyden käsitteiden pohdintaan, sillä ne muodostavat tutkimuksessani eräänlaisen käsitteellisen solmukohdan, jossa yhdistyvät keskustelut identiteetistä, kertomuksesta, professiosta ja sukupuolesta.

Sukupuolta käsitelen luvussa 4 ja lääkärin sukupuolta luvussa 5. Luvussa 4 Luce Irigaray muodostaa kirjani toisen rakenteellisen ja sisällöllisen solmukohdan. Irigaray on filosofi, kielitieteilijä ja psykoanalyttikko, joka kirjoittaa sukupuolesta radikaalisti totutusta poikkeavilla tavoilla. Kohtaan hänet tekstissänini ennen kaikkea psykoanalyysin kriittisenä soveltajana eli lähtien teoriaperinteestä, joka on lääkärille tavalla tai toisella tuttu ja joka mielletään osaksi myös lääketieteen kenttää. En itse sovelta psykoanalyttista teoriaa omana tietoisena viitekehystenäni, vaan hyödynnän sitä sen tuttuuden vuoksi esimerkkinä identiteetin ja sukupuolen teoriasta, jossa kulttuurimme myyttiset käsitykset miehestä ja naisesta ilmenevät. Esitän luvussa 4 lyhyesti tavan, jolla Irigaray hahmottelee uusiksi psykoanalyttista kehityskertomusta. Toivon, että tämä tutun tarinan vieraaksi tekevä silta vie lukijani ajatusmaailmaan, jossa sukupuoli on välttämättä otettava mukaan identiteetin tarkasteluun. Samalla Irigarayn ajatusten kautta kirjani juoni kiertää takaisin dialogisuuden ideaan eli paikkaan, johon narratiivisuutta käsittelevä luku 3 jo jäi. Jälkimmäinen saapuminen tuo dialogisuuteen sukupuolen merkityksen, joka kulkee mukana tarkastellessani lääkäriyttä luvussa 5. Luvussa 6 kokoon dialogisuudesta tutkimuksen tekemisen tavan, oman tutkijan tyylini.

Etenen kirjoittaessani narratiivisesta identiteetistä kohti dialogisuuden ideaa. Suunta on mielekäs, jos lähtökohdaksi ajattelee kulttuurissamme tavallisen tavan ymmärtää identiteetti olemuksellisenä, mielensisäisenä

rakenteena. *Narratiivisen* identiteetin ajatus haastaa käsityksen identiteetin olemuksellisuudesta: sen sijaan, että tarinansa kertoja kuvaisi ja yrittäisi ymmärtää hänelle kehittyneen identiteetin ominaislaatua, voikin ajatella, että kertominen synnyttää identiteetin ja menneiden tapahtumien merkityksen. Kertomisen tapahtuma tulee tällöin tärkeäksi, ja kysymys totuudesta ei koske enää niinkään oikean version esittämistä menneestä, vaan se koskee nykyistä ja tulevaa: mitä kertomastani tarinasta seuraa, miten se otetaan vastaan, millaisia ovia jättää avoimiksi ja millaisia sulkee. *Dialogisuus* kyseenalaistaa myös identiteetin selkeyden ja yksiselitteisyyden vaateet, mitä narratiivisuus ei vielä välttämättä tee. Dialogisuus korostaa kertomuksen moniäänisyyttä ja kertomisen vuorovaikutuksellisuutta. Kertomus sijoittuu ikään kuin välitilaan, siitä tulee kertojan identiteetti vasta, kun kuulija tavoittaa sen, kun se on riittävän koherentti puhutellakseen. Moniäänisenä kertomus sallii minuuden ristiriitaisuuksienkin jakamisen.

Luvun 6 otsikkona on *Dialogisuuden idea*, ja olen lainannut tähän idean käsitteen Mihail Bahtinilta. Kun minuutta kuunnellaan bahtinilaisittain moniäänisenä, jokainen äänistä esittäytyy yhtenä näkökulmana maailmaan, maailmankuvana, vakaumuksena tai ideana. Jos kirjani haluaa kuulla yhtenä tutkijan äänenä ja yhden vakaumuksen ympärille rakentuneena, se olisi dialogisuuden idean perustelu, dialogisen ihmiskuvan puolestapuhe. Olen saanut oman dialogisuuden ideani Bahtinin lisäksi Luce Irigaraylta, joka on ehkä feministiteoreetikoista dialogisin (Schwab 1991).

Keskustelen pitkin matkaa aineistojeni kanssa ja kautta. Tavoitteeni on sekä sisällöllinen että menetelmällinen: koetan aineistojen kautta tehdä merkitykselliseksi ja mielekkääksi sukupuolen näkökulmana lääkäriyteen. Koetan myös ehdottaa erilaisia tapoja, joilla sukupuolta ja identiteetin moniäänisyyttä voi aineistoista lukea.

Ajattelen tekeväni feminististä tutkimusta ennemmin kuin naistutkimusta. Alun perin vierastin feminismi-sanaa, mutta matkan varrella se on tullut tarkoittamaan omaa tutkijan asennettani, joka tutkii naisia ja miehiä mutta pyörittää samalla naiseuden, mieheyden ja sukupuolen käsitteitä ja ilmentymiä tietoisesti etsien tapoja ajatella toisin kuin on tapana. Yksi kiinnityskohtani naistutkimukseen on siinä, missä professiotutkimus ja sukupuolisensitiivinen tutkijan näkökulma kohtaavat. Konstruktionistinen lähestymistapa professioon tarkastelee professionaaleja käytäntöjä – vaikkapa lääkäreiden tutkimushaastatteluita – profession rakentamisena ja 'remontoimisena' ja mahdollistaa käytäntöjen sukupuolisten merkitysten huomioon ottamisen.

Kirjoitan vähintään kaksiäänistä tekstiä kuvitellessani itselleni kaksi erilaista lukijaa, yhtäältä lääkäri-identiteetin kysymyksistä kiinnostuneen lääkärilukijan, toisaalta kertomuksen ja sukupuolen teemat yhdistävästä tutkimisesta ja teoretisoinnista, teemojen pyörittämisestäkin, kiinnostuneen toisen lukijan.

En halunnut eristää näitä erilaisia ääniäni, näkökulmiani toisistaan, vaan jätin tekstin moniääniseksi. Ehkä lukijani voi pysähtyä niissä kohdissa, joissa tuntee tekstin loittonevan, ei enää puhuttelevan, ja kuunnella hetken tätä vierauden tuntua. Tieto, kuten identiteetti, voi syntyä paitsi selkeydestä myös erilaisten näkökulmien ja tietämisen tapojen kohdatessa ja haastaessa toisensa. Kohtaamisessa on yhtä aikaa käsittämättömyyden ja uteliaisuuden mahdollisuus.

## 1.2 Tutkimuksen ongelmakenttä

Laajasti tutkimukseni voi ajatella koskevan lääkäri-identiteetin moniäänisyyttä ja sisäisen ristiriidan mahdollisuutta silloin, kun painopiste on lääkärin elämän kokonaisuudessa, ei niinkään käytännön työn dilemmoissa. Tarkastelen lääkäriyttä dialogina, jota jokainen lääkäri käy rakentaessaan omaa identiteettiään ja jota käydään myös ammattikunnassa yhteisesti neuvoteltaessa lääkäriyden perusteista. Kysyn, millaisen kuvan lääkäristä dialoginen tutkimusote tuottaa.

Tämän laajan lääkärin moniäänisyyden tutkimuskentän sisällä on kolme ongelma-aluetta, joita kartoitan tutkimuksessani:

- 1) Työttömyyden ja työmarkkinoiden epävarmuuden merkitykset koko lääkärikunnalle ja erityisesti nuorelle lääkärille.
- 2) Lääkärin sukupuoli sekä yksittäisen lääkärin kokemuksen ja identiteetin näkökulmasta että teoriasta käsin, jolloin kysymys on identiteetin ja profession käsitteiden sukupuolittamisesta ja sitä kautta mahdollisuuksista ymmärtää lääkäriä sukupuolisena.
- 3) Moniäänisyyden tutkimisen metodiikka. Lääkäriyttä ja sukupuolta koskevien sisällöllisten tutkimuskysymysten rinnalla tavoitteena on ollut luoda analyysimenetelmiä ja lukemisen tapaa, jotka mahdollistavat moniäänisyyden ja sukupuolen tutkimisen kertomusaineistoista.

Käyn kohdassa 1.4 läpi yksityiskohtaisemmat tutkimuskysymykset.

## 1.3 Aineistot ja aineistonkeruun menetelmät

### *Haastatteluaineisto*

Keskeisin aineistoni koostuu 30 nuoren lääkärin haastattelutilanteessa kertomista elämäntarinoista. Koska tutkijan mielenkiintoni kohdistui työttömyyden ja epävarmuuden merkityksiin, valitsin haastateltavani valmistumisvuoden 1995 perusteella. Näin sain kuulla kertomuksia lääkäreiltä, jotka olivat opiskelleet pahimman laman ja uhkaavimman lääkäriyöttömyyden aikaan ja joille vielä valmistuessaan työnsaanti ei ollut itsestään selvää.

Haastattelin kahdesta eri lääketieteellisestä tiedekunnasta valmistuneita lääkäreitä. Sain Suomen Lääkäriliiton rekisteristä tiedot vuonna 1995 valmistuneista ja arvoinkin kummankin tiedekunnan osalta heidät järjestykseen, jonka mukaan aloin ottaa heihin yhteyttä ensin kirjeellä (liite 1), sitten puhelimitse. Rekisterissä on kaikki tiedekunnista valmistuneet, ei vain niitä, jotka ovat liiton jäseniä. Etenin järjestyslistani, kunnes olin tavoittanut riittävän määrän haastateltavia – ensimmäiseksi valitsemastani tiedekunnasta 16 ja toisesta 14. Halusin aineistooni miehiä ja naisia suunnilleen yhtä paljon, joten tasapainotin sukupuolijakaumaa jättämällä järjestyslistan loppupäästä väliin naisia, koska olin siihen mennessä haastatellut heitä enemmän. Liitteessä 3 on esitetty taulukkona haastattelemani lääkärit ja joitakin tutkimukseni teemojen kannalta keskeisiä tietoja heistä. Haastattelun ajankohta on mainittu, koska se kertoo suunnilleen valmistumisesta (vuodesta 1995) kuluneen ajan. Ikää ja opiskelupaikkakuntaa en sen sijaan paljasta, koska ne mahdollistaisivat joidenkin haastateltujen tunnistamisen.

Haastatteluista tehdessäni työllisyystilanne koko ajan parani, eikä työnsaannin ongelmista johtuva epävarmuus ollut tarinoiden keskeinen juoni. Haastattelemani lääkärit ovatkin tulleet edustamaan enemmän ammattikulttuuriaan ylipäänsä, ei pelkästään työttömyyden kokenutta sukupolvea. Niinpä aineiston valintakriteereitani on tarkasteltava myös kysyen, miten haastatellut kulttuuriinsa sijoittuvat. He ovat (olivat haastatteluiden aikaan) nuorinta ammattikunnan osaa, joka osittain vielä eli siirtymävaihetta opiskelusta työelämään. Toisaalta useimmat heistä olivat iässä, jossa sekä biologia että kulttuuri ehdottavat tehtäväksi ratkaisut perheen perustamisen tai perustamattomuuden ja muiden elämänmittaisten sitoumusten suhteen. Ajattelen heidän kertomustensa kautta pääseväni käsiksi (ammatti)kulttuurin uraa, sitoutumista ja sukupuolta koskeviin odotuksiin, joiden uskon heille olevan ajankohtaisia oman elämäntarinan ristiriitaisinkin odotuksina.

Päädyn kahteen maamme viidestä lääketieteellisestä tiedekunnasta käytännön syistä. Toinen tiedekunnasta oli omani eli Tampere, mistä syystä en

valinnut omaa valmistumisvuottani. Tuntui helpommalta tutkijana lähestyä vieraampaa kollegaa, ja samalla logiikalla hyppäsin järjestyslistallani yli ne vuonna 1995 valmistuneet, jotka olivat entisiä kurssikavereitani tai jotka tunsin muuten henkilökohtaisesti. Haastateltavan tuttuus olisi varmaankin painottanut tarinoita vähän toisin, joistakin aiheista olisi ollut helpompi keskustella, joistakin hankalampi. Ajattelen kuitenkin, että nyt haastattelussa korostuu selvemmin kahden nuoren lääkärin kohtaaminen: haastattelemani kollegat kertovat tarinaansa ja perustelevat ratkaisujaan toiselle lääkärille etsien yhteistä ymmärryksen pohjaa ammattikulttuurin ajattelutavoista ja käsitteistä. He eivät tunteneet minun erityisyyttäni eivätkä voineet kertoa *minulle* henkilökohtaisesti.

Nimelistassani oli viisi lääkäriä, joiden puhelinnumeroa ei löytynyt numerotiedustelusta. En lähettänyt heille kirjettäköän, vaan siirryin listassa eteenpäin. Kuutta lääkäriä en tavoittanut kirjeen lähettämisen jälkeen. Kieltäytyneitä oli yhdeksän. Kieltäytymisen syynä oli yleensä ajan ja/tai motivaation puute. Kaksi tuntia vapaa-aikaa on mielekästä lahjoittaa tieteelle vain, jos tutkimus vaikuttaa pätevältä, enkä onnistunut vakuuttamaan kaikkia. Toisaalta oman elämän kertomisen intiimiin tehtävään eivät kaikki halunneet tutkimushaastattelussa ryhtyä. Yksi perustelu, johon törmäsin sekä kieltäytymisen syynä että joillakin suostuneista, oli ajatus oman uran ei-tyypillisyydestä. Lääkäreillä oli käsitys siitä, millainen lääkärin elämä ja ura oli odotettu ja tyypillinen ja toisaalta millainen ura on tutkimushaastattelussa tarkoituksenmukaista esittää. Tyypillisyyteen kuului se, että lääkäri tekee kliinistä työtä, ei esimerkiksi vain tutkimusta. Kieltäytymisen johdosta aineistostani jäi puuttumaan myös sellaisia haastatteluita, joissa itselle merkityksellinen elämäntarina ei ollut 'lääkärin tarina' tai joissa suhde lääkäriyteen oli ristiriitainen. Kuten eräs kieltäytynyt lääkäri päätti puhelinkeskustelumme: ei olisi mukava esittää tutkimuksessa näin ambivalenttia lääkäriä.

Useimmat haastattelut tehtiin haastateltavan kotona. Kymmenen lääkäriä haastattelin heidän työpaikoillaan usein työpäivän päätteeksi, kaksi omalla työpaikallani. Yksi haastateltavista oli armeijassa, ja hänet tapasin sotilaskodin kahvilassa. Kerroin joko jo puhelimesta tai haastattelun aluksi tutkimukseni taustaksi lääkäriyöttömyyden ja yhteiskunnan murrokseksi nimetyn ajankohdan korostaen, että ne olivat minun ajatteluni tausta, eikä niiden tarvinnut hallita kerrottua elämäntarinaa. Haastattelutilanteessa pyysin lääkäreitä kertomaan minulle elämäntarinansa, sellaisena kuin he halusivat sen tuossa tilanteessa kertoa. Halusin asettaa pyyntöni näin, sillä en halunnut kenenkään joutuvan kertomaan tieteellisen rehellisyyden nimissä sellaista, jonka kertominen oli vastentahtoista. Narratiivisen identiteetin viitekehyksessä minua kiinnosti, mitä lääkärin tarina sisältäisi, mistä kertomuksen esittämä lääkäriys koostuisi ja mitä ei ehkä mainittaisi.

Konkretisoin kertomistehtävää vertaamalla sitä kirjan kirjoittamiseen (menetelmä on Dan McAdamsilta, 1993): pyysin haastateltavaani ikään kuin kirjoittamaan elämästään kirjaa. Kirja oli vielä kesken – elämä oli kesken – mutta siinä todennäköisesti erottui jo joitakin lukuja. Pyysin hahmottelemaan sisällysluettelon paperille, mikäli se tuntui helpottavan kertomista. Ajatus kirjasta auttoi mieltämään sen, että toivoin lääkärin kertovan elämästään niitä asioita, joita hän kirjoittaisi suurelle, kasvottomalle yleisölle suunnattuun oma-elämäkertansa; hänen ei tarvinnut miettiä sitä, mitä minä tutkijana halusin tietää. Osa haastateltavista laati sisällysluettelon, mutta moni lähti mieluummin suoraan kertomaan.

Minulla oli myös temaattinen haastattelurunko, johon turvauduin tarvittaessa alun vapaamuotoisen tarinan jälkeen. Haastattelurunko, jonka viimeisin versio on tämän kirjan liitteenä (liite 2), muuttui jonkin verran tutkimuksen aikana. Opin paremmin kysymään sellaisia kysymyksiä, joita Susan Chase (1995) kutsuu narratiivisiksi: kysymyksiä, jotka pyysivät jatkamaan tarinaa. Käytännössä haastattelu eteni enemmän tai vähemmän noudattaen Matti Hyvärisen (1994, 48-51) narratiivista haastattelua muistuttavaa kaavaa, jossa lääkärin päätettyä kertomuksensa kysyin ensin lisää joistakin keskeisiltä tuntuneista tai mielenkiintoisista aiheista: *kerro lisää, kerro tarkemmin!* Jos opiskelu- ja työvuodet käsiteltiin elämäntarinassa vain lyhyesti, kuten usein kävi, pyysin seuraavaksi vielä kertomaan erikseen lääkärin tarinan: *miten sinusta on tullut tämä lääkäri, joka olet nyt?* Edelleen jatkoin keskustelua lääkärin tarinassa esiin tulleista seikoista ja pyysin usein kertomaan esimerkkejä mieleen jääneistä tapahtumista työssä. Jos sukupuoli oli tavalla tai toisella mainittu kertomuksessa, jatkoin keskustelua siitä, muussa tapauksessa kysyin sen merkitystä erikseen haastattelun loppupuolella, jossa esitin myös joitakin yleisiä kysymyksiä esimerkiksi hyvästä lääkäristä tai tuolloin ajankohtaisesta työaikaista.

Haastatteluiden edetessä opin käyttämään itse haastattelutilanteen alussa enemmän aikaa itseni ja tutkimukseni esittelyyn. Aloin kertoa oman tarinani ensin, sen, miten olin syventäviä opintoja tehdessäni mieltynyt laadullisiin menetelmiin ja miten olin sittemmin opiskellut sosiaalipsykologiaa ja nais-tutkimusta. Sain näin perustelun sille, etteivät lääketieteen kriteerit päteneet – olihan tutkimukseni enemmän yhteiskuntatieteellinen. Omalla tarinallani sain myös avatuksi välillemme tarinallisen tilan, tarjosin kertomisen muodon.

Olin pyytänyt varaamaan haastattelua varten pari tuntia aikaa, ja useimmiten se alkuvuorokautteenä käytettiin. Keskimäärin nauhoitetun haastattelun pituus on 1h 45 min; lyhin haastattelu oli alun perin sovittu vain tunnin pituiseksi, pisin kesti kaksi ja puoli tuntia. Tarinat etenivät eri tavoin: joku kertoi kaksi tuntia keskeytyksettä, toisten kanssa tilanne oli enemmän dialogimuotoinen eli minä kysyin, haastateltava vastasi. Elämänkerrontaa kielellisenä ja sosiaalisena tapahtumana tarkasteleva kielitieteilijä Charlotte Linde (1993) korostaa, ettei

kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa kuuliija ole vain passiivinen pari korvia tai nauhuria käyttävä käsi, vaan hänen tehtävänsä on avata kerronnan tilaa: hän myötäilee ilmein, elein ja ääntein silloin, kun on samaa mieltä, ja osoittaa myös erimielisyyden ja toisen tulkinnan mahdollisuuden ja kutsuu niin tehdessään kertojaa perustelemaan kantaansa lisää tai neuvottelemaan uutta. Ilman tätä vastaanottavaa kuuliijaa kertominen ei suju. Tässä mielessä haastateltaville esittämäni ajatus kertomisesta ikään kuin kasvottomalle kuulijalle, suurelle yleisölle, ei voinut toteutua kuin osittain: minä olin kasvoineni läsnä. Silloinkin, kun äänessä oli enimmäkseen haastateltava, olin kuulijana merkitysten neuvottelija ja kertomiseen osallinen. Vastaavasti omaelämäkerran kirjoittajan voi ajatella kirjoittavan kuvittelemalleen lukijalle, keskustelevan lukijansa kanssa omassa sisäisessä dialogissaan ja kertomuksessaan, vaikka vastaanottaja ei ole kerrontahetkellä läsnä oleva toinen (ks. Vilkkonen 1997, 78–81).

Se, että kuvasin tutkimukseni taustaksi yhteiskunnan murrosvaiheen ja toisaalta omaksi taustakseni yhteiskuntatieteelliset opintoni, rakensi sitä kuuliijaa, jolle haastatteluiden kertomukset on kerrottu. Jotkut haastateltavat suhteuttavat elämäänsä yhteiskunnallisiin vaiheisiin ja ilmiöihin tavalla, jonka kuulen suorana vastauksena taustoitukseeni. Nämä pohdinnat ovat sekä mielenkiintoisia että uskoakseni harvinaisempi näkökulma lääkärielle tulkita omaa elämäkulkuaan. Itsestään selvin vaihtoehto viitekehyykseksi niille, joiden kanssa keskustelimme tieteellisestä sijainnistani tai lääkäri-identiteettiä koskevasta tutkimuskysymyksestäni, oli psykiatrian ala ja jokin psykologinen näkökulma. Joka tapauksessa kyse on siitä, että kertojalla on aina monia vaihtoehtoja näkökulmiksi elettyyn. Valinnallaan hän tavoittaa kulloistakin kuuliijaa tai mielikuvaansa tästä kuuliijasta.

Purin itse useimmat haastattelut kirjoitetuksi tekstiksi, kuusi purki tutkimusavustaja, ja itse vain tarkistin litteroinnin. Purin sillä tarkkuudella, jota uskoin tarvitsevani analyysissa ja joka osoittautui riittäväksi. Olin sanatarkka ja säilytin kaikki toistot, korjaukset, epäröinnit, merkityksettömiltä tuntuvat välisanat. Samoin merkitsin naurahdukset, huokaukset, lyhyet ja pitkät tauot sekä painokkaasti lausutut sanat.

Miksi lääkärin *elämäntarina*, kun tutkimuksen kohteena oli ammatillinen identiteetti? Kuten lääketieteen opiskelijoiden kertomuksia analysoinut Katja Ryyänen (2001; ks. jäljempää 2.5) päätelee, professionaalinen identiteetti ei rakennu vain lääketieteen opiskelun ja lääkärin työn kautta, vaan tärkeä osa rakennustyötä tapahtuu niissä risteyskohdissa, joissa professionaalisuus ja henkilökohtainen elämä kohtaavat: lääkärin ja sukulaisen tai ystävän näkökulmat sekoittuvat, ura ja yksityiselämä neuvottelevat. Näissä kohtaamisissa eri elämänsfäärien uskomukset, ajattelutavat, vuorovaikutuksen muodot, arvot ja odotukset ylittävät rajaa ja muuttavat toisiaan. Professionaalinen kasvaa osaksi



yksityistä ja päinvastoin, tai jos kohtaaminen on riitaisa, syntyy identiteettiin dilemma pohdittavaksi, ratkaistavaksikin.

Useimmat haastateltavani tiesivät etukäteen, että tutkin lääkäriyttä elämäkerrallisella menetelmällä ja että haastattelussa pyytäisin heitä kertomaan elämäntarinansa. Jotkut tyytyivät tähän, toiset halusivat tietää tarkemmin: mistä nimenomaisista kysymyksistä olin kiinnostunut, miten analysoisin aineistoani? Kysymykset olivat hyviä ja oikeutettuja, mutta niihin vastaaminen oli vaikeaa. Olin tutkimassa lääkäri-identiteettiä tarinallisena ilmiönä, mutta halusin kertojien itse määrittelevän, mikä heidän tarinoissaan oli tärkeää (ks. Hyvärinen 1994, 47). En halunnut tarjoilla senhetkisiä tutkimuskysymyksiäni kerronnan ohjeiksi siksiäkään, että tiesin niiden tutkimusprosessissa muuttuvan ja kypsyvän. Ajattelin, ettei olisi eettisesti oikein sanoa tutkivansa yhtä, kirjoittaa sitten kumminkin toisesta näkökulmasta. Analyysimenetelmiäni, lukemisen tapojani, en vielä tuntenut; ne on opittu ja synnytetty vasta tutkimusvaihe kerrallaan, prosessissa, jossa aineiston herättämä ihmetys ja uteliaisuus on ohjannut kysymään tiettyä kysymystä ja kysymys puolestaan ohjannut analyttistä menettelyä.

Väitöskirjatutkimuksen tekeminen tuki kuulijakuvaani lääkärinä. Sen sijaan tutkimusmenetelmäni oli/on lääketieteessä erikoinen ja melko tuntematon, vaikka monilla tieteenaloilla puhutaan narratiivisesta ja elämäkerrallisesta käänteestä osana laajempaa kiinnostusta tutkia kielen käyttöä ja erilaisia tapoja pukea sanoiksi inhimillistä kokemusta ja sosiaalisen todellisuuden ilmiöitä (Hyvärinen 1998b; Chamberlayne ym. 2000). En loppujen lopuksiakaan löytänyt sellaista tapaa esitellä tutkimustani ja tavoitteitani, joka olisi tuntunut aina toimivan. Minun olisi pitänyt aloittaa teoreettisesti kaukaa voidakseni osoittaa tässä pätemättömiksi ne (esimerkiksi objektiivisuuden ja toistettavuuden) kriteerit ja hypoteesilähtöisyys (kriteereistä ks. Eskola & Suoranta 1998), joilla lääkäri on koulutettu tiedettä tekemään ja arvioimaan. Eniten riittävän yhteisymmärryksen syntymistä auttoi oman tutkijan tarinani jakaminen: laadullisella menetelmällä tekemäni syventävien opinnäytetyö ja yhteiskuntatieteelliset opintoni sallivat minun käyttää menetelmää, joka ei ollut lääketieteellinen ja jonka ei siten kuulunutkaan olla haastattelemalleni lääkärille tuttu.

Yksi alkupään haastattelu päättyi todella siihen, että lääkäri epäili minun lääkäriyttäni, eikä kokemus ollut miellyttävä varmaan kummallekaan osapuolelle. Enemmän oli onneksi niitä, jotka sanoivat haastattelun jälkeen itse hyötäneensä mahdollisuudesta kertoa. Useimmiten tunnelmaksi jäi haastatellun uteliaisuus: *mitähän sinä tästäkin saat irti??*

## *Tekstiaineisto*

Haastatteluaineistoni lisäksi minulla on kaksi muuta aineistoa, jotka liittyvät työttömyysteemaan mutta joiden tulkitsen kertovan lääkäriydestä jotakin työttömyysvaihetta kestävämpää. Tekstiaineistoksi nimitän Suomen Lääkärilehden ja Nuori lääkäri –lehden lääkäriyöttömyyttä käsitteleviä kirjoituksia, joita olen käyttänyt kolmivaiheisesti. Aluksi luin vuosien 1991-1995 lehdistä kaikki työttömyyskirjoitukset ja lisäksi lamaa, terveydenhuollon säästöjä, priorisointia, kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän uudistusta ja tulosvastuuta käsitteleviä tekstejä. Nämä muut teemat sivusivat läheltä lääkäriyöttömyyttä, jonka syyt ja ratkaisut nähtiin osana terveydenhuollon taloutta ja talouden kriisiä. Tässä vaiheessa lukemiseni tarkoituksena oli muodostaa tausta ja konteksti haastatteluaineiston työttömyyskokemuksille.

Toisessa vaiheessa keräsin työttömyyskirjoituksista aineiston tarkempaa luentaa varten. Ammattilehtien työttömyyskeskustelu oli vilkkainta vuosina 1993-1994. Kesällä 1995 havaittiin lääkärintajuisuuksien saannin jo helpottuneen, ja vuoden 1996 ensimmäisen puolikkaan aikana työllisyyden syrjäytti keskusteluaiheena tulossa oleva työaikalaki, siihen liittyvä työvoimatarpeen kasvu ja mahdollinen (erikois)lääkäripula. Päätin keskittyä vuoteen 1993. Silloin ilmeistyneissä 33 Lääkärilehdessä oli 53 tekstiä, joissa käsiteltiin lääkäriyöttömyyttä: ammattiyhdistyksen puheenvuoroja, kokousselostuksia, pääkirjoituksia, pakinoita ja keskustelua-palstan kirjoituksia. Lisäksi useassa numerossa julkaistiin työttömyyskassan toimintaohjeet työttömäksi jäävälle. Nuori lääkäri –lehden yhdestätoista numerosta löysin 44 työttömyyskirjoitusta. Lisäksi marraskuussa ilmestyi Työllisyys –93 -teemanumero. Etsittyäni koko vuoden kirjoituksista niissä otetut näkökulmat työttömyyteen saatoinkin keskittyä teemanumeron 16 tekstiin kolmannessa, analyttisimman luennan vaiheessa: niissä tiivistyi olennaisilta osin koko käyty työttömyyskeskustelu.

## *Avovastausaineisto*

Tutkimukseni kolmas aineisto koostuu kyselylomakkeella kerätyistä lääkäreiden kirjoittamista urakuvauksista. Aineisto on peräisin nuorten ammattilaisten uria ja työttömyyttä kartoittavasta tutkimusprojektista (esim. Virtanen ym. 2000), joka käynnisti neliosaisen seurantakyselyn vuonna 1994. Kysely lähetettiin kaikille Suomessa opintonsa vuonna 1989 aloittaneille lääkäriopiskelijoille sekä niille, jotka olivat viimeisellä vuosikurssilla vuonna 1994-1995. Viimeinen, vuonna 1998 postitettu kysely lähti 638 vastaanottajalle (273 miehelle ja 365 naiselle), joista useimmat olivat jo valmistuneet lääkäriksi. Siihen

liitettiin avoin kysymys, joka pyysi osallistujia kertomaan (ikään kuin) pienen uratarinan työttömyyden näkökulmasta. Kysymys kuului näin:

Kiitämme osallistumisestasi tähän tutkimukseen, jonka neljäs ja viimeinen kysymyslomake on nyt käsissäsi. Neljä vuotta sitten, kun tutkimus alkoi, lääkäreidenkin työllisyystilanne heikkeni äkillisesti. Ennusteet laajasta ja syvenevästä lääkäriyöttömyydestä eivät kuitenkaan toteutuneet. Toivomme Sinun vielä palauttavan mieleesi nuo ajat. Mitä Sinulle tapahtui tuolloin? Mitä ajattelit? Mitä ratkaisuja teit? Miten nämä ratkaisut ovat mahdollisesti näkyvissä tämänhetkisessä tilanteessasi? Millaisena nyt näet tulevan työurasi? Voit kirjoittaa vastauksesi alla olevaan tilaan tai erilliselle paperille.

Avoimeen kysymykseen vastasi 217 lääkäriä eli 49 % viimeisen kyselyn vastaajista. Kaikki kyselyyn vastanneet jaettiin ryhmiin heidän (kyselyyn niin ikään sisältyneen) Sense of Coherence eli SOC-kysymyssarjan pistemääränsä mukaan. Korkeimman ja alimman SOC-pistemäärän neljänneksiin sijoittuneiden vastaajien avovastaukset (70 vastausta) ovat tutkimuksessani lopulta analysoitu aineisto.

## 1.4 Analyysimenetelmät, lukemisen tavat ja tarkennetut tutkimuskysymykset

Valitsin tarinallisen (narratiivisen) lähestymisen lääkäriyteen. Viehätyin narratiivisuuden teorioista, joiden mukaan kertominen on syvästi inhimillistä, tai oikeastaan toisin päin: inhimillisyys on kykyä kertoa tarinaa, omaa tai ammattikunnan yhteistäkin kertomusta. Niin kokemusta kuin yksilöllistä ja kulttuurista identiteettiäkin voi ymmärtää tarinoina ja kertomuksina.

Narratiivisuus on lähestymistapa ja viitekehys, joskus aineiston muoto ja aineistonkeruun menetelmä, mutta ei yksi ja yhtenäinen aineiston lukemisen tapa tai analyysimenetelmä. Olen jokaisen aineistoni kanssa kulkenut läpi sen tietömän taipaleen, jonka esim. Eskola ja Suoranta (1998) kuvaavat laadulliseen tutkimusprojektiin kuuluvana: tutkijalla on aineisto ja mielessään kysymyksiä aineistolle esitettäväksi, mutta hän ei tiedä, miten ryhtyä tekstejä lukemaan, miten saada ne vastaamaan. Laadullisen tutkimuksen tekijä joutuu luomaan oman lukemisen tapansa soveltaen olemassa olevia menetelmiä ja jo tehtyjä tutkimuksia. Tässä kohden tutkimuskysymykset muovaavat menetelmää ja menetelmä kysymyksiä; kyseessä on dialogi, jota tutkija käy aineistonsa kanssa ja jossa jokainen uusi teoreettinen, käsitteellinen tai menetelmällinen näkökulma sanoittaa kysymykset vähän toisin ja mahdollistaa taas vähän erilaiset vastaukset.

Väitöskirjatutkimukseni jakaantui osiin, jotka on julkaistu artikkeleina (Löyttyniemi 2000; 2001a,b; 2003; 2004; Löyttyniemi ym. 2004). Artikkeleiden keskeiset lääkäri-identiteettiä koskevat sisällölliset ja menetelmälliset pohdinnat ja tulokset on koottu yhteen tässä kirjassa. Samalla aineistojen kanssa käymäni keskustelut ja keskusteluista tekemäni johtopäätökset ovat sulautuneet osaksi kirjan juonta ja teoreettis-käsitteellistä kertomuksen, sukupuolen ja profession pohdintaa. Lääkäriin sukupuolen tutkimuskysymystä käsittelevän osassa artikkeleistani (Löyttyniemi 2003; 2004; Löyttyniemi ym. 2004), mutta sukupuolen teemaan kerrotaan tässä kirjassa lisää kerroksia teoreettis-käsitteellisen pohdinnan myötä. Analysoin sukupuolen näkökulmasta paitsi aineistojani myös niitä tapoja, joilla olen artikkeleissani lähestynyt lääkärin sukupuolta. Koska jokaisessa artikkelissa lähdin kuitenkin liikkeelle tietyistä empiirisistä tutkimuskysymyksistä ja olen myös luonut ja käyttänyt erilaisia kertomus- ja tekstiaineiston lukemisen tapoja, jaan seuraavassa kysymykset ja lukutavat kuuteen osaan, jotka otsikoin artikkeleiden nimillä. Näin tulee mahdolliseksi lukea kirja myös tutkimusraporttina, jossa tutkimuskysymyksistä edetään menetelmien kautta lääkäri-identiteettiä koskeviin tuloksiin ja johtopäätöksiin (jotka käyn läpi niin ikään osatutkimuksittain identiteetin sisäisinä neuvotteluina luvussa 7).

### *Lääkärit tuuliajolla: autonomia ja uran epävarmuus nuorten lääkäreiden tarinoissa*

Ensimmäisessä aineistojen analysoinnin vaiheessa tarkastelin työttömyyden omaelämäkerrallisia merkityksiä (Löyttyniemi 1998; 2001a). Tässä vaiheessa olisi riittänyt käyttämäni vähempikin litteroinnin tarkkuus, sillä analyysi perustuu pääasiassa kerrotun sisältöön. Narratiivisen identiteetin näkökulmasta lääkäreiden tuli voida kertoa työttömyyden uhka ja epävarmuus osaksi omaa tarinaansa tavalla, joka säilyttäisi kertomuksen ja samalla identiteetin eheyden ja jatkuvuuden. Etsin jokaisesta haastattelusta kohdat, joissa työttömyys, lama ja epävarmuus tulivat puheeksi, ja katsoin, miten ne asettuivat kyseisen tarinan jatkumoon. Minun oli siis kuunneltava haastattelussa kerrottu tarina kokonaisuudessaan, pelkästään työttömyyspuheen poimiminen analysoitavaksi ei olisi mahdollistanut sen omaelämäkerrallisen merkityksen tulkintaa. Tutkimuskysymys ja myös aineistolle esitetty kysymys kuului: *millaisia merkityksiä nuoret lääkärit antoivat työttömyydelle ja epävarmuudelle osana identiteettikertomuksiaan?*

## *”Töitä nuorille kollegoille!” Miten lääkäriyöttömyys- keskustelussa rakennettiin lääkäriyttä?*

Tekstiaineistostani olen lukenut analyttisimmin Nuori lääkäri -lehden Työllisyys 93 -teemanumeroa, jossa työttömyyskeskustelussa esitetyt erilaiset äänet ja näkökulmat saatettiin yksien kansien väliin (tämän kirjan sivut 192-201; Löyttyniemi 2000). Tutkimuskysymykseni koski *tapoja, joilla lääkärikunta ammattilehdissään keskustellen rakensi uudenlaisen työmarkkinatilanteen tulkintaa ja toimintapohjaa*. Käytän analyysini apuvälineenä aktanttimallia (Greimas 1980; 1987a,b; Sulkunen & Törrönen 1997a), jonka valossa eitarinamuotoinenkin teksti saa kertomuksen piirteet: se esittää toimijan, joka pyrkii kohti tavoitettaan auttajien ja vastustajien helpottaessa ja vaikeuttaessa pyrkimystä. Teksti luo myös arvomaailman: tavoiteltava päämäärä on arvokas, samoin sankari-subjektin ominaisuudet, kun taas vastustaja on paha tai moraaliton. Esimerkiksi lääkärin työn asettaminen nuoren lääkärin tavoitteeksi sanoo samalla työn olevan arvokas, kunniallinen päämäärä.

Aktanttimallin kautta oli mahdollista kysyä aineistolta, *ketkä nähtiin työttömyystilanteessa keskeisinä toimijoina ja millaisia vastakkainasetteluja rakennettiin* sijoittamalla toisia toimijoita vastustajan positioihin. Edelleen aktanttimalli ehdotti arvojen kysymistä: *mikä esitettiin toiminnan arvokkaina päämäärinä? Millainen on tekstien rakentama arvokas lääkäri ja lääkäri-professio? Ovatko nämä arvot erilaisia riippuen siitä, mikä on kirjoittajan näkökulma?*

Koska oma näkökulmani oli ennen kaikkea nuoren, työttömyyden konkreettisimmin uhkaaman lääkärin, luin teksteistä nuorelle lääkärille tarjottuja mahdollisia tilanteen tulkintoja, tulevaisuuden kuvia ja ammatillisia identiteettejä. Kyse oli nytkin nuoren lääkärin narratiivisesta identiteetistä, mutta toisesta näkökulmasta kuin lääkäreiden itse kertomissa elämäntarinoissa. Oma, henkilökohtainen tarina ja identiteetti kerrotaan kulttuurin jakamista mallitarinoista, niitä soveltaen ja myös muuttaen (Hänninen 1999); henkilökohtaisella tarinalla on poliittinen luonne (Whitebrook 2001; Rosenwald & Ochberg 1992). Työttömyystekstit tarjosivat nuorille lääkäreille toimijapositioita ja mallitarinoita omaksuttaviksi. *Millaisia nämä positiot olivat?*

## *Työ ja perhe koherenssin rakentajina*

Kolmatta aineistoani, kyselytutkimuksen avovastauksia, olen lukenut yhdessä Pekka Virtasen ja Liisa Rantalaihon kanssa (tämän kirjan sivut 181-185; Löyttyniemi ym. 2004). Keskityimme lopulta vastaajiin, jotka olivat saaneet

korkean pistemäärän kyselyyn sisältyneellä Sense of Coherence (SOC) -kysymyssarjalla. Tutkimusongelmanamme olivat sekä lääkäriin uran koherenssi että koherenssin tunne teoreettisena käsitteenä, ja tuntui mielekkäältä tarkastella koherenssin ilmentymiä avovastausaineistossa nimenomaan niillä vastaajilla, joiden koherenssin tunteen toinen menetelmä oli todennut hyväksi. Lähdemme liikkeelle Aaron Antonovskyn määritelmästä, jonka mukaan koherenssin tunteessa on kyse yksilön kaikenkattavasta orientaatiosta maailmaan. Näin ollen meidän tulisi voida lukea tuo orientaatio myös niistä tavoista, joilla lääkärit kuvaavat uraansa ja kokemuksiaan avovastauksissaan. Vaihdamme kuitenkin näkökulman narratiiviseksi, jolloin avovastaus ei ole niinkään heijastusta vastaajalle kehittyneestä koherenssin tunteesta, vaan samankin menneisyyden voi kertoen tulkita ja rakentaa koherentiksi tai kaaokseksi. Kysymme, millaisia ymmärrettävyyden ja mielekkyyden merkityksiä voimme lukea kyselylomakkeella hankitusta laadullisesta aineistostamme ja millaisista asioista rakentuu lääkäriin uran koherenssi naisilla ja miehillä. Samalla pohdimme, millaisille ennakko-oletuksille Antonovskyn Sense of Coherence -teoria perustuu ja onko koherenssin tunteen käsite ylipäätään mielekäs näkökulma laadulliseen aineistoon.

## *Lääkäriin uran murroskohta*

Jatkaessani haastatteluaineiston analyysia tarvitsin koko litterointini tarkkuutta. Käytän lukemisen tapanani tai menetelmänani Matti Hyvärisen kehittämää odotusanalyysia (Hyvärinen 1994; 1998a; Komulainen 1998), joka lähenee lingvististä, kielen yksityiskohtiin tulkintansa perustavaa tekstin luentaa. Lähtökohtana on ajatus siitä, ettei identiteettiä kerrota vain suoraan, kuvaamalla millainen olen, vaan keskeisesti myös odotusten kautta: mitä odotuksia liittyy kuvauksen kohteena oleviin tilanteisiin ja niistä kertomiseen, miten nämä odotukset täyttyvät tai jäävät toteutumatta? Nämä odotukset voidaan ilmaista tapahtumien suorana arviointina, mutta usein ne ilmaistaan epäsuoremmiin kielellisiin valintoihin sisältyvällä arviolla; lingvisti William Labov (1972) ja Deborah Tannen (1993) ovat listanneet näitä arvion ja odotusten ilmaisemisen keinoja. Lassiksi nimeämäni lääkäri (3.5 tässä kirjassa; Löyttyniemi 2001b) esimerkiksi kertoo syventävien opintojensa ohjaajan 'tyrmänneen' hänen oman ehdotuksensa syventävien aiheeksi, ja tyrmätä-verbi jo itsessään arvioi tapahtuneen ja kertoo hänen odottaneen muuta. Samoin kieltolause vihjaa päinvastaisen odotuksesta.

Odotusanalyysi lukemisen tapana on aineistolähtöinen siten, että se tarjoaa selkeät kriteerit kertomuksen ydinepisodille. Odotusanalyysi ei tarjoa valmiita tulkintaa, vaan pikemminkin hälytysmerkistön (Hyvärinen 1994, 60), joka

auttaa löytämään odotuksista tiheät jaksot eli ydinepisodit kertomuksesta. Näissä kohdissa minän kerronnan voi ajatella tihentyvän samalla, kun kertomuksen moniäänisyydestä haetaan ykseyttä ja minuuden selkeyttä. Tulkinta siitä, millaiset odotukset ohjaavat kerrontaa ja rakentavat lääkärin minää, jää tutkijan tehtäväksi.

Laaja tutkimuskysymykseni *moniäänisen lääkäri-identiteetin kertomisesta* oli mahdollista esittää haastatteluaineistolle odotusanalyysin avulla. Niiden haastatteluiden valinta, joita olen lukenut tarkimmin ja joista olen kirjoittanut, tapahtui osana tutkimuksen prosessia. Purkaessani haastatteluita tein usein alustavaa, assosioivaa analyysia ja tulkintaa. Samoihin aikoihin Lassin haastattelun purkamisen kanssa luin raporttia tutkimuksesta, jossa oli kehitetty ja sovellettu odotusanalyysia (Hyvärinen 1994). Lassin kertomuksen syventäviä opintoja kuvaava jakso, jonka perusteellisuutta olin juuttunut pohtimaan, tuntui odotusanalyysilla avautuvan ja avaavan yleisemmin lääkäriyttä koskevia teemoja. Ydinepisodissa on usein kyse muutoksen kerronnasta. Niin Lassillakin, jonka episodin analyysi kasvoi kokonaiseksi artikkeliksi tekeillä olleeseen elämänmuutoksia käsittelevään kirjaan (McAdams ym. 2001).

Alkususäys kirjoittamiselle oli ennen kaikkea menetelmällinen: *miten odotusanalyysia voi soveltaa identiteettikertomuksen ja henkilökohtaisen muutoksen tulkinnassa?* Sisällöllinen tavoitteeni koskee Lassin kertoen esittämää lääkäriminää: *millaisten odotusten kautta hän elämäänsä kertoessaan käy ja millaiset äänet ja näkökulmat neuvottelevat hänen minäänsä?*

### *Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja: lääkärin kerrottu minä ja sukupuoli*

Omaan elämään ja itseän kohdistuvat odotukset ovat usein toisten odotuksia; kertomalla niitä myöten tai niitä vastaan kertoja avaa kertomuksensa ja kerrotun minänsä monille äänille ja näkökulmille. Venyttäen ydinepisodin ideaa tähän dialogisuuden suuntaan. Teoreettisesti olen tutkimusmatkallani luopunut narratiivisen identiteetin ymmärtämisestä vain koherenttina, ykseyttä ja yksiselitteisyyttä korostavana minuuden ihanteena (ks. de Peuter 1998). Ydindialogeja lääkäreiden kertomuksista lukiessani luen yhä ydinepisodeja, minuuden kerronnan tihentymiä, mutta nyt korostaen näitä kohtia eri äänten ja näkökulmien kohtaamispaikkoina ja -hetkinä kertomuksissa.

Tutkimuskysymykseni oli yhä *lääkäri-identiteetin moniäänisyys ja se, mitkä olivat keskeisiä identiteettineuvotteluita*. Tulkittuani Lassin kertomusta ydinepisodin ja odotusanalyysin kautta aloin systemaattisesti etsiä ydinepisodeja muistakin kertomuksista. Valitsin ydinepisodit joko lingvististen merkkien

eli odotuksen ilmaisimien tiheyden perusteella tai dialogisuuden tihentymänä. Dialogisesti tiheitä ovat kertomuksen jaksot, joissa haastattelua kuunnellen tunnistanani kertojan eri äänet, näkökulmat, kohtasivat ja kommentoivat toisiaan. Vasta äänten kohtaamisen tunnistettuani tarkistin, että jaksot olivat myös odotustiheitä.

Tarkastelen nyt myös identiteetin sukupuolta ja sukupuolen kerrontaa. *Kysyn, miten sukupuoli merkitsee lääkäri-identiteetin, ja samalla tavoitteeni on menetelmällisesti luoda tapoja lukea sukupuolta ydinepisodeista ja -dialogeista.* Itsenäisyyden ja autonomian käsitteet tai ideat toistuivat lääkäreiden kertomuksissa, ja olin käyttänyt niitä jo profession autonomian merkityksessä työttömyydestä kirjoittaessani. Sukupuolittavasta näkökulmasta itsenäisyys on kulttuurisesti mieheen liitetty, maskuliininen ominaisuus, jolloin sen naisena vastinparina nähdään vastuullisuus (Gilligan 1982), vastuurationaalisuus (Ve 1982; Komulainen 1994), relationaalisuus tai riippuvuus.

Valitsin tarkempaan analyysiin kaksi kertomusta, Hillan ja Empun, joiden ydinepisodeissa eli kerrotun lääkäriminän ytimessä oli kyse itsenäisyyden ja vastuullisuuden neuvottelusta (3.7 tässä kirjassa; Löyttyniemi 2003). Molemmat kertomukset jatkavat myös henkilökohtaisen muutoksen kerronnan teemaa. Sovellan ydinepisodioiden luennassa odotusanalyysia ja sen lisäksi kuuntelen, *miten itsenäisyys ja vastuullisuus käyvät dialogia lääkärin elämäntarinassa: ovatko ne vastakohtaisia vai onko niiden suhde jokin muu? Millaiseksi muodostuu niiden suhde kertojan lääkäriyteen? Onko niiden välillä arvojärjestys? Onko niillä selvä sukupuoli?*

## *Lääkärit haavoittuvaisina kertojina: lääkärille ruumis ja ruumiille sukupuoli*

Tutkimuksen viimeisessä analyttisessä vaiheessa aineistona ovat edelleen omaelämäkerralliset haastatteluni ja metodina ihmetys. Palaan siihen ihmettyksen tunteeseen, jota koin jo haastatteluita tehdessäni siitä, miten monen lääkärin kertomuksessa oma sairaus, vamma tai muu ruumista pakottava teema (material necessity, Radley 1988, 99) oli läsnä. En ollut yllättynyt niinkään siitä, että lääkäritkin sairastavat, vaan minua hämmensi sairaudesta kertomisen halukkuus, joskus jopa keveys. Ammattikulttuurisella ymmärrykselläni lääkärin sairauden tulisi olla tabu ja hallinnan pyrkimykseen hiertyvä haava.

Tutkimuskysymykseni *lääkärin sairauden merkityksistä* oli siis aineistolähtöinen, mutta yhtä aikaa peräisin lääkärikulttuurissa käydyistä keskusteluista ja aiemmista tutkimuksista, joiden perusteella tunnistin aiheen tärkeyden (Mäenpää 2000; Edelstein & Beider 1982; Hahn 1985; Spiro 1987). Teen ihmettelystä



aineiston lukemisen metodia ja tapaa, jonka avulla analysoin (enemmän kuin haastattelemiani lääkäreitä) oman ajatteluni ja kokemiseni itsestänselvyiksiä, joilla on juurensa kulttuurissa ja ammattikulttuurissa (tämän kirjan luku 5.5; Löyttyniemi 2004). Minä edustan toisin sanoen yhtä aikaa yhteistä, kulttuurista ymmärrystä ja mahdollisuutta analysoida kulttuuria. Luen viittä haastattelua, viittä tarinaa, kahden ruumiillisuuden kohtaamisena: minun ihmetystä tuntevan tutkijuuteni ja haastattelemieni lääkäreiden ruumiista kerrotun. Sara Heinämaa (2000) kuvaa ihmettelyn kaksivaiheisuuden: Ihmettely tarkoittaa yhtäältä pysähtymistä kuuntelemaan omaa hämmennyksen hetkeä, sitä, ettei tiedä, mistä on kyse – miksi lääkärit kertovat minuuttaan ruumiinsa rajoista. Toisaalta ihmettely on tietoista kuulijan totunnaisten käsitysten, tiedollisten asenteiden, teorioiden ja uskomusten sekä luonnollisten tunteiden peruuttamista, niiden sulkeistamista hetkeksi, jotta uudenlaisille ajatuksille jää tilaa muotoutua (mts. 68; myös Klemola 2003). Nytkin tavoitteeni kahdentuu: *ihmettelyn metodin koettamisen ohella sisällöllinen kysymykseni koskee sitä, millaisia kulttuurisia ja ammattikulttuurisia käsityksiä lääkärin sairaudesta tunnistan kertomuksia lukiessani. Ja edelleen: muuttavatko aineistoni sairauskertomukset näitä totunnaisia käsityksiäni lääkärin sairaudesta ja ruumiillisuudesta – ja jos muuttavat, miten?*

Koska sairastuneellakin ruumiilla on aina sukupuoli, on artikkelissa kyse myös sukupuolen lukemisesta ja *sukupuolen itsestänselvyudeksi koetun tarkastelemisesta* lähemmin. Lääkärin sairastuneessa (tms.) ruumiissa kohtaavat siis koko tutkimukseni kaksi punaista sisällönlankkaa: lääkäriys ja sukupuoli.

## 1.5 Miksi lääkäriys ja sukupuoli?

Tutkimuksessani sukupuoli viittaa jaettuihin merkityksiin. Sukupuoli on kulttuurimme syvä symbolinen pohjavirta; organisaatiotutkija Silvia Gherardin (1994, 595) mukaan se on samanaikaisesti syvää psyykemme arkkityyppistä pohjavirtaa, ja siksi sitä on mahdotonta hävittää sulkemalla se pois tietoisuudesta, jolla tarkastelemme esimerkiksi kertomuksia tai lääkäriyttä tutkimuskohteena. Sukupuolen ottaminen tietoiseksi näkökulmaksi lääkäriyteen ja lääkäri-identiteettiin moniäänistää ja hajottaa identiteetin selkeyttä entisestään sikäli, kuin lääkäri on oppinut ajattelemaan ammatillista itseään ilman sukupuoltaan. Silti tuo viilto ehkä tarvitaan, diagnostisena toimenpiteenä aluksi. Myyttinen sankarilääkärin kertomus liittää lääkäriin maskuliiniset arvot ja piirteet. Vaikka myytin voi kyseenalaistaa, sitä ei voi kokonaan jättää oman identiteettinsä ulkopuolelle, sillä se on osa ammattikulttuuria, kulttuurin uskomuksia, käyttäytymismalleja ja työn käytännön järjestelyjä. Myytti

myös kohtelee miehiä ja naisia eri tavoin, ja nämä erilaiset kokemukset jäävät purkamatta ja käsittelemättä, jos lääkäriyden tarkasteluun ei sisällytetä sukupuolisensitiivistä näkökulmaa.

Sukupuolen teema on soluttautunut tutkimukseeni vähitellen. Olin kiinnostunut siitä alun perin, mutta en tiennyt, miten sitä käsitteisin. Käytännössä valitsin haastateltavani siten, että heistä puolet oli miehiä ja puolet naisia. Useimmissa haastatteluissa otan sukupuolen puheeksi jossakin vaiheessa – joko tartun tarinassa kohtaan, jossa siihen viitataan, tai kysyn haastattelun loppupuolella, mitä naiseus/mieheys lääkärinä olemisessa tarkoittaa haastateltavalle itselleen tai lääkärille ylipäänsä. Monista näkökulmista mies- ja naislääkärien kokemusten, kertomusten tai identiteettien vertaaminen on joka tapauksessa vain yksi mahdollinen.

Silvia Gherardi on tärkeä taustavaikuttaja tutkimuksessani siksi, että hän korostaa sukupuolen monimerkityksisyyden ja epämääräisyyden hyväksymistä. Sukupuoli kulttuuria jäsentävänä ilmiönä ei suostu yksiselitteisesti kuvattavaksi ja koettavaksi mutta on silti aina läsnä eräänlaisena luokittelun prototyypinä, joka ohjaa ajatteluamme ja käyttäytymistämme (Gherardi 1995, 128). Kulttuurissa, myös ammattikulttuurissa, mies- ja naisyksilöihin liitetään tiettyjä merkityksiä ja odotuksia. Miehin symboloi arvo- ja vaikutusvaltaa, naisinen lämpöä ja läheisyyttä – lääkäri näitä molempia, ja siksi lääkäri on kiehtova kohde tarkastella sukupuolten kohtaamista. Näitä miehisen ja naisen rajoja on siis mahdollista ylittää, mutta sukupuolensa tapaa rikkoessaankin yksilö tunnistaa ja tunnustaa rajan olemassaolon. Professionaalisessa ammatissa toimiva nainen tai lapsia kotona hoitava mies ylittävät sukupuolen symbolista kahtiajakoa, mutta kaksijakoinen sukupuoli säilyy rakenteellisena jakona yhteiskunnan julkiseen ja yksityiseen sfääriin. Täysin vaihtokelpoisiksi miehin ja nainen positio eivät tule niin kauan kuin niiden välillä vallitsee miehistä vaihtoehtoa suosiva arvojärjestys.

Sukupuolen sijoittuminen rakenteisiin ja symboleihin tarkoittaa, että hierarkisesti alempaan asemaan joutuessaan miehestä tulee 'second-sexed', vaikka hierarkian perustana olisi ikä tai ammatillinen status. Kun haastatteluissani kysyn sukupuolen merkitystä, moni haastateltava tunnistaa nuoren naislääkärin vaikeuden saavuttaa lääkärin arvovaltaa suhteessa potilaisiin, kollegoihin tai hoitohenkilökuntaan. Nuoruus, naiseus ja apulaislääkärin status asettavat naisen kolminkertaisesti hierarkian alemmalle rapsulle, mikä tekee vuorovaikutuksen vaikeaksi esimerkiksi suhteessa kokeneeseen hoitajaan: tilanne ei vastaa historian ja kulttuurin synnyttämää kollektiivista mielikuvaa siitä, kuka on suhteissa ohjeita ja määräyksiä antava osapuoli (Gjelberg & Kjølørød 2001; Cassell 1998 alkaen s. 81; ks. Kinnunen & Korvajärvi 1996, 12). Sukupuoli on vähemmän selkeä ja moniselitteisempi kuin pelkkä kahtiajako miehiin ja naisiin; sukupuoli värittää muiden luokittelujen ja erontekojen merkitykset ja

tekee sen eri tilanteissa eri tavoin riippuen siitä, kuka tilanteissa toimii, miehet vai naiset (Gherardi 1995, 186). Haastattelemani kirurgiksi aikova naislääkäri kuvasi työpaikkaansa, jossa naisapulaislääkärien joukkoa kutsuttiin 'tipusiksi'. Nimitys oli (si toisessa yhteydessä ollut) hellittely, mutta ammatillisessa yhteydessään se kutsui kulttuurin symboliikasta naisiseen liitettyjä heikkouden, alemmuuden, ei-vakavasti otettavuuden ja seksuaalisuuden merkityksiä näiden naislääkärien identiteeteiksi tavalla, joka oli haastattelemalleni lääkärielle vastenmielinen.

Samalla, kun ryhdyin ajattelemaan identiteettiä kertomuksena ja kielen ja kulttuurin rakentamana, aloin suhtautua sukupuoleen samoin. Kulttuurisesti ymmärrettynä sukupuoli ei ole itsestään selvä yksilön ominaisuus tai vain hänen ruumiinsa merkki, vaan jotakin, joka synnytetään kielen ja puheen kautta ja myös elein, asuin ja elämäntavoin. Tästä näkökulmasta naisinen sukupuoli ei selitä sitä, miten käyttäydyn, koen tai kirjoitan, vaan ollakseni nainen ja tullakseni kohdelluksi naisena minun on valittava sanani ja elkeeni siten, että ne kulttuurissamme ymmärretään naiselle kuuluviksi. Periaatteessa sukupuolensa voisi aina esittää myös toisin tai häivyttää kokonaan, ja tasa-arvon voisi ajatella toteutuvan silloin, kun jokainen rakentaa identiteettinsä haluamakseen ilman pakotusta kulttuurisesti ja historiallisesti määräytyneisiin rooleihin (ks. Lorber 2000).

Jos sukupuoli nähdään tällä tavoin sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuvana, myös tutkija on vastuussa sen tuottamisesta. Jo miehistä ja naisista kirjoittaminen pitää yllä kahtiajakoa, joka yritetään ylittää, ja siksi koetin ensin (Löytty-niemi 2001a,b) kirjoittaa sukupuolesta kirjoittamatta sukupuolesta tai miehistä ja naisista. Toisin sanoen halusin rikkoa totuttuja, stereotyyppisiä käsityksiä miehestä ja naisesta esittämällä heidät toisin, mutta en halunnut sanoa tekeväni niin, jotta en olisi samalla elvyttänyt stereotyyppioita, joista halusin eroon. Niinpä valitsin tietoisesti haastatteluista esimerkeiksi kohtia, jotka esittivät autonomian pyrkimystään korostavan naisen tai perhesitoumasta korostavan miehen. Jätin lukijani tehtäväksi huomata sukupuolen läsnäolo.

Nyt tutkimukseni yhteenvetona kirjoittaessani olen tullut lähemmäksi sukupuolieron näkökulmaa lähinnä Luce Irigarayn kirjoitusten kautta. Sukupuolieron painotuksessa sukupuolta ei yritetä häivyttää eikä sitä nähdä kokonaan sosiaalisena konstruktiona. Enemminkin lähdetään liikkeelle mies- ja naisruumiin erosta, joka kulttuurissa sitten ilmenee erilaisina miehen ja naisen identiteeteinä, olemisen tapoina ja tyyleinä (Heinämaa 1996). Sukupuolieron näkökulma painottaa lääkärikin kokemuksen ja identiteetin tarkastelemista miehen ja naisen kokemuksina ja identiteeteinä, mutta kieltäytyen sukupuolia koskevista itsestäänselvyyksistä ja viime kädessä miesten ja naisten välisten käyttäytymisessä tai identiteeteissä ilmenevien erojen selittämisestä sen paremmin kulttuurin kuin biologiankaan synnyttämiksi. Sukupuoli on sekä

kulttuurinen että biologinen ilmiö, ja tutkimuksen kannalta mielenkiintoisia ovat ne tavat, joilla yksilöt voivat olla ja elää miehinä ja naisina (Salonen 2000, 156). Sukupuolieron näkökulma ei myöskään suosi eron symmetrisyyttä: miestä ei tarvitse nähdä ei-naisena eikä naista ei-miehenä.

Jatkan väitöskirjani artikkeleissa aloittamaani sukupuolen ja lääkäriyden yhteen punomista tässä kirjassa. Keskustelen professioteorian, lääkäreistä tehdyn aiemman tutkimuksen sekä omien artikkeleitteni ja aineistojeni kanssa etsien näistä kaikista teksteistä kohtia, joissa sukupuoli avaa näkökulman ja ymmärryksen mahdollisuuden lääkärin kertomukseen, kokemukseen ja käytännön työhön. Olen lukenut aineistojani ja aiempia tutkimuksia lääkäreistä sukupuolen näkökulmasta tietoisesti ja tarkoituksellisesti. Olen valinnut näkökulman, josta käsin on mahdollista nähdä sukupuoli merkityksellisenä lääkärin kokemuksen ja identiteetin osana, ja myös nähnyt niin.

## 2 Lääkärikertomukset

Valitsemani narratiivinen, tarinallinen, lähestymistapa on lääketieteessä melko tuntematon, mutta ei lääkärielle ehkä sittenkään niin vieras kuin voisi luulla. Lääkärit ovat tarinankertojia. He laativat sairauskertomuksia, selostavat tapauksia ja jakavat potilaiden tarinoita (Hunter 1991), mutta useat heistä ovat taiteilijoita tietoisemminkin: he kirjoittavat kirjoja potilaistaan (Sacks 1985), omasta elämästään ja/tai työstään (viittaa tuonnempana Conleyn 1998, Sjögreniin 1991, Seppäseen 2000 ja Vergheseen 1995) ja siitä, kun lääkäri sairastuu (Achté 1993; Palo 1995; Sjögren 1991; Vartiovaara 1995). He kirjoittavat myös kirjoittamisesta (Andersson 2002). Piipahdan seuraavaksi erilaisissa tavoissa, joilla tieteessä on ymmärretty lääkäriä kertojana. En lupaa kaikenkattavaa katsausta, vaan tarkoitukseni on esimerkein näyttää, miten eri tavoin lääkärin ja kertomuksen voi tutkimuksellisesti yhdistää. Tarkoitukseni on tehdä tutuksi ehkä vieraalta tuntuvaa narratiivisuutta. Toisaalta jokainen esittelemistäni tutkimuksista tai teksteistä on valittu niin, että voin niiden kautta avata jonkin käsillä olevassa tutkimuksessa tärkeän, myöhemmin kirjassani toistuvan teeman: uran käsitteen, ammattikulttuurin sukupuolittuneisuuden, kertomusten välittävän funktion sekä historian ja kulttuurin läsnäolon kertojassa. Tästä syystä joukkoon on mahtunut yksi tutkimus, joka ei suoranaisesti käsittele kertomuksia, vaan pikemminkin vielä perustavammanlaatuista merkityksen käsitettä (Engeström 1999).

### 2.1 Ura osana elämäntarinaa

Malcolm Johnsonin artikkeli *Professional Careers and Biographies* (Johnson 1983) inspiroi minua jo tutkimukseni alkuvaiheissa. Johnson esittää, että ammatillisen uran tarkasteleminen abstraktin ja usein idealistisen urakäsitteen sijaan elämäkerran kautta tuottaa tietoa, jota ei tutkimuksissa yleensä edes kysytty saati saada. Elämäntarina mahdollistaa urapuhetta enemmän erilaisia asenteita, näkemyksiä ja tulevaisuudenkuvia, kokonaisen kirjon, joka osittain on muuta kuin vallitseva odotus professionaalien uran lineaarisesta logiikasta. Johnson on oman aineistonsa elämäkertoista lukenut muun muassa kasvavaa

kiinnostusta elämän muille osa-alueille pelkän ammatillisen statuksen ja rahan tuoman tyydytyksen sijaan tai oheen. Nämä erilaiset elämän urat suhtautuvat ja kietoutuvat toisiinsa yhtä monin tavoin kuin on elämäntarinoita, mutta samanaikaisesti ne kertovat tarinaa siitä yhteiskunnasta, jossa kertojat elävät ja urautuvat.

Tutkimusaineistojensa kautta Johnson tutkijatovereineen rakensi erilaisia sosiaaliin (esimerkiksi koulutuksen, terveydenhuollon ja perheen) instituutioihin piirtyviä malliuria ja yksilöllisiä uria niissä. *Subjekttiivinen ura* kuvaa sitä, mitä omatkin haastattelu- ja avovastausaineistoni sallivat lukea: oman elämäkertansa kertojan juonentavaa tulkintaa menneistä vaiheista kontingensseineen ja vaihtoehtoisia suuntia tulevaan. Johnson ei pohdi vain lääkärin konkreetteja uria vaan hän pyörittää itse uran käsitettä. Koko uran ajatushan liitetään usein vain ammatteihin, joilla on tarjota uramalli, toisin sanoen rakenne, jota pitkin voi yletä ja edetä tiedon, statuksen, palkan ja autonomian määrässä. Ura nähdään yksisuuntaisena liikkeenä, josta suodattuvat pois perheen ja muiden sitoumusten aiheuttamat hidastumat, elämän sattumanvaraisuus ja takapakit. Subjektiivisena ura on paljon sallivampi eikä edes se, minkä lääkäri itse määrittää etenemiseksi tai takapakiksi (ks. Löyttyniemi 2001b) ole ennakolta selvää. Kysyttäessä erikoisalalan valintaan vaikuttaneista tapahtumista oli Johnsonin saamien vastausten kirjo suuri, mutta niitä yhdisti valinnan ennustamattomuus ja vaihtelu siinä, mitä samankaltaisista elämäntapahtumista kullekin uralle lopulta koitui. Autonominen, yksilölliseen, vapaaseen valintaan perustuva ura ei näytä koko elämän ja elämäntarinan kontekstissa mahdolliselta, ei edes mielekkäältä tavoitteelta. Johnson päättää artikkelinsa toteamukseen, jonka mukaan muutokset perheen rooleissa tai terveydenhuollon talouspolitiikassa ovat tehneet lääkärin professionaalit urat ennustamattomammiksi kuin urasta puhuttaessa yleensä tullaan ajatelleeksi. Elämäntarina on avoin näille muutoksille, eikä elämän ennustamattomuuden hyväksyminen muuta vain ymmärrystämme urasta vaan koko käsitystämme professiosta.

## 2.2 Kulttuurinen psyyke ja kertomus

Linden Westin *Doctors on the Edge* (West 2001) on toinen esimerkki siitä, miten omaelämäkerrallinen näkökulma ja aineisto tekevät mahdolliseksi ja ehkä väistämättömäksi lääkärin työn ja toisaalta elämän yksityisemmän, henkilökohtaisen ja koetun puolen kohtaamisen. West on haastatellut lontoolaisia yleislääkäreitä projektissa, joka alkoi itseohjautuvan oppimisprojektin seuranaan. Seuranta laajeni tutkijan ja haastateltujen lääkäreiden vuosia kestäneeksi suhteeksi ja sitoumukseksi, jossa useiden haastatteluiden myötä tapahtunut

oppimis- ja muutosprosessi koski myös tutkijaa itseään. Liz Stanley (1992) on käyttänyt oma/elämäkerran käsitettä korostaessaan sitä, miten elämäkerran kirjoittaja laatii aina myös omaa kertomustaan ja miten tuotetun tiedon tulisi aina sisältää syntyprosessinsa kuvaus: ne elämänhistorialliset ja intellektuaaliset (teoreettiset, käsitteelliset) merkitykset, joiden varassa tutkija kysyy tietyt kysymykset ja vastaa niihin tietyllä tavoin.

Westin haastattelemat lääkärit toimivat monin tavoin reunamilla ja partailla. Brittiläisessä kulttuurissa yleispraktiikan ja sairaalalääketieteen raja on ehkä jyrkempi kuin Suomessa, mikä korosti lääkäreiden kokemusta kuulumisestaan lääketieteen syrjäiseen ja vähemmän arvostettuun marginaaliin. Heidän työssään kohtaamansa inhimilliset, sosiaaliset ja työn organisointia koskevat ongelmat tuntuivat usein ylitsepääsemättömiltä ja pakottivat arvioimaan uudelleen opiskelun aikana omaksuttuja käsityksiä lääketieteen ja lääkärin tarkoituksesta. Toisaalta eroja suvaitsematon ammattikulttuuri helposti syrjii vähempiarvoiseen työhön niitä lääkäreitä, jotka poikkesivat normista etnisen taustansa, sukupuolensa, seksuaalisuutensa tai terveydellisten ongelmien vuoksi. Lääketieteen kulttuuri arvostaa perinteisesti miehiseksi tulkittuja ominaisuuksia ja väheksyy naisiseksi miellettyä hoivaa, mikä toisarvoistaa naislääkärin mutta myös kovuutta ja kilpailuhenkeä vieroksuvan miehen.

West hyödyntää kulttuuripsykologian näkökulmaa, joka katsoo kulttuurin kautta yksilöön ja yksilön kautta kulttuuriin. ”Kulttuuri – sen valtasuhteet ja normalisoivat käsitykset totuudesta – tunkeutuu syvälle jokaisen suhteen sydämeen ja muotoilee sitä, miten miehet ja naiset ajattelevat ja tuntevat itsestään, toisistaan ja sukupuolten rooleista” (West 2001, 30). Jokainen omaelämäkerrassa sanoiksi puettu elämän, oman itsen ja toisten ymmärtämisen tapa on sekä kertojan psyykkisen, henkilökohtaisen, koetun maailman kuvaus että yksi mahdollinen kulttuurin kertomus. Westille sukupuoli on yksi lääketieteen(kin) läpäisevä symbolinen ja ruumiillinen jako. Hän tunnistaa samalla muita ajankohtaisia ilmiöitä, jotka haastavat lääkärin identiteetin ja moniäänistävät lääkärin. Omankin tutkimukseni lääkäreiden kannalta merkittäviä haasteita ovat yhteiskunnan ja terveyden epätasa-arvoistuminen, terveydenhuollon organisatoriset muutokset, ammattiryhmien muuttuvat rajat, markkinatalouden ja tulosvastuun periaatteet, tietokäsitysten muuttuminen ja tiedettä koskevien itsestänselvyyksien kyseenalaistuminen sekä oppimisen teorioiden ja opetuksen käytäntöjen muuttuminen esimerkiksi ongelmalähtöisen oppimisen suuntaan. Palaan 7. luvussa siihen, miten omissa osa-artikkeissani käsittelemäni identiteettineuvottelut voi kuulla näiden haasteiden omaelämäkerrallisina esityksinä.

Omaelämäkerrallinen kertomus joka tapauksessa mahdollistaa erilaisten näkökulmien esittämisen. Jokaisesta kertomuksesta tulee ikään kuin erilaisten lääkärihahmojen neuvottelua, jossa ammatillisen ja henkilökohtaisen rajaa ei

useinkaan ole helppo paikantaa. Niinpä kertomus ei helposti taivu tutkimuksen kohteeksi järjestelmällisellä, ennustettavalla, selkeällä tavalla, vaan kertomusten tutkimus muistuttaa enemmän lääkärin työn käytäntöä moniäänisyydessään, kiemuraisuudessaan, totuuksiensa tilapäisyydessä (West 2001, 58).

Kuunnellessaan tarkkaan lääkäreitä, joista monet sijoittuvat moninkertaisesti lääkäriprofession marginaaliin, West ei pyri kattavasti kuvaamaan koko professiota. Silti jokainen yksittäinen lääkärin kertomus, vaikka se painottuisi epätavallisesti, esittää jotakin yhteisestä ammattikulttuurista. Kertomuksen totuus ja uskottavuus on sen tavassa avata kuulijalle hetkeksi uusi tulkintahorisontti, toisenlainen kokemisen ja näkemisen mahdollisuus. West jättää kirjassaan paljon tilaa aineistonsa lääkäreiden kertoa ilman omaa tulkinnallista puuttumistaan, ja hänen tarkoituksensa lienee antaa omalle (lääkäri)lukijalleen mahdollisuus osallistua dialogiin, ymmärtää kunkin kertomuksen mieli ja antaa ymmärryksen muuttaa omia ehkä itsestään selviltäkin tunteita (työn, uran, tieteen, sukupuolen ynnä muita) merkityksiä.

West uskoo, että ammatillisen ja henkilökohtaisen yhteensovittamisen ongelma on rinnakkainen lääkäreiden oppimalle ja omaksumalle tieteen ja kokemuksen, objektiivisen ja subjektiivisen, vastakkaisuudelle. Tieteellisen tiedon näyttöön perustuva totuusarvo on lääketieteessä suurempi kuin henkilökohtaisten tarinoiden ja elämäkertomusten, vaikka yhtä hyvin voisi ajatella niiden näkökulmat laadullisesti erilaisina ja yhtä tarpeellisina totuuksina sairastamisesta ja toipumisesta. ”Itse asiassa näyttö tulee ehkä mielekkääksi vain osana kertomusta, ja haastava kysymys koskee sitä, miten näyttö sisällytetään kertomukseen” (West 2001, 95).

## 2.3 Kertomus kokemuksen välittäjänä

Narratiivinen lääketiede (*Narrative Based Medicine*; ks. Greenhalgh & Hurwitz 1998; Karjalainen & Kotkavirta 2001) on lääketieteen ja koulutuksen käytäntöä, jossa Westin sanoiksi pukema haaste otetaan vakavasti vastaan. Tällöin lähtökohdaksi otetaan potilaan kertomus, jonka kautta hänen oireensa ja ongelmansa ratkaisuihin tulevat mielekkäiksi osina elettyä ja koettua elämänhistoriaa. Greenhalgh ja Hurwitz (1998, 3) nimeävät narratiivisen lääketieteen kannalta ehkä tärkeimmäksi kertomuksen ominaisuudeksi sen kyvyn kiehtoa ja viedä kuulija mennessään ikään kuin käymään toisen ihmisen kokemukseen (ks. Ricoeur 1991a, 26). Toisin sanoen kertomus mahdollistaa potilaan ymmärtämisen, mikä ei tarkoita täydellistä tuntemista vaan ennemminkin asettumista kertomuksen avaamaan dialogiseen tilaan, lääkärin oman kokemuksen ja kertomisen kyvyn ottamista työkäyttöön, potilaan kokeman



kuvittelemista ja tarinan kertomista yhdessä edelleen. Balint-ryhmissä kertomisen kautta ymmärtäminen on lääkäreiden työnhajauksellisessa käytössä (Balint 1957; Rabin ym. 1999).

Narratiivinen lääketiede on tietoista pyrkimystä purkaa vastakkainasettelu kertomuksen välittämän tiedon ja näyttölääketieteen tiedon väliltä. Molemmat tiedon laadut täyttävät tieteellisyyden kriteerit, kun kriteerit on asetettu oikein suhteessa siihen, mistä halutaan tietää. Myös narratiivinen tieto voi olla luotettavaa, mutta luotettavuus merkitsee eri asioita kuin esimerkiksi tilastollisia menetelmiä sovellettaessa (Karjalainen & Kotkavirta 2001). Sairastuminen, etenkin pitkäaikainen, koskettaa koko ihmisen identiteettiä ja elämäntarinaa, ja myös sairaudesta toipuminen ja kuntoutuminen tarkoittaa oman henkilökohtaisen kertomuksen ja sen avaamien tulevaisuuksien kertomista uudelleen (Hydén 1995; Hänninen & Valkonen 1998). Narratiivisuus tunnistaa identiteetin ja kokemuksen kulttuurisen synnyn sekä sairastumisen, sairastamisen ja parantumisen yhtä aikaa yksilölliset ja sosiaaliset merkitykset.

Näyttöön perustuva, yleisesti pätevä tieto tulee kiedotuksi inhimillisiin merkityksiin ja kerrotuksi tarinoihin heti, kun sitä sovelletaan merkitysmääntöä kantavan potilaan hoitoon. Narratiivinen lääketiede voisi olla pohja sille ainutkertaisen ja henkilökohtaisen tunnistavalle ”kliiniselle asiantuntemukselle”, josta näyttöön perustuvan lääketieteen oppikirja (Sackett ym. 2000, 1) kirjoittaa näin:

*Kliinisellä asiantuntemuksella (clinical expertise) tarkoitamme kykyä käyttää kliinisiä taitojamme ja aiempaa kokemusta tunnistaksemme nopeasti kunkin potilaan ainutkertaisen terveydentilan ja diagnoosin, heidän yksilölliset riskinsä ja mahdollisista interventioista saamansa hyödyt sekä heidän henkilökohtaiset arvonsa ja odotuksensa.*

Näyttöön perustuva lääketieteen käytäntö tarkoittaa tieteellisen näytön ja kliinisen kokemuksen sovittamista kunkin potilaan arvomaailmaan ja olosuhteisiin (Sackett ym. 2000, 4), ja tätä potilaan erityisyyttä vaalivan tiedon pätevyys viittaa ennemminkin kertomuksen ymmärrettävyyteen kuin tiedon yleistettävyyteen (ks. mts. 129-131).

Narratiivisesti lääketiedettä ajatellen lääkäri on jokaisen potilaansa tarinan yksi kertoja, ja lääkäreiden ja kertomusten tutkimisen teeman voi nähdä ulottuvan kaikkeen lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimukseen (josta esim. Mishler 1984; Sorjonen ym. 2001). Otan vuorovaikutustutkimuksista yhden esimerkin.

## 2.4 Toiminnan moniäänisyys ja historiallisuus

Ritva Engeströmin (1999) tutkimuksessa *Toiminnan moniäänisyys: Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista* ei ole suoranaisesti kyse sen paremmin lääkärin identiteeteistä kuin kertomuksistaan. Otan sen esille esimerkkinä vuorovaikutuksen tutkimuksesta, sillä Engeströmin Mihail Bahtinilta omaksuma äänen käsite ja puhujan moniäänisyyden ajatus ovat keskeisiä myös omina teoreettisina ja käsitteellisinä tutkimusvälineinä ja sijoittuvat ikään kuin kertomuskäsitteen alle ja sisään. Engeström on tutkinut videonauhoituksista lääkärin ja potilaan yhteistä toimintaa potilaan kliinisen ongelman ratkaisemiseksi. Hän on kiinnostunut vuorovaikutuksessa syntyneistä merkitysten ja tulkinnan häiriöistä, näkökulmien ristiriitaisuudesta ja yhteensovittamattomuudesta. Ristiriidat eivät ole välttämättä osapuolten itsensä kokemia tai heidän välisiään konflikteja, vaan erilaisten näkökulmien törmäämistä ja toiminnan katkoksia.

Engeström muodostaa tutkimuksessaan yhdeksän vastaanoton sosiaalista kieltä, eräänlaista jaettua tulkinnan mahdollisuutta, puheen sisällön ja puhumisen tavan kokonaisuutta. Keskeistä on, ettei moniäänisyys koske vain vastaanottotoiminnan kokonaisuutta, vaan jokaista toimijaa, sekä lääkäriä että potilasta, joista kummankin tavallisimmin käyttämä ääni eli omaksuma näkökulma oli lääketieteen ääni somaattisesta kohteestaan. Jokaisella äänellä puhuen on asioita, oireita ja ongelmia, joita ei ole mahdollista käsitellä, ja samastakin kohteesta lääketieteen, hallinnon ja arkielämän äänet haastavat eri tavoin. Moniäänisyys mahdollistaa samanaikaisesti sairauden ja kokemuksen monitasoisuuden tavoittamisen ja toisaalta ymmärryksen katkokset ei vain eri osapuolten välillä vaan myös yhdessä ja samassa puhujassa, potilaassa yhtä lailla kuin lääkärissä.

Toinen Engeströmin tutkimukselle erityinen ja vuorovaikutuksen tutkimuksessa uudenlainen ratkaisu on vastaanoton keskustelujen sijoittaminen erilaisten aikaulottuvuuksien risteykseen. Yhtäältä potilaan ja lääkärin toiminnan mieli ja merkitys syntyy vastaanoton kohtaamisessa, jolla on alkunsa, tapahtumien kulkunsa ja päämääränä potilaan ongelman ratkaisu, olipa se sitten sillä kertaa vaikka vain oireen seuraaminen, odottaminen ja katsominen. Vuorovaikutuksessa kumpikin osapuoli vuoroon tulkitsee ja merkityksellistää toisen sanat ja teot ja jatkaa niiden virtaa; merkitykset syntyvät ja soljuvat seuraaviksi toiminnan ja dialogin etenemisen myötä. Mutta merkitykset – vaikkapa 'sairauden' merkitys ylipäätään – kantavat mukanaan käsitteellistä kulttuurihistoriaansa, kaikkia noille sanoille aiemmin lääketieteessä tai muualla annettuja merkityksiä, ja konkreettissa vuorovaikutuksessa historia kohtaa nykyhetken, aiemmat merkitykset uusia merkityksiä luovan dialogin (ks. Stewart 1986, 53).

Engeströmin soveltama dialogissa elävän merkityksen teoria on Bahtinin kirjoituksista lähtöisin (Bakhtin 1981; 1984; 1986). Omassa tutkimuksessani historian läsnäolo koskee sekä aineistoni kertojia että itseäni kertomusten tulkitsijana. Lääkäriin kertomuksessa kohtaavia aikaulottuvuuksia on nytkin monta: haastattelutilanteen kaksituntisessa neuvottelimme yhdessä kerrotun merkitystä, mutta kertoja merkitsee sanomansa myös oman elämänsä kokemushistorialla, jota en voi koskaan täysin tuntea. Dialogiin asettuminen tarkoittaakin merkitysten henkilö- ja kulttuurihistoriallisuuden kuuntelemista *itsessäni*. Olen tutkijana ja tulkitsijana dialoginen solmu, jossa kohtaavat nykyinen vuoropuhelu kertojan (ja myöhemmin aineistoni, kertomustekstin) kanssa ja oman henkilökohtaisen ja akateemisen historiani äänet – tuntemani teorit, omaksumani käsitykset, professionaalit murteet (Emerson 1986, 25). Edelleen sanat ja käsitteet tuovat mukanaan historian, joka on minut ylittävää kulttuurin historiaa ja josta en aina ole tullut tietoiseksi (Freeman 2002a). Myöhemmin tässä yhteenvedossani rakennan (terveydenhuollon, hyvinvointivaltion ja perheen) instituutioihin kiinnittyvän lääkärikunnan naisistumisen historian (kohdassa 5.1), jonka kirjoittaminen tuotti oivalluksen siitä, miten instituutioiden historiaan kiinnittyvät naiseuden merkitykset ovat läsnä myös minussa, omalle naiseudelleni antamissani merkityksissä.

## 2.5 Lääkäri-identiteetti yhdessä kerrottuina kertomuksina

Katja Rynnänen (2001) tarkastelee väitöskirjassaan prosessia, jossa lääketieteen opiskelijat rakentavat kollektiivisesti ammatti-identiteettiään opiskelijoille tarkoitetuissa työnohjausryhmissä, niissä käydyissä keskusteluissa ja kerrotuissa kertomuksissa. Hän soveltaa samaa kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa kuin Engeström. Identiteetti on Rynnäsen tarkastelussa sosiaalinen konstruktio, kielen ja kertomusten kautta synnytetty, ja se on yksityisen ja yhteisen rajan yli jatkuvasti käytävän neuvottelun, dialogin, tulos. Identiteetin konstruktioluonteen rinnalla hän korostaa kuitenkin sitä, miten yhteinen identiteettiprojekti toteutuu erilaisissa institutionaalisissa käytännöissä ja professionaalissa toiminnassa – esimerkiksi yliopistosairaalan sokkeloissa. Identiteettiä rakentava puhe ja kertomukset sijaitsevat ja tulevat mahdollisiksi tietyissä tilanteissa. Tutkitut opiskelijoiden työnohjausryhmät (reflektioryhmät) olivat tilanteita, joissa oli mahdollista kertoa ja sovittaa identiteeteiksi oman lääkäriksi tulemisen kannalta keskeisiä kokemuksia.

Omassa tutkimuksessani, vaikka lääkäreitä tutkinkin, koen olevani haastattelijani lääkäreiden kanssa löyhemmin kiinni terveydenhuollon instituutioissa.

Usein istuimme aivan konkreettisestikin muualla, haastateltavien keittiöissä ja olohuoneissa. Haastattelua eivät silloin keskeyttäneet ovista kulkeva henkilökunta tai lääkärin pöydällä pirisevä puhelin – jos joku keskeytti, se oli nauhurista ja mikrofonista kiinnostunut lapsi tai puhelin, joka soi nyt puolisolalle, ystävälle, tuttavalle. Kerronta, tutkimuksen nykyhetken vuorovaikutustilanne, ei siis, näin ajattelen, kiinnittynyt niinkään yliopistosairaalaan tai terveyskeskukseen kerrontaa ohjaavana instituutiona. Elämäntarinan kerronnalle ei taitaisi niissä olla kiinnityspaikkaakaan. Lääketieteen käytännössä lääkäri harvoin kertoo omaa tarinaansa, poikkeuksena ehkä juuri työnohjaus, mutta siinäkin ei kyse ole niinkään oman elämän kerronnasta kuin lääkärinä koetun jakamisesta. Vaikka käsite 'lääkäri' Engeströmiin (1999) viitaten jo kantaa institutionaalista historiaa, elämäntarinahaastatteluitteni puhe kontekstoituu, kiinnittyy, omaelämäkerran kertomisen perinteeseen ja myös tutkimushaastattelun traditioon. 'Lääkärin elämäntarinassa' kohtaavat molempien käsitteiden kulttuurihistorialliset merkitykset.

Elämästä kerrottu kertomus on kiinni eletyssä elämässä ja viittaa siihen, mutta se ei koskaan toista elettyä sellaisenaan. Omaelämäkerrassa elämä ja sen luova esittäminen kohtaavat (Vilkkö 1997, 54-55; Kaskisaari 2000, 23). Lääkärin kertoessa elämäntarinaansa hänellä on lupa lainata kaunokirjallisen ja omaelämäkerrallisen kerronnan perinteitä, joille on vain marginaalisesti sijaa ammattikulttuurin arjessa ja käytännössä. Siitä seuraa myös mielestäni olennaisin ero Ryynäsen tarkasteluun. Opiskelijoiden reflektioryhmissä synnytetty professionaalinen identiteetti on ajassa jatkuva prosessi – ei kertaluontoinen vaan osa jatkuvaa työnohjausta. Prosessissa yksityisen ja yhteisen välinen identiteettineuvottelu ryhmässä jatkuu ja jatkuu. (Tulevan) lääkärin identiteetti ei ole koskaan valmis lopullisen merkityksessä, mutta tietyllä tarkastelun hetkellä se on kuitenkin pysäytettävissä kuvattavaksi. Identiteetin ajatellaan olevan olemassa riippumatta tutkijasta tai kerronnan toteutumisesta. Omassa tutkimuksessani tarina kerrotaan kerralla, ilman ajassa tapahtuvaa vähittäistä muotoutumista: aika virtaa kyllä tarinan tapahtumissa, mutta kertomiseen käytetty aika on vain yhden aallonharjan mittainen – noin kaksi tuntia. Siitä otan vapauteni tutkia identiteettiä selvemmin kielessä rakennettuna, konstruoituna, 'vain' tarinana. Me, minä ja haastateltavani, olemme vähemmän kiinni jatkuvuuden vaateissa, emmehan ole tavanneet aikaisemmin, ja lisäksi elämäntarinan kerronta vihjaa kertojan vapautta, oikeutta oman elämänsä esittämiseen (Freeman 1999, 106). Jatkuvuus tai katkoisuus toteutuu nyt kertomuksen juonessa. Ajallisen prosessin sijaan elämäntarinan kertomisen tapahtumaan keskittyminen korostaa omaa osuuttani kertojana, sekä haastattelutilanteesta että myöhemmin kertoessani tutkimuksestani edelleen. Sosiaalinen, kollektiivinen konkretisoituu lääkärikuulijana minussa.

Mitä tästä (osittaisesta) institutionaalisesta vapaudesta voisi seurata? Minulle on kauan ollut selvää, etten voi haastatteluitteni perusteella sanoa paljoakaan siitä, millaisia lääkäreitä haastattelemani kollegat ovat silloin, kun he tekevät työtään, tai edes siitä, miten he kokevat identiteettinsä lääkärinä, työssään, vastaanotoillaan, sairaalan käytävillä, tutkimuslaboratorioissa, kieroilla, päivystäessään. Uskoakseni silloin elämäntarinan moninaisuus (osittain) korvautuu ykseydellä, selkeydellä, identiteetin yksinäisyydellä. Sen sijaan uskon, että haastatteluissani on enemmän tilaa ristiriidoille ja sille luovuudelle, jota Mark Freeman (1999) nimittää poeettiseksi mielikuvitukseksi.

## 2.6 Omaelämäkerrallinen totuus ja sukupuolen merkitsemä ammattikulttuuri

Lääkärit kirjoittavat omaelämä- ja omaurakertoja. Tällöin kyse on prosessista, jossa lääkärikertoja tulkitsee oman elämänsä tapahtumia nähdäkseen, mikä on olennaista hänessä ja lääkäriydessä, erityisesti mutta myös yleisesti mielenkiintoista. Frances K. Conleyn kirja *Walking Out on the Boys* (Conley 1998) on lähempänä uran kuin elämän kerrontaa, vaikka ero ei välttämättä ole merkitsevä, sillä hänen kuvaamansa elämä on lääketieteen opiskelun alkamisen jälkeen sisältänyt lähinnä vain työn ja menestyksekkään uran: Conley on ensimmäinen nainen, joka Yhdysvalloissa on edennyt urallaan neurokirurgian professoriksi. Hän on kirjoittanut kirjansa – ikään kuin kääntynyt katsomaan elämässä taakseen ja kertonut kokemuksensa juonen jatkumoksi – tilanteessa, jossa hän oli eronnut virastaan vastalauseena sille, että hänen neurokirurgian yksikkönsä johtoon nimitettiin naisia halventavaan, seksistiseen käytökseen taipuvainen mies. Conleyn eroilmoitus sai aikaan hänelle itselleenkin odottamattoman mediamylläkkän. Se johti lopulta hänen palaamiseensa virkaan, mutta myös muutoksen alkuun hänen omassa työyhteisössään ja laajemmin amerikkalaisen lääketieteen kulttuurissa. Omaelämäkerta on tulkinnan prosessi, joka jatkuu lukijassa. Luen Conleyn omaelämäkertaa tutkijan otteella ja esittelen sen kautta joitakin kertomusteoreettisia käsitteitä ja ajattelutapoja, joita olen soveltanut omien aineistojeni luennassa.

Kaiken tapahtuneen jälkeen Conleylla on tarve kysyä, mitä oikein tapahtui ja miksi, miten hän oli itse vaikuttanut asioiden kulkuun ja missä määrin kyse oli hänet ylittävstä prosessista, jonka hän vain oli tullut sysänneeksi liikkeelle. Hän ei ollut koskaan mieltänyt itseään feministiksi, ja vaikka häntä oli häirinnyt ammattikulttuurinsa naissukupuoleen kohdistama väheksyntä, hän oli oppinut pitämään sitä kirurgian kulttuuriin kuuluvana väistämättömänä haittana. Hänen oma tieteellinen ja kliininen työnsä oli vienyt hänen aikansa ja mielenkiintonsa

niin tyystin, ettei hän ollut eroilmoitusta tehdessään eikä heti sen jälkeenkään edes tietoinen siitä, että hänen yliopistonsa muissa tiedekunnissa oli tutkittu samaa työkuultuuria ja sukupuolittuneita käytäntöjä, joita kritisoidakseen hän jätti virkansa ja elämätyönsä.

Omaelämäkerta, suullinen tai kirjoitettu, kerrotaan usein elämän muutos- ja murrosvaiheissa. Silloin jotkin aiemmista elämää kannatelleista itsestäänselvyyksistä (Conleylla kirurgin työ ja uran ensisijaisuus) hapertuvat, ja kertoja joutuu kysymään uudelleen sellaisia kysymyksiä kuin *kuka minä olen?, miten olen tullut tähän? tai mihin olen menossa?* Vastauksen saadakseen hän kertoo uudelleen oman elämänsä tarinan (Freeman 1993). Muutoksen jälkeen menneisyyden tapahtumat painottuvat eri tavalla kuin ennen. Aiemmin vähäpätöisiltä vaikuttaneet seikat tulevat tärkeiksi ja kokemukset saavat uudenlaisia nimiä ja merkityksiä.

Murroksen läpikäyneenä ja oman henkilökohtaisen muutoksensa valokiilassa Conley kuvaa valmistumistaan ja toimimistaan ammatissa, joka perinteisesti on miesten käsissä. Hän kertoo kokemuksia, omiaan ja toisten naisten, siitä, miten heitä joko kohdeltiin kuin ilmaa tai vaihtoehtoisesti tehtiin kiusallisella tavalla tietoisiksi naiseudestaan, naisen miehiä viihdyttävästä tehtävästä ja soveltumattomuudesta kirurgin ammattiin. Huolimatta yliopiston kirjatusta, aikanaan radikaalista tavoitteesta avata naisille yhtäläiset mahdollisuudet lääketieteessä, niin nais- kuin mieskirurgit opetettiin (suorasti ja epäsuorasti) arvioimaan naista rintojen koon perusteella, ja sekä naislääkärit että naispuoliset hoitajat joutuivat alistumaan katsein ja käsin suoritetuille kopeloinneille (elleivät halunneet luopua urastaan) ja oppimaan tapansa selvittää tilanteista mahdollisimman vähin vaurioin. Naiseudesta tuli eräänlainen häpeän merkki, mistä huolimatta jotkut naiset, kuten Conley, sopeutuivat ja menestyivät kirurgian kulttuurissa.

Läpi Conleyn tarinan kulkee ihmetys siitä, miten hän ei koskaan tullut edes ajatelleeksi, että kyse oli vallankäytöstä, seksismistä tai sukupuolisesta häirinnästä. Hän jopa kannusti toisia naisia hiljaiseen hyväksyntään ja käytti itse yhtä rivoa kieltä osoittaakseen, että oli sittenkin yksi heistä, kirurgi siinä missä muutkin. Kaikki miehetkään eivät Conleyn mukaan olleet vallanhaluisia tai naisvihamielisiä, mutta jotenkin ei tuntunut olevan muuta tietä kirurgiksi kuin kulttuuriin kuuluvan kielen ja totuttujen tapojen omaksuminen.

Conleyn ilmoitettua eroamisestaan eräs toimittaja pyysi häntä kuvaamaan, millaiseen käytökseen hän oikeastaan viittasi seksistisenä: ”harmaasta ei synny tarinaa”, toimittaja sanoi, olisi pitänyt olla selvää näyttöä, mustaa tai valkoista (Conley 1998, 120). Tässä vaiheessa Conley tiesi jo muidenkin kokeneen samaa, ja sekä nais- että miesopiskelijat olivat ilmaisseet vastenmielisyytensä sitä tapaa kohtaan, jolla naisia kohdeltiin. Conleylla ei itsellään kuitenkaan ollut kertoa kokemusta, joka olisi riittänyt mustaksi toimittajalle. Ennemmin-

kin kyse oli kaiken lävistävästä ja usein vain vihjatusta yhteisymmärryksestä siitä, mikä ja missä oli naisen paikka. Kyse oli kaikista mahdollisista harmaan sävyistä. Conley kertoo tapauksesta, jossa hän oli apulaislääkärin kanssa leikkaamassa aivokasvainta. Potilaalla ei ollut toivoa parantumisesta, mutta hän toivoi elävänsä tyttärensä häihin saakka, ja toimenpiteellä haluttiin laskea kohonnutta aivopainetta.

Yhtäkkiä Gerry (esimies, vl) rymisteli leikkaussaliin nauraen ja kysyi minulta kuuluvasti, ”miten menee, kultaseni?”. Siinä hetkessä en ollut enää neurokirurgi työssään. Minusta oli tullut yksi hänen ”kultasistaan” – taas kerran. Katsottuaan kasvainta ja kerrottuaan apulaislääkärille, että tämä teki hyvää työtä, Gerry lähti. (...) Minulta meni viisi minuuttia siihen, että sain taas kontrolliin miespuolisen apulaislääkärin – hän oli päättänyt, ettei ollut hänen arvonsa mukaista työskennellä ”kultaselle”. Huomautus palautti minut jälleen menneisyyteen, kirurgin urani alkuun, kysymään itseltäni varmaan miljoonannen kerran: ”Onko kultanen, erityisesti tämä kultanen, kyllin hyvä ja riittävän lahjakas suorittamaan tätä operaatiota?” Potilas eli niin kauan, että saattoi tyttärensä avioon, ja hän näki myös ensimmäisen lapsenlapsensa. (Conley 1998, 65)

Mitä sitten lopulta tapahtui sellaista, mikä sai Conleyn palaamaan näihin kokemuksiin uudella tavalla, uusin käsittein ja merkityksin, ja nimeämään ilmiön seksismiksi ja kieroutuneeksi vallankäytöksi? Mark Freemania (2002a) soveltaen voisi kysyä, mikä sai Conleyn tietoiseksi ilmiöstä, joka oli ollut osa hänen narratiivista, tarinallista tiedostamatonta, toisin sanoen nais(sukupuol)en historiallisten, sosiaalisten ja kulttuuristen merkitysten läsnäoloa hänen elämässään tavalla, jota hän ei ollut kertonut osaksi tarinaansa, identiteettiään, itseymmärrystään. Ennen hänen eroilmoitustaan opiskelijatkin olivat alkaneet tehdä valituksia sukupuolisesta häirinnästä, aiheesta, josta ei 1990-luvun alkuun mennessä ollut juuri puhuttu tai määritelty, mitä sillä tarkoitettaisiin. Conley oli myös keskustellut uudelleen kahden aiemmin yksikössään työskennelleen naisen kanssa näiden aikanaan esittämistä häirintäsyöttöistä. Tuo keskustelu on nyt yksi käänteen tekevä tapahtuma Conleyn kirjassa: ”se vuosien jakso, jonka aikana olin kovettanut itseni ajattelematta, miten minua kohdeltiin, päättyi kuin seinään keskustelun kuluessa” (Conley 1998, 100). Conley ei tässä vain kerro käänteestä, hän kertoo *käanteen*: hänen oma henkilökohtainen muutoksensa toteutuu siinä tarinassa, jossa hän esittää mitä-, miten- ja miksi-kysymyksensä ja vastaa niihin uusin silmin menneisyyttään katsellen. ”Äkillisen viiltävän selvänäköisyyden hetkellä ymmärsin, että olin ollut, ja olin yhä, ’sukupuolisen häirinnän’ kohde” (mts. 104).

Kumpi sitten oli lähempänä totuutta Conleyn kokemasta – aiempi hiljainen hyväksyntä vai uusi seksismin nimi ammattikulttuurin ideologialle? Kerto-

muksen kautta totuudellisuutta ei mitata suhteessa historialliseen totuuteen, joka lopulta jää tavoittamattomaksi tai riippumaan siitä, keneltä kysytään. Kertomuksen avulla voi vaalia totuutta nimenomaan siksi, että menneisyyden voi kertoa uudelleen sen tiedon ja ymmärryksen valossa, joka on käytössä vasta nyt, kuten Mark Freeman kirjoittaa totuuden ja kertomuksen suhteesta (Freeman 2002b; 2003a). Conleylle prosessi oli oman itsen ja oman moraalin kyseenalaistamisen aikaa. ”Miksi olin ollut niin sokea? Tai jos en suorastaan sokea, miksi olin halunnut katsoa pois päin?” Oliko hän ajatellut omaa uraansa enemmän kuin itsensä tai toisten naisten arvokkuutta? Kuinka monta vielä alkamatonta (naisen) uraa hän oli katkaissut hiljaisesti hyväksymällä seksistisen kulttuurin ja itse ylläpitämällä sitä? Hänen kertomuksensa totuudellisuuden voisi nähdä olevan rohkeudessa, jolla hän ottaa vastatakseen näihin kipeisiin kysymyksiin samalla, kun ottaa käyttöönsä uuden näkökulman, uuden tiedon ja uuden ymmärryksen, joka on yhtä aikaa lähtöisin hänestä itsestään ja hänen ulkopuoleltaan.

Palaan seuraavassa narratiivista identiteettiä käsittelevässä luvussa elämän ja elämäntietomuksen suhteen, muutoksen ja totuuden kysymyksiin. Omassa tutkimuksessani sukupuoli on keskeinen näkökulmani lääketieteen kulttuuriin, mutta en viittaa pelkästään seksismiin. Haastatteluaineistossani on kuvauksia kohtelusta, joka muistuttaa Conleyn kuvaamaa suoraa tai vinoiltua naisen mitätöintiä. Kirjoitan niistäkin, mutta tyypillisemmin aineistoistani lukemani sukupuoli on arkielämän järjestämiseen liittyviä miehen ja naisen odotuksia ja merkityksiä. Ennen kaikkea olen ottanut tehtäväkseni perustella, miksi sukupuolen näkökulma lääkäriin, identiteettiin ja elämänterrontaan on mielekäs myös silloin, kun sukupuolittaminen ei ole seksististä ja julkeaa. Sukupuoli kulttuurisena ilmiönä on harmaa (ks. Conley 1998, 120), kuten esimerkiksi Silvia Gherardi (1994; 1995) ja Päivi Korvajärvi (1998) ovat esittäneet: sukupuoli muovaa elämän, uran, kokemuksen ja identiteetin merkitystä tavalla, joka on yhtä aikaa selvä ja olematon, se on yhtä helppo selittää pois ja takaisin. Itse ajattelen, että sukupuolen ottaminen tietoisesti mukaan lääkäriyden pohdintaan tekee mahdolliseksi nimetä sellaisia kokemuksen puolia, jotka jäisivät huomiotta muuten mutta joiden käsitteleminen voi olla selkiyttävää.



## 3 Narratiivinen identiteetti ja kerrottu minuus

Lähden identiteetin tarkastelussani liikkeelle hyvin yleisestä, löyhästä määrittelystä, jonka mukaan identiteetti viittaa yksilön henkilökohtaisuuteen ja tuon henkilökohtaisuuden ykseyteen ja ainakin suhteelliseen pysyvyyteen. Lähden saman tien purkamaan tätä määritelmää pohtimalla ensin muutoksen – eletyn, koetun ja kerrotun muutoksen – keskeisyyttä identiteetille. Edelleen haastan ajatukset identiteetin yksinäisyydestä, koherenssista ja autenttisuudesta, en niinkään sanoutuakseni niistä kokonaan irti, vaan avatakseni niitä moninasiakin tapoja, joilla nuo käsitteet voi narratiivisuuden kautta ymmärtää (ks. de Peuter 1998). Kuljen kirjoittaessani koko ajan kohti omaa tämänhetkistä ymmärrystäni narratiivisesta, dialogisesta identiteetistä. Ajattelen identiteetin käsitteen saavan sisältönsä tästä moninaisuudesta ja tänä moninaisuutena.

### 3.1 Muutos, tarina, identiteetti

Miten paljon ikinä vaalimmekaan pysyvyyttä ja ennustettavuutta suhteissamme ja rutiineissamme, toivomme elämän tuovan myös muutosta. Kunnes kuolema pysäyttää, ihmisten elämät ovat aina liikkeessä, muuttuvat. Jotkin siirtymistä, jotkin muutosvaiheet, tulevat muita merkityksellisemmiksi elämän kulussa. Niistä tulee käännekohtia, elämän suunnanmuutoksia (McAdams ym. 2001, xv).

Elämän muutokset voivat olla elämänkulkuun ikään kuin itsestään selvästi kuuluvia siirtymiä tai toisaalta esimerkiksi työttömyyden ja sairauden merkitseviä yllättäviä käännteitä, joissa on helppo tunnistaa aiempien merkitysten ja identiteetin katkoksen mahdollisuus. Muutos voi olla myös hiljaisempaa ja vähittäisempää, ehkä vain ihmiselle itselleen tunnettua, eikä se välttämättä edellytä mullistusta elämän ulkoisissa puitteissa. Tarinallisesti tarkastellen muutoksia ei tarvitse jakaa ulkoisiin ja sisäisiin, sillä joka tapauksessa muutoksen kokemus on kokoneen tulkinta tapahtuneesta. Elämänmuutos ja sen

merkitys on narratiivinen luomus, vastaus kysymykseen, jonka ihminen esittää omalle elämänhistorialleen: *kuka olen nyt ja miten minusta on tämä tullut?* (McAdams ym. 2001; Freeman 1993; Honkasalo 1994, 42).

Muutos on yksi tutkimukseni näkökulma lääkäriin. Kyse on nuoria lääkäreitä uhanneesta työttömyydestä, mutta myös Lassin, Hillan ja Empun kertomuksista, joissa muutokseen ei sisälly työttömyyden kaltaista dramatiikkaa. Ennemmin kyse on kertojan valinnasta ymmärtää itseään henkilökohtaisen muutoksen kautta: muutos on kertojan näkökulma elettyyn, keino vastata *kuka olen* -kysymykseen kertomalla nykyisen minän kontrastiksi se, joka oli ennen. Luvussa 5.5. aiheena ovat lääkäreiden omat sairauskertomukset, kokemukset pitkäaikaisesta sairaudesta tai muusta ruumista pakottavasta seikasta. Viidestä esittämästäni kertojasta neljä kuvaa sairauden tms. käänteen elämässään, mutta kokemuksista kirjoittaessani kyse on muutoksesta toisellakin tavoin. Kohtasin tutkijana jokaisessa näistä viidestä kertomuksesta kokemisen tavan, joka oli erilainen kuin omani. Kertomukset avasivat minulle kuulijana uusia tapoja kokea ja ajatella, ne tarjosivat pysähtymisen ajan ja paikan, josta käsin saatoin tarkastella kulttuurini ja ammattikulttuurini sairautta koskevia itsestäänselvyyksiä, omia itsestäänselvyyksiäni. Tulini kirjoittaneeksi oman muutuskertomukseni.

Elämän murrosten ja jatkuvuuksien kertominen välittää tapahtumat elämästä identiteetiksi. Kertomalla tarinaamme me muutamme tai pysymme samanlaisina. Kertominen on tulokinnan ja merkitysten antamista eletylle, ja uudelleentulkinnan mahdollisuudessa jokainen kertomus jo sisältää muutoksen aiheet. Kerronnalla on aina myös yleisö (vaikka se olisi kertoja itse), ja kuten lingvistit William Labov (1972, 370), Deborah Tannen (1993, 22) ja Charlotte Linde (1993, 22) esittävät, houkutellessaan kuulijaa lyhyinkin kertomus tarvitsee käänteen ja yllättäviä ja odottamattomia aineksia. Sama koskee elämäkertomusta. On vaikea kuvitella tilannetta, jossa ihminen omasta aloitteestaan (eikä tutkijan!) haluaisi kertoa ääneen tarinansa ilman muutosta, joka perustelisi, selittäisi, miksi tarina kerrotaan juuri nyt, juuri näin. Elämän käännteissä ja kriiseissä elämäntarina, joka muutoin on olemassa eräänlaisena itsestään selvänä elämän pohjavirtauksena, sisäisenä tarinana (Hänninen 1999), tulee tietoisemmaksi. Tarinan uudelleen kerronnasta tulee kriisistä selviytymisen ja käänteen tekemisen väline, ja käänne toteutuu siinä, missä kertoja arvioi kuvaamansa päähenkilön muuttuneen, missä hän vaihtaa näkemyksiään ja elämänmetaforiaan (Hyvärinen 1994, 117-121; Komulainen 1998, 83; Denzin 1989b, 71; Frank 1993).

Millaiset elämän mutkat voivat kriisiyttää yksilön identiteetin ja elämäntarinan on kysymys jo itsessään. Pitkäaikainen sairaus on esimerkki pakotetusta muutoksesta, joka vaatii tai kutsuu kertomaan uudelleen. Narratiivinen terapia (Gersie 1997; Hydén 1995) ja narratiivinen lääketiede (Greenhalgh & Hurwitz

1998; Karjalainen & Kotkavirta 2001) käyttävät tarinaa tietoisien muutoksen välineenä: oman elämän tarinan kertominen uudelleen, uusien tulkintojen ja merkitysten antaminen pinttyneille tapahtumille, muuttaa kertojan käsitystä itsestään ja tulevaisuutensa mahdollisuuksista.

Oma uskoni siihen, että työttömyysvaihe oli mahdollinen kriisin paikka lääkärille, perustuu sekä yhteiskunnassa vallitsevaan käsitykseen työn merkityksestä (etenkin professionaalisen ammatin edustajalle) että omaan, ammattikulttuurin sisäpuoliseen kokemukseeni. Työttömyys on elämän sattumanvaraisuuden ilmenemismuoto, joka voi kyseenalaistaa ihmisen aiemmat identiteetit, elämän suunnan ja tarkoituksen (Hänninen 1996). Elämme kulttuurissa, jossa yksilö määritellään työnsä, arvonsa ja ammattinsa kautta ja jossa työttömyys assosioituu helposti syrjäytymiseen ja kurjuuteen – myös tutkimuskirjallisuudessa (esim. Kortteinen & Tuomikoski 1998; Vähätalo 1998). Professionaalisen ammatin edustajan ajatellaan olevan keskivertoa lujemmin sitoutunut työhönsä ja uralla menestymiseen. Toisaalta lääkäriytyöttömyys viritti keskustelun siitä, johtaisiko ongelma koko ammattikunnan arvon alenemiseen (Riskä 1995; 1996; Löyttyniemi 2000; 2001a). Näin nähden 1990-luvun alun työttömyyden uhka oli nuoren lääkärin identiteettiä vakavasti horjuttava ilmiö, joka kutsui uudelleen arvioimaan ja kertomaan omaa lääkärin tarinaa niin yksin, nuorten lääkäreiden kesken kuin ammattikunnassa yleisemminkin.

Tuon vaiheen dramaattisuus tuntuu helposti liioittelulta nyt, kun on tiedossa työttömyyden lyhyt kesto ja kääntyminen lääkäripulaksi vajaa kymmenen vuotta myöhemmin. Silti lähes varmoina esitetyt tulevaisuudenkuvat syvenevästä lääkäriytyöttömyydestä ja tuhansista työttömistä lääkäreistä olivat silloin se todellisuus, joka nuoren lääkärin oli sovitettava oman uransa visioon (STM 1993). Perinteinen lääkärin tarina, jota juonittavat työn tärkeys ja uran eteneminen, tulikin yhtäkkiä mahdottomaksi kertoa. Kuten Rosenwald ja Ochberg (1992) korostavat kirjansa *Storied Lives: The Cultural Politics of Self-Understanding* johdannossa, tarinan on ollakseen uskottava myös kunnioitettava kertojan sosiaalista, kulttuurista, historiallista ja taloudellista todellisuutta. Jos työllisyysennusteet ennustavat tuhansia työttömiä nuoria lääkäreitä, ei ole uskottavaa vain (ennusteita mitenkään tarinaan sisällyttämättä) rakentaa suuria erikoistumissuunnitelmia.

Identiteettitarina voi katketa traumaattisesti sairauteen tai työttömyyteen, mutta vähemmän dramaattisena katkos sisältyy jokaiseen muutos-, murros- tai kääntymyskertomukseen (ks. Rimmon-Kenan 2002, 12). Maahanmuuttajien (Huttunen 2002), yksinhuoltajaäitien (May 2001), aikuisiällä ammattiin koulutautuneiden naisten (Komulainen 1998) tai psykoterapiassa toipuneiden (Hydén 1995) elämäntarinat sisältävät ymmärrettävästi ennen-jälkeen-asetelman. Silti henkilökohtainen muutos näkökulmana aikaan ja omaan minään on aina lopulta kertojan valinta; sama, mutkikaskin, elämänkulku voidaan rakentaa

kertomukseksi joko identiteetin pysyvyydestä tai sen murroksesta, eivätkä näkökulmat sulje pois toisiaan (Komulainen 1998, 64). Pysyvyykertomukseen päätyjä tietää, että henkilökohtaisen muutoksen mahdollisuus jää käyttämättä, ikään kuin varastoon. Kirjailija Petri Tamminen (2003) kuvaa tätä tilannetta *Ennen ja jälkeen* -kolumnissaan osuvasti näin:

(O)n ennen-ihmiselläkin ilonsa. Ennen-ihmisellä on ikään kuin säästöjä. Hän pitää ässiä hihassaan. Hänellä on kaikki ovet auki. Häntä jälkeen-elämän autuus odottaa vielä.

Itse olin lääkäriksi opiskelun viime vuosina ja kliinistä työtä urani alussa tehdessäni vakavissani suuntautumassa psykiatriaan; koin sen omakseni ja minuuttani myötäileväksi. Kun muutamaa vuotta myöhemmin päätinkin ryhtyä tutkijaksi, jouduin miettimään uudelleen. Olinhan alkujaan lähtenyt lääkkiseen tullakseni tutkijaksi, oikeastaan olin kyselijä sielultani. Psykiatriasta liitin tutkijuuteeni mieltymyksen pohdintaan ja kiinnostuksen ihmiseen: siinä, missä lukiossa suunnittelin luonnontieteilijän uraa, olinkin nyt valmis tutkijana kohtaamaan inhimillisen kokemuksen ja elämän kertomukset. Kerroin menneisyyden uudestaan nykyisyyden valossa (Rimmon-Kenan 2002, 16), rakensin muutoksen yli jatkuvuuden ja näin sain tarinani (ja itseni lääkärinä) kerrotuksi ehjäksi jälleen.

Haastateltavistani jotkut sanoivat haastattelun jälkeen, että he olivat itse hyötäneet mahdollisuudesta kertoa. Esimerkiksi Lassi, jonka tarinaa luen henkilökohtaisen muutoksen kertomuksena (3.5), sanoi lopuksi, että hänellä oli itselläänkin tarve pohtia elettyä, nykyistä ja tulevaa. Haastattelupyyntöni tarjosi hänelle tilaisuuden kertoa todeksi minuutensa – päämääriensä, arvo- jensa, odotustensa, ominaisuuksiensa – murros. Olen sekä Hillan että Lassin kohdalla tulkinut, että ajankohtainen tarve uudelleenarviointiin kutsuu esiin muutuskertomuksen yhdessä eri elämänhistorian vaiheisiin sijoittuvien, ehkä kipeidenkin kokemusten kanssa. Lassi-lääkäri kertomuksen ydinepisodi, kerrotun minän muutoksen tapahtuma, on hänen syventävien opintojensa tutkimusprojekti. Vaikka sama muutoksen tema toistuu kertomuksessa muuallakin ja muutoksen voi siis ajatella kertojan valitsemana näkökulmana elettyyn, syventävistä tuskin olisi tullut Lassin kerrotun minän tihentymää, ellei tapahtumien muisto olisi siihen riittävän raskas ja traumaattinen. Elämä ja minä suturoidaan monessa kerroksessa.

Muutuskohdissa voimistuva tarve kertoa omaa tarinaansa niin itselle kuin toisillekin on kuin epävirallista narratiivista terapiaa: henkilökohtainen muutos toteutuu ja uusi minä tulee todeksi kerronnassa (McAdams ym. 2001). Tarinallisuutta kärjistäen voi ajatella, että ilman selvää henkilökohtaiseksi koettua muutostakin sen tietäminen, kuka olen, mikä on minulle tärkeää ja mihin olen

matkalla, edellyttää menneisyyden kertomista tarinaksi, joka tuottaa minut sellaisena kuin olen, kuin uskon olevani. Näin ajatellen kertomus tulee välittäjäksi elämän ja identiteetin väliin. Identiteetinkin puolesta kiinnostavaksi tulee itse kertomisen tapahtuma, elämän ja kerronnan suhde, jonka ymmärtämistä narratiivin teoreetikko ja filosofi Paul Ricoeur tavoittaa. Ricoeur (1991a) ajattelee kertomista luovana tekona, konfiguraationa ja kompositiona, jossa elämän tapahtumat ja sattumukset kiedotaan osaksi samaa juonta ja kertomusta. Juoni on aina yhtä aikaa yhteneväinen ja täynnä riitasointua. Se on arvaamaton ja yllättävä, mutta se on jatkuva seurattavuuden mielessä; tapahtumat kerrotaan kuuluviksi yhteen ja loppuratkaisu ymmärrettäväksi, lähes vääjäämättömäksi, seuraukseksi kaikesta koetusta. Juonessa risteää kaksi erilaista aikaulottuvuutta, tapahtumat järjestävä lineaarinen aika ja toinen, juonentamisen luova aika, joka hidastaa käännteissä ja jää viipymään loppuun.

Narratiivisen ja hermeneuttisen psykologian perinteestä käsin minuuden kertomista teoretisoiva Mark Freeman jatkaa Paul Ricoeurin ajatusta identiteetin luomisesta. Hänkin korostaa kertomisen toistuvaa tekoa: elämäntarinansa kertoja katsoo ajassa taakseen elettyä elämäänsä ja valitsee ne hetket ja tapahtumat, joiden kautta hänen on täytynyt kulkea tullakseen siihen, missä kertomisen hetkellä on (Freeman 1993). Elämäntarinan kulussa päähenkilö kasvaa persoonaksi, jonka elämän svantopaikat ja kohtalon heittelyt ovat muovanneet tietynlaiseksi, usein erilaiseksi kuin mitä hän oli ennen. Päähenkilö saa tietyt piirteet ja ominaisuudet, ja tähän kuvaansa kertoja samastuu identiteettinään (Ricoeur 1992). Kertomus ei toista elämää sellaisenaan eikä kaikkea voi kertoa, vaan kertominen on aina valitsemisen, tulkitsemisen ja yhteyksien rakentamisen tapahtuma. Sen mielekkyys on identiteetissä, jonka kertoja elämänsä kulusta uuttaa esiin vastauksena kerrontahetken kysymyksiin ja tilanteen tarpeisiin. Elämäntarinan totuudessa on kyse kertomuksen kyvystä tehdä ymmärrettäväksi koettua sekä itselle että toisille (Bochner 2001) ja tehdä se tavalla, joka ei luudu, vaan sallii sanojen ja kokemusten tapailun yhä uudelleen (Freeman 1998, 465).

Tällöin tutkimuskysymys taipuu mahdollisen suuntaan: miten on mahdollista kertoa lääkärin tarinaa? Näkymä reunalta on usein kiinnostavampi kuin keskeltä. Nuori lääkäri on tavallaan vielä ammattikuntansa reunamalla, ja työttömänä tai työttömyyden uhkaamana hänen ainakin pelättiin syrjäytyvän siitä kokonaan. Tällaisesta osittain sisä-, osittain ulkopuolisesta paikasta käsin kerrottu kertomus haastaa totuttuja tapoja ja katsoo yhden sijaan monista näkökulmista. (Saman ulko- ja sisäpuolisuuden ajattelun koskevan omaa tutkijuuttani.) Tästä syystä epävarmana hetkenä kerrotut lääkärin tarinat ovat mielenkiintoisia yhä, ne osoittavat mahdollisia lääkäriyksiä, joita ei selkeyden keskeltä näe.

Narratiivisen identiteetin käsitteellä viitataan usein myös kulttuurisiin kategorioihin ja jaettuihin mallitarinoihin; narratiivinen identiteetti syntyy yhtä lailla kertomuksissa, joita ihminen kertoo itsestään, kuin toisten kertomissa tarinoissa hänestä tai päähenkilöstä, johon hän samastuu (Whitebrook 2001, 4). Kulttuurin mallitarinat kuvaavat päähenkilöinä identiteettikategorioita, joista Tarja Aaltonen (2002, 126) mainitsee 'äidin', 'potilaan' ja 'selviytyjän'; lisäksi itse 'lääkärin'. Lääkärin mallitarina ehdottaa lääkärin ominaisuudet ja piirteet, pyrkimykset ja päämäärät. Jokainen lääkärin henkilökohtainen kertomus muuntaa mallitarinaa vähän, mutta silti mallitarina tarjoaa kertojalle rungon, jonka ympärille kietoa oma kertomus. Jos esimerkiksi omaksun omaksi minäkertomukseksi (ammatti)kulttuurin myyttisen tarinan sankarilääkäristä, saan kaupan päälle arvon, toimintani perustelut, tavoitteeni, määreeni tarinasta, joka kuvaa työtä pelkäämättömän, tiedoillaan ja taidoillaan ihmishenkiä pelastavan, epävarmuudesta, kiireestä ja kaaoksesta motivaationsa ammentavan lääkärin.

Tarinallisuuden hohto on siinä, miten se auttaa ymmärtämään sekä-että (ks. esim. Freeman 1999; Rosenwald & Ochberg 1992): olemme yhtä aikaa oman elämämme kertojia ja samalla kiinni perinteissä. Kulttuuriset ja jaetut mallitarinat ja tarinamallit ovat henkilökohtaisen kerronnan kude ja loimi: ne kiinnittävät meidät aikaamme ja paikkaamme, kulttuuriin, toisiin ihmisiin. Meidän ei tarvitse luoda itseämme tyhjästä eikä selittää toisillekaan kaikkea aina juurta jaksain tullaksemme (riittävän hyvin) ymmärretyksi juuri siitä syystä, että sanamme ja tarinamme ovat yhteistä perimäämme. Silti tarinat eivät pakota meitä ehdottomasti, vaan kutoja ja kangaspuut olemme me itse, meidän poeettinen mielikuvituksemme (Freeman 1999), ja kerronnan tapahtuma, jossa läsnä on aina myös kuulijamme, todellinen tai kuviteltu.

Ricoeurin (1991a) mukaan kertomukset, fiktiivisetkin, toimivat itseymmärryksen välineinä. Jokainen tarina avaa lukijalleen (tai kuulijalleen) mahdollisen kokemushorisontin, lukija kuuluu hetkisen aikaa kahteen maailmaan – omaansa ja kertomuksen. Tapahtuu horisonttien yhteensulautuminen, joka voi muuttaa lukijan kokemuksen ja sen tavan, jolla hän katsoo oman elämänsä horisonttiin kertoessaan tarinaansa identiteettinsä pohjaksi. Sama muutoksen potentiaali on jokaisessa tekstissä, jonka kuvaaman maailman lukija kokee mahdolliseksi ja uskottavaksi (Widdershoven 1993, 8). Kaunokirjallisen tekstin vaikuttavuus on usein sen kyvyssä tihentää jotakin olennaista omasta todellisuudestamme. Vaikkei tapahtumia väitetä todella tapahtuneiksi, ne muuttuvat tosiksi mahdollistaessaan identiteettejä, muutoksia, ymmärtämistä. Lääkäreitä on koulutettu taiteiden avulla – ehkä pitäisi enemmänkin? – ymmärtämään sairauden koettua ja yhteisöllistä puolta ja myös itseään lääkäreinä. Suomalaisen sairauden ja sen kohtaamisen kaunokirjallisten kuvausten antologian toimituskunta tiivistää Juhani Niemen esseestä näin (Niemi ym. 2003, 12):

(T)aiteelliset tekstit voivat lääketieteellisessä käytössä auttaa ymmärtämään sairauden olemusta, mutta lukeminen sinänsä saattaa panna alulle prosesseja, joita ei voi ennakoida. Parhaimmillaan kaunokirjallisuus voi auttaa lukijaa tutkimaan omia asenteitaan ja ottaa niihin etäisyyttä. Kenties lukiessa koettu voi myös kehittää lääkärin kykyä myötäelää potilaiden huolta ja ahdinkoa.

Niemen esseen otsikkoa lainaten kertomusten lukeminen on vaarallista, seuraukset arvaamattomia. Toisin päin voisi ajatella, että on turvallista tietää, että jossakin on kerrottuna se kertomus (tosi tai fiktio), jonka kautta voin oppia siitä, mitä vielä en ymmärrä. Tieteellisten identiteetti-teorioidenkin voima on siinä, miten ne muuttuvat yksilöiden minäkertomuksiksi ja kokemushorisonteiksi. Myös oman tutkimustekstini toivon toimivan lääkärilukijalle näin, erilaisten mahdollisten lääkäriyksien kuvittelemisen ja sovittelen paikkana.

Tutkimuksessani luen 90-luvun alun työttömyysvaiheen aikaisia kirjoituksia Lääkärilehdestä ja Nuori lääkäri -lehdestä mallitarinoina, joiden juonet tarjoavat identiteettejä nuorille lääkäreille omaksuttaviksi (Löyttyniemi 2000; tämän kirjan sivut 192-201). Toisin sanoen ajattelen ammattipoliittisetkin tekstit risteyksinä, joissa tekstin ja lukijan maailmat hetkeksi sulautuvat yhteen ja joissa lukija sovittaa omaa kokemustaan tekstin avaamaan toiminnan tilaan. Esimerkiksi Nuori lääkäri -lehden Työllisyys-teemanumeron pääkirjoituksessa nuori lääkäri asetetaan asemaan, jossa hän on kyllä tarinan keskeinen toimija, mutta vailla kykyä ja mahdollisuutta tehdä mitään tavoitteensa (eli kunnolla palkatun lääkärin työn) saavuttamiseksi. Nuoren lääkärin identiteetiksi omaksuttuna pääkirjoitus mahdollisti vain avuttomuuden ja kyvyttömyyden kokemuksen. Sen lukeminen oli ehkä vaarallista.

## 3.2 Lääkärin työn yllätyksellisyys ja identiteetin jatkuvuus

Esimerkkinä elämän juonentamisesta ja siitä, miten juoni tuottaa päähenkilön kertojan identiteetin kuvaksi, esitän kokonaisuudessaan pienen kertomuksen yhdestä aineistoni haastattelusta. Siinä, ja omassa luennassani, havainnollistuu Ricoeurin diskordanssin ja konkordanssin, elämän sattumanvaraisuuden ja juonen jatkuvuuden suhde: juonentaminen sitoo elämän moninaiset käänteet yhdeksi tarinaksi, jonka juoni on yhtä aikaa riittävän katkoton seurattavaksi ja riittävän rosainen ollakseen kiinnostava (Ricoeur 1991a, 21-22). Kysyin haastattelun jossakin sopivassa kohdassa useimmilta lääkäreiltä, oliko heillä jäänyt mieleen jokin potilas, josta he haluaisivat kertoa. Terhon haastattelussa puhuimme opiskeluaikaisista päivystyksistä, kun esitän kysymykseni.

Joudumme neuvottelemaan hetken siitä, etten tarkoita vain lääketieteellisesti merkittäviä tai poikkeuksellisia potilaita, vaan millaisia ja mistä syystä vain mieleen muistuvia tapauksia. Terho kertoo kahdesta potilaasta, joista jälkimmäisestä näin (litterointimerkinnöistä ks. s. 78):

1. Kesällä tota nin kesällä oli semmonen ku
2. tää kävi Kukkolassa ni
3. tuli Varsamäeltä sielt =meillei o niitten potilaitten papereita ollenkaan ja
4. tuli semmonen joku s- joku seittemänkymppinen mies ja
5. naapurit oli hänelle tilannu ambulanssin ku se oli maannu tupansa lattialla
6. ja sitte ambulanssi toi sen sinne ja se mies oli ihan niinku täysis järjissään
7. mä kysyin et no minkäs takia te siellä makasitte lattialla
8. =sillo oli helteet
9. se sano et ku sielloli viilempää ja
10. mä sanon(?) et vainni ja,
11. no sit tota ni ei sil labrakokeita ei saanu mitään mut et sitten no EKG katottiin ja kuuntelin ja katoin
12. silloli kuumetta sitte kolkytkaheksan ja viis ja mä aattelin et no että mistä se ny johtuu sitte ja ..
13. //M: Mm// sit mä katoin että joo että no toinen jalka punotti ja kuumotti ni mähän että jaaha et selvä ruusu(?) tällä miehellähän on ruusu et otetaan osastolle ja
14. otin sen osastolle sisätautiosastolle ja alotettiin iivepenisilliinit ja
15. siin meni sitten muutama tunti ja silloli omainenki ollu kattomassa ja
16. sitte ne soitti sieltä osastolta että tuukko tänne että täällo yks mies joka jonka henkee ahdistaa kauheesti ja paineet romahtanu ja
17. no sehä oli se sama mies sitten
18. se oli kävelly sit aina sie käytävillä ja //M: Mm// ja tota .. ja ja,
19. no se siirrettiin sitten sydänvalvontaa
20. ei sillä EKG:ssä edelleenkaa näkyny mitää
21. sittehäh mä pyysin sisätautilääkärii sinne ja se sitten meinas että okei että se oli keuhkoembolia että ei sillä mikään ruusu oo //M: Mm// että se on trombi
22. mä että no voi perhana et niin se nyt tietysti onki ja, ja harmitti ..
23. no sitte se oli sie sydänvalvonnassa aikansa ja sitten se kuoli h kuoli tota nii ja,
24. no ei siin mitään



25. se oli muutenkin se oli aika aika rankka päivystys ja sit tuli neljän aikaan yöllä omaiset tota niin omaiset omaiset jutteleen ja ymmärrän hyvin tietysti et ne oli aika ihmeissään ku ne oli käyny siellä ja sanottu että potilaallon ruusu ja hoidetaan siinä ja tsitte seuraavaks ne saa kuulla et se on kuollu
26. =se oli nimittäin semmonen mies jolla ei ollu mitään lääkityksiä ei mitään
27. se oli käyny pyörällä kaupassa ja muuta, //M: Mm mm//
28. no sit ne omaiset tulee neljän aikaan ja (huokaus) ja ne tietysti vähä .. silleen käyttäyty aggressiivisesti ja hyökkäävästi ja syyttelevästi minkä mä nyt siis niinku kuitenkin ymmärrän mutta että ei nyt muuten mul-lakaan niin //M: No ei (epäselvä sana) nii// tunnelmat ollu mitenkään kauheen hyvät ja
29. sitten se perhanan sisätautilääkäri oli sanonu niinkö jättäny semmosen viestin että kirjota kuolintodistus
30. mut et no eihän se mun asia oo osaston potilaista niit kirjotella ja ja muutenkaan
31. en mä ees tiedä siit mitään,
32. no mä laitoin sen sitten oikeuslääketieteelliseen avaukseen
33. mä olin siis mä olin ite ihan varma että se oli siis trombi tai siis trombi ja sitä kautta keuhkoembolia et oireet olis sopinu kauhee hyvin //M: Mm//
34. ja tota nin ja ajattelin että no
35. mulla ei ollu käytettävissäni niitä labroja eikä mitään muutakaan ja tuskinpa se ois siitä muuttunu miksikään vaikka ois alettu hoitaa sitä trombinaki //M: Mm mm mm mm mm//
36. siis siinä muutamias tunnissa
37. mut et tottakai se niinkö m- mieles pyöri jonku aikaa,
38. no sitten m m no itseasias mä pidin kesällä taukoo et mä menin sitte vasta joskus elo- elokuus et siinoli puoltoist kuukautta
39. ni sit oli tullu se oikeuslääketieteellisen avaus ni ei se ollu trombi vaan se oli kuollu sepsikseen se mies //M: Nonii//
40. eli kyllä se niinku [ruusu oli
41. **M:** Sä olit oikeessa [nii
42. Nii mut et se ei oo ees pointti että //M: Nii// itseasiassa nin
43. no olihan se nyt tietysti kiva että mä oli oikees
44. mä olin iha varma et mä olin väärässä
45. mä kerroin jo- joilleki kavereilleki että joo että et näin kävi et et keuhkoemboliaan kuoli että tämmöst voi sattuu
46. [niinku mä miet- mä niinku mietin sitä että näin olisi voinut käydä

47. M: [Nonii(?) (epäselvää??)]  
 48. //M: Nii(?) nii(?)// ja se olis voinu se tilanne olla //M: Nii nii nii nii//  
 semmonen  
 49. va- siis olis tuntunu //M: Mm// kurjalta  
 50. mut et siinä se riski on että ---  
 51. ja tuntuki kurjalta //M: Mm// .. joo  
 52. semmonen mulle jäi mieleen

Terho kertoo perusterveestä seitsemänkymppisestä miehestä, jolle naapurit olivat tilanneet ambulanssin tämän maattua tupansa lattialla. Laboratoriokokeita ei päivystysaikana saanut, sydänfilmi oli ilmeisesti normaali. Miehellä oli kuumetta ja toinen jalka punoitti ja kuumotti, mistä Terho päätteli vaivan ruusuksi. Hän otti potilaan osastolle ja aloitti asiaankuuluvan antibiootitihoidon. Jonkin ajan kuluttua hänet soitettiin osastolle katsomaan samaista miestä, jolle oli ilmaantunut hengenahdistusta, ja verenpaine oli hälyttävästi laskenut. Potilas siirrettiin sydänvalvontaan, ja Terho kutsui päivystävän sisätautilääkärin paikalle. Sisätautilääkäri muutti diagnoosin keuhkoemboliaksi, alaraajan syvästä laskimotukoksesta lähtöisin olevaksi keuhkoveritulpaksi. Potilas kuoli, ja omaiset purkivat odottamattoman kuoleman aiheuttamaa ihmetystä ja suuttumustaan Terhoon, jolla eivät ”tunnelmat ollu mitenkään kauheen hyvät”. Hän tiesi, ettei kuolema olisi ollut välttämättä estettävissä, vaikka trombin hoito olisikin aloitettu heti potilaan tultua päivystykseen, mutta asia jäi silti mieleen painamaan. Sisätautilääkäri käski Terhon laatia kuolintodistuksen, mikä ei oikeastaan ollut Terhon tehtävä. Terho lähetti potilaan oikeuslääketieteelliseen ruumiinavaukseen, jonka tuloksen hän sai kuulla vasta seuraavan kerran samassa paikassa päivystäessään puolitoista kuukautta myöhemmin: potilas oli kuollut verenmyrkytykseen, eli Terhon alkuperäinen bakteeritulehdusdiagnoosi oli ollut sittenkin oikea.

Päivystävän lääkärin työ on elämän sattumanvaraisuutta ja ristivetoisuutta, Ricoeurin diskordanssia, paljaimmillaan: koskaan ei voi tietää, mitä seuraavaksi tapahtuu, ja samalla tulisi toimia ja jälkikäteen toimistaan voida kertoa tavalla, joka kokoaa kaikki sattumukset yhden lääkärin tarinan ja identiteetin sisään. Terho sanoo toisaalla haastattelussa pitävänsä päivystystyöstä, vaikka varauksin: ”kyllähän se mun luonteelle sopii ihan hyvin, mä tykkään kuitenkin tavallaan siitä, että on toimintaa ja tapahtuu”. Kertomuksena päivystyspotilaasta hän esittää niitä ominaisuuksia, joita päivystämisestä nauttiminen edellyttää ja joita hyvältä päivystäjältä edellytetään.

Kyse ei ole niinkään siitä, että hän esittäisi suoraan listan luonteenpiirteitä ja ominaisuuksia tai kuvaisi itseään suorasanaisesti (ks. Hyvärinen 1998a, 161) näin: *minä olen rauhallinen, rentokin, kykenevä yhdistämään vähäisetkin faktat ja vaiston kliiniseksi silmäksi, joka usein näkee oikein*. Tällaisen lääkärin ker-

tomus tulkintani mukaan esittää, mutta taitavasti tarinan keinoin. Juoni tuottaa päähenkilön (Ricoeur 1991b; 1992): kaikkien mutkien ja ennakoimattomien vaiheiden kautta juonta kuljetettuaan Terho päättyy loppuratkaisuun, jossa hän oli sittenkin ollut oikeassa – potilaalla oli ollut ruusu, eikä sisätautilääkärinkään ollut sitä oivaltanut. Ennen tätä potilasesimerkkiä Terho oli kertonut toisen päivystyksistä mieleensä jääneen potilaan, jossa juoni etenee samoin: hän lähettää eteenpäin sairaalaan potilaan, jonka verenvuodon kokeneempi lääkäri oli arvioinut olevan suusta peräisin. Huonokuntoinen potilas ei ollut autettavissa, mutta verenvuodon vakavuuden Terho oli osannut arvioida/arvela oikein; potilas vuosi alempaa.

Olen luetuttanut Terhon päivystyspotilaskertomuksia tutkijaseminaarissa, jossa seminaarilaiset olivat osin eri mieltä tulkinnastani. Heidän luennassaan kyse oli lääkärin oman epäonnistumisen mahdollisuuden käsittelemisestä, ja ajattelen itsekin, että kyse on *myös* siitä, elämän sattumanvaraisuuden ja diskordanssin sisällyttämisestä kertomukseen ja kokemukseen. Ennen kaikkea kyse on siitä, millaisena kokonaisuutena Terhon kertomuksen tulee lukeneeksi. Lääkäri-identiteetin näkökulmasta juonta on seurattava loppuun asti, sillä kuten mm. Ricoeur (1981, 170) esittää, vasta loppuratkaisussaan tarina kirkastaa johtoajatuksensa. Lopussa tarinan konklusio taltuttaa elämän sattumanvaraisuuden ja kääntää epäonnistumisen ja ymmärrettävän (elämän ja sairastamisen hallitsemattomuudesta johtuvan) erehtymisen oikeassa olemiseksi. Oman päivystyskokemukseni kautta olen valmis väittämään, että päivystystyöhön sopiva ja siitä nauttiva lääkäri tarvitsee identiteetikseen uskon omaan oikeassa olemiseensa sulkematta silti epäonnistumisen mahdollisuutta kokonaan ulos tarinastaan.

Silti yhtä hyvin voisi painottaa kertomuksen lopun sijaan juonen kulkua ja käänteiden kummallisuutta. Tästä näkökulmasta juonen sulkeva päätäntä on tavallaan väkivaltainen elämän arvaamattomuudelle ja kertomuksen avoimuudelle; myös ne kuuluvat kerrottuun identiteettiin. Edelleen jokainen päätäntä on tilapäinen, eikä edes (potilaan) kuolema pysäytä kiertokulkua, jossa kertomus sulkeutuu vain avautuakseen uudestaan odottamattomalle.

Tähän esimerkiksi ottamani Terhon kertomus on erikoinen siksi, että siinä me lopuksi yhdessä neuvottelemme tulkinnasta – yleensä minä käyn noita neuvotteluja vasta myöhemmin tutkimusprosessissa aineistoni kanssa, ilman kommentoivaa kertojaa. Kuulin jo haastattelutilanteessa (rivi 41) kertomuksen 'pointiksi' sen, miten Terho lopulta oli sittenkin oikeassa, ja Terho kieltää. Hänelle, kuten kertomusta myöhemmin lukeneille tutkijakollegoilleni, kyse oli todella epäonnistumisen mahdollisuuden käsittelystä. Olennaista lienee hyväksyä se, ettei kertomuksen viesti ole yksi, vaan jokainen kertomus saa lopulta merkityksensä kuulijassaan (tai lukijassaan), ja se resonoi jokaisessa kuulijassa vähän eri tavoin. Tulkinta on erilainen riippuen kysymyksestä, jonka

kertomusaineistolle esitän. Jos luen siitä narratiivista identiteettiä ykseyden mielessä, seuraan juonta sen päätäntään saakka, jos taas olen kiinnostunut lääkäreiden kokemuksista työssään, tartun erehtymisen kauheaan kuiluun.

Terhon kertomus on myös esimerkki siitä, miltä purettu aineistoni näyttää. Keskusteluanalyytikoille tarkkuus ei riittäisi (ks. esim. Ruusuvuori 2000; Sorjonen ym. 2001), kun taas sisällönanalyysiin se olisi turhankin yksityiskohtaisesti puhutun kielen muodon ja piirteet säilyttävä. Omassa lukemisen tavassani puheen muoto ja sisältö ovat molemmat läsnä. Identiteettiä ei rakenneta vain tapahtumien sisällöistä, vaan myös (ja ehkä ennen kaikkea) siitä, miten tapahtumia ja kerrottua arvioidaan kautta kerronnan. Vastaavasti ovat kertomuksia lukeneet esimerkiksi Matti Hyvärinen (1994), Katri Komulainen (1998), Charlotte Linde (1993) ja Stanton Wortham (2001). Tämä arviointi on sekä suoraa että epäsuoraa, sanavalintoihin, äänenpainoihin, kerronnan rytmiin, toistoihin, katkoksiin paikannettavaa. Se on myös kerronnan tyyliä (Bakhtin 1986, 60). Esimerkiksi Terho-lääkärin piirteiksi tulkitsemani rentous, rauhallisuus kaiken kiireen keskelläkin, hienoinen omaan tietäjän positioon kohdistuva itseironia syntyvät sanotun muodosta ja rytmistä, jonka tavoittaminen on mahdollista vain kuuntelemalla: ”vainnii”.

10. (...) mä sanon et vainnii ja,
11. no sit tota ni ei sil labrakokeita ei saanu mitään mut et sitten no EKG katottiin ja kuuntelin ja katoitin,
12. silloli kuumetta sitte kolkytkaheksan ja viis ja mä aattelin et no että mistä se ny johtuu sitte ja ..

Jos en kuuntelisi kerronnan tyyliä ja rytmiä (ne voi osittain kuulla kirjoitustustakin tekstistä), tulkitsisin Terhon varmaankin kuvanneen lääkärin, jonka suhtautuminen omaan tietämiseensä ja tietämisen mahdollisuuteensa olisi ollut ristiriidattomampi, vähemmän ironinen.

Terhon kertomus päivystyspotilaasta on kahden erilaisen totuuskäsityksen rinnakkaiselo. Tulkintani mukaan juonessa on kyse oikeassa olemisen ja erehtymisen mahdollisuudesta ja historiallisesta totuudesta (ks. Freeman 2002b), joka on alusta saakka olemassa, jos kliininen silmä ja diagnostiset keinot riittävät sen tavoittamiseen. Samanaikaisesti kertomus kuitenkin on esimerkki siitä, miten lääketieteellisenkin totuuden voi ymmärtää kertomuksen kautta. Kliinisen ongelman ratkaisussa myöhemmät tiedot ja tutkimustulokset muuttavat aiempia tulkintoja, mahdollistavat oireille merkityksiä, jotka eivät olleet mahdollisia antaa aiemmin. (Sairaus)kertomukseen uuden tiedot, uudet oireet ja uudet näkökulmat tapahtumiin voi lisätä ja päästä näin lähemmäksi totuutta, joka on olemassa vain kertomuksena, ajassa liikkuvana, ainakin patologin tai oikeuslääkärin lausuntoon asti. Mark Freeman ei viittaa sairauskertomuksiin,

vaan elämäntapahtumiin, jotka kyseenalaistavat kertojan eettisyyden, mutta hän voisi yhtä hyvin kommentoida Terhon päivystyskokemusta: ”Me emme useinkaan tiedä, mitä tapahtuu silloin kun se tapahtuu; jos tietäisimme, me usein estäisimme sen tapahtumasta. Sen sijaan myöhästymme usein, ja silloin voi vain kertoa kertomuksen: (...) näin *todella* tapahtui” (Freeman 2003a, 26, kursivointi omani; myös Freeman 2002b).

### 3.3 Identiteetin ja minän käsitteistä

Käytän identiteetin ja minuuden/minän käsitteitä ristiin ja eri tavoin tutkimukseni eri vaiheissa. Aluksi kiinnyin narratiivisen identiteetin ideaan, jolla viittasin kokemukseen lääkäri-itsen jatkuvuudesta ja omien tavoitteiden ja päämäärien selkeydestä (Löyttyniemi 2001a); vastaavasti luin nyt Terhon kertomusta ensisijaistaen jatkuvuuden ja konkordanssin. Siinä, missä työtömyys tuntui tekevän mahdottomaksi monen nuoren lääkärin tavoitteleman urakehityksen, ajattelin sen merkitsevän katkosta identiteetin jatkuvuudessa ja kutsuvan kertomaan tarinaa uudelleen ehjäksi.

Alkaessani painottaa minuuden moniäänisyyttä aloin sitten vierastaa identiteetti-sanaa, joka vihjaa ykseydestä ja selkeydestä (ks. Freeman 2003b). Lopulta, kohdattuani Jennifer de Peuterin (1998) ja Maureen Whitebrookin (2001) kaltaisia kirjoittajia, jotka sisällyttävät identiteetin käsitteeseen sisäiset erot ja moniäänisyyden, aloin itsekini käyttää sitä uudelleen minuuden ja minän käsitteiden rinnalla. Sen paremmin minuudella, minällä kuin identiteetilläkään ei ole yhtä ainoaa vakiintunutta sisältöä. Elävän kielen käsitteellä ei näin voisi ollakaan Bahtinin mukaan (esim. Bakhtin 1981) tai käsitehistoriallisesti ajatellen (Hyvärinen ym. 2003, 10), enkä usko ymmärtämisen sitä edellyttävänsäkään. Tärkeintä lienee antaa lukijalle jokin määritelmä yhteiseksi lähtökohdaksi ja sallia sitten merkityksen eläminen.

Maureen Whitebrook (2001) ja Tarja Aaltonen (2002) näkevät identiteetissä minuuden julkisen, poliittisen, toisten arvioitavaksi esitettävän puolen. Se dialogi, joka tapahtuu jokaisen kertojan henkilökohtaisen identiteetin ja toisten kertomien kertomusten välillä, sijoittuu tällöin enemmän kulttuuriin kuin minuuden sisäisyyteen. Mitä sitten olisi minuus muuta kuin ulos päin esitetty identiteetti? Whitebrookin (2001, 6) tavoin jätän rauhasa ratkaisemattomaksi kysymyksen siitä, onko minuuden pysyvä sisäinen ydin olemassa. Oli tai ei, ajattelen, että kokemus tuosta minuudesta ainakin hetkittäisenä tiiviinä ytimenä saavutetaan kerronnassa, kertomisen luovassa teossa ja tapahtumassa, kuten Mark Freeman kirjoittaa (Freeman 1999, 105).

En rakenna identiteetin ja minuuden suhdetta ulkoinen/sisäinen-kahtiajolle, vaan ennemminkin sille, miten ne suhtautuvat kertomukseen; molemmat ovat läsnä sekä sisäisyyteni kokemuksessa että tavoissa, joilla toiset tuntevat minut. Periaatteessa viitataan identiteetillä Ricoeuria mukailien kertomuksen juonesta kasvavaan päähenkilön kuvaan – määreisiin, piirteisiin ja ominaisuuksiin, joista kertoja tunnistaa itsensä ja joilla hän haluaa esittäytyä toisille (palaan Ricoeurin narratiivisen identiteetin käsitteeseen hetken kuluttua). Identiteetikertomuksen kertominen voi tarjota ihmiselle tunteen oman minän ytimestä, joka pysyy samana ajan virratessa eteenpäin ja ihmisten ja tilanteiden ympärillä vaihtuessa, mutta kertomus voi yhtä hyvin tunnustaa tilapäisyytensä, juoni katkoisuutensa ja identiteetti moninaisuutensa.

Identiteetti on käsitteellisempää, artikuloidumpaa, minuus sisältää myös ei-tietoisien, toiminnallisen, elämyksellisen puolen, joka ”ei ole ulottumattomissamme, mutta se on ’tietoa’, jota ei tiedä tietävänsä, ’kokemusta’, jota ei tiedosta kokemukseksi, mutta josta tunnistaa aina jotain”, kuten Suvi Ronkainen (1999, 76) kirjoittaa. Kerrottu minuus ei synny pelkästään sanojen sisällöistä, vaan tavasta, joilla itse sanomisen teko tuottaa kertojalle olemassaolon kokemuksen, aitouden (tai epäaitouden) tunteen. ”Puhuminen on maailmassa olemisen tapa”, kiteyttää Marja-Liisa Honkasalo (1993, 103): puhumalla ja kertomalla kiinnitämme itseämme maailmaan ja suhteisiin. Henkilökohtainen kertomus välittää kuulijalle sekä kertojan identiteetin että minuuden, joista jälkimmäisen tunnistaa ja tulkitsee – vaikkei aina tietoisesti – siitä, miten kertoja asettautuu puhuessaan suhteessa kuulijaansa ja suhteessa maailmaan, josta hän kertoo (Wortham 2001). Mark Freemia (1999) mukailien voisi sanoa, että se poeettinen mielikuvitus, joka luo kielestä ja kertomuksista minuuden kokemuksen, ilmenee paitsi käsitteissä myös kertomisen rytminä ja tyylinä.

Käytän myös ’kerrotun minän’ (tai vain ’minän’) käsitettä silloin, kun teoreettiset keskustelukumppanini tekevät niin. Viitataan Katri Komulaisen (1998, 27) tavoin ’minällä’ kielelliseen ja retoriseen keinoon, jolla kertoja ilmaisee puhuvansa sisäisestä maailmastaan ja oman elämänsä tapahtumista. ’Minä’ tässä mielessä on vain sana, jonka saamia merkityksiä voi tutkia esim. kielen tutkimuksen keinoin. ’Minä’ on sanojalleen kuitenkin koettu ja henkilökohtainen sana, joka tekee mahdolliseksi minuuden ja identiteetin kokemisen, kertomisen ja jakamisen – ’minä’ on minuuden kielellinen merkki (Kerby 1997, 130). Yksi hankaluus seuraa siitä, että suomeksi yksikön ensimmäisessä persoonassa kirjoittaessani viitataan myös itseeni sanalla ’minä’, kun taas esimerkiksi englanniksi olisin ’I’ ja (kerrottu) ’minä’ substantiivina ’self’ (Vuorinen 1992, 139; Komulainen 1998, 23). ’Minuuden’ ja ’minän’ käsitteitä käytän lisäksi osin sekaisin, mutta ajattelen molempiin sisältyvän sekä minuuden kielelliset, sosiaaliset ja ideologiset ehdot että ihmisen olemassaolon kokemuksen. ’Minuus’ ja ’minä’ painottavat hiukan eri tavoin; minuus kokemuksellisuuden

suuntaan, 'minä' taas niihin lukemattomiin mahdollisuuksiin, jotka kieli tarjoaa tuon kokemuksen syntyä.

Käsitteiden ristiriitainen käyttöni selittyy paitsi oman ajatteluni muuttumisella myös sillä, että käsitteet menevät päällekkäin ja kaiken lisäksi häilyvät. Eri kirjoittajat, joihin viitataan, käyttävät käsitteitä eri tavoin, ja myös omissa artikkeleissani olen antanut niille erilaisia merkityksiä riippuen siitä, millaiseen keskusteluun olen osallistunut ja miten olen kulloinkin käsitteet itse ymmärtänyt. Toivon lukijaltani epämääräisyyden sietoa. Identiteetti, minuus ja minä ovat käsitteitä, joita ei ehkä voi määritellä tiukasti toisistaan erilleen, vaan ne tulevat ymmärretyiksi kulloisessakin käyttöyhteydessään ja kulloisenkin lukijan identiteettiin ja minuuteen sopivalla tavalla.

### *Paul Ricoeur ja narratiivinen identiteetti*

Palaan Paul Ricoeurin ja otan hänen ajatuksensa narratiivisesta identiteetistä lähtökohdaksi, josta käsin puran kysymyksiä identiteetin ykseydestä, moninaisuudesta ja koherenssista. Ricoeurilla ajallisuus toteutuu kertomuksessa. Me samastamme elämän kertomuksiin, joita elämästä kerromme (Ricoeur 1991b, 195). Niin keskeinen kuin kysymys kertomuksen ja ajallisuuden suhteesta Paul Ricoeurille onkin, tuossa suhteessa ei lopulta pohdita itse identiteetin mieltä kertojalle; kertomuksen ja identiteetin suhteen vakava tarkastelu kääntää näkökulmaa (Ricoeur 1992, 114). Kysymys on siitä, miksi me jatkuvasti etsimme itseämme toisten tarinoista ja kokemushorisonteista: me vastaamme haasteeseen, jonka aika esittää identiteetille, identiteetin pysyvyydelle. Identiteetin pysyvyys on pysyvyyttä ajassa, tai toisin päin: oikeastaan vasta ajan haaste synnyttää identiteetin kutsumalla esiin kertomuksen. Henkilökohtaisen identiteetin ajatus on mahdoton ilman olemassaolon ajallista ulottuvuutta – minkä/kenen kanssa minun pitäisi osoittaa olevani identtinen jos ei sen, joka olin ennen?

Ricoeurin mukaan identiteetti-käsitteen ongelmallisuus liittyy sen kahdalaaiseen merkitykseen, joiden suhdetta voi ymmärtää kertomuksen kautta: identiteetti viittaa yhtäältä ykseyteen ja samuuteen (sameness) ajallisen jatkuvuuden mielessä, toisaalta minuuteen (selfhood) myös tavalla, joka ei edellytä samuutta ja joka sallii eettisyyden ja vastuullisuuden. Aika tekee tämän käsitteellisen jaon mielekkääksi, sillä nämä identiteetin eri versiot vastaavat ajan esittämään pysyvyyden haasteeseen eri tavoin. Ricoeur konkretisoi samuuden luonteeksi tai persoonallisuudeksi – englanninkielisen käännökseen termi *character* viittaa paitsi luonteeseen myös tarinan henkilöön: kertomansa tarinan päähenkilöstä ihminen tunnistaa oman *characterinsa*, omat ominaisuutensa ja luonteenpiirteensä, jotka nimeävät laadullisesti hänen erityisyytensä. Samuus

syntyy osittain tavoista ja identifikaatioista – arvoista, normeista, ideaaleista, malleista, sankareista, joihin ihminen samastuu. Niistä muodostuu piirteiden ja tottumusten kokonaisuus, josta hänet tunnistaa samaksi päivästä, viikosta ja vuodesta toiseen. ”Hän ei ole oma itsensä”, sanotaan, kun joku toimii tapojensa vastaisesti. Narratiivisen identiteetin samuus on kuitenkin dynamisempää: *character* persoonallisine piirteineen elää ajassa ja juonessa ja pysyy silloin yhtä aikaa samana ja muuttuu (Ricoeur 1992, 122).

Painotin luennassani Terhon identiteettiä samuutena ja ykseytenä, jotka syntyvät juonen jatkuvuutena katkosten ja sattumusten yli. Identiteetin samuus on luonteen pysyvyyttä, mutta identiteetin ajallinen pysyvyys on myös toisenlaista, ei-ominaislaatuista: toteutamme sitä pitäessämme toisille antamamme sanat ja lupaukset (Ricoeur 1991, 192; 1992). Pysyvyys tässä *self-constancy* mielessä ei riipu halujen, taipumusten ja mielipiteiden muuttumisesta tai pysyvyydestä, toisin sanoen *characterin* pysyvyydestä tai juonen jatkuvuudesta, vaan pysyvyys on sitä, että *minä* pidän sanani, teen huomenna (ensi viikolla, ensi vuonna) sen, minkä tänään lupaan. Minuudesta tulee vastuullisuutta (Ricoeur 1992, 165).

Ricoeur nimeää tämän vastuullisuuden ja toisaalta *characterin* jatkuvuuden henkilökohtaisen identiteetin vastakkaisiksi navoiksi, joiden välillä välittää kertomus. Kertomuksen juonentamisen luomistyössä syntyy kuvaus *characterista*, jonka tunnistamme muuttuvanakin samaksi henkilöksi; juonen konkordanssin ja diskordanssin vaihtelu on *characterin* sisäinen dialektiikka (Ricoeur 1992, 148), jossa sattumat lopulta tulkitaan välttämättömiksi juonen käännteiksi ja kerrotaan identiteetille sen ajallinen samana pysyvyys.

Edelleen kertomus välittää liikkeen identiteetin jatkuvuuden ja vastuullisuuden napojen välillä. Silloin, kun identiteetti lähestyy lupauksen pitämisen, uskollisuuden, vastuullisuuden napaa, kertomuksen ja kerrotun minän suhde kääntyy: juoni ei enää tuota minää vaan minä juonta. Äärimmillään Ricoeur (1992, 148) kuvaa tämän tapahtuvan tajunnanvirtaromaanissa, jossa tapahtumien juoni korvautuu kertojan sisäisellä dialogilla, kertomuksen muoto ilman ennustettavuutta (edes jälkikäteistä) etenevällä tapahtumien kuvauksella. Kertomuksen rikkovaa muotoa on käytetty kirjallisuudessa tietoisesti kyseenalaistaman elämän ja minuuden selkeyttä (Kosonen 2000; Whitebrook 2001), mikä on myös feministinen projekti (Stanley 1990): autonomisen, maskuliiniseksi sukupuolittuvan yksilön, omien polkujensa kulkijan ja oman kertomuksensa riippumattoman juonentajan korvaaminen minuudella, joka on moninainen ja suhteissaan kiinni.

Politiikan teoriasta käsin kirjoittavan Maureen Whitebrookin mukaan romaanin, fiktion, poliittisuus on juuri sen mahdollisuudessa koetella tapoja antaa sanat ja muoto muuttuvalle ja moniääniselle identiteetille. Kysymys siitä, mitä ja miten on mahdollista identiteettikertomuksena esittää, on myös



poliittinen (Whitebrook 2001, esim. ss. 15-16). Ricoeurille identiteetin kumpikin ääripää on puhtaana mahdollinen oikeastaan vain fiktioissa, joiden kautta voimme toisaalta koetella pelkän samuuden tai eettisyyden seurauksia. Henkilökohtaisen identiteettimme projektissa olemme aina jossakin välillä, eikä kyse ole lopulta vastanapaisuudesta vaan hedelmällisestä jännitteestä (Ricoeur 1992, 167). Narratiivinen identiteetti *on* tuo jännite: kertomus liittää muutoksen mahdollisuuden *characterin* pysyvyyteen ja toisaalta nimeää ja sovittaa juoneen ne tärkeät toiset, joista olemme vastuussa ja joille olemme lupauksen pitämisen velkaa (mts. 166).

Silti jokin vaivaa minua tässä hiukan, ja uskoakseni kyse on Pamela Andersonia (1998) seuraten siitä, miten nuo tärkeät toiset palautuvat lopulta kertojaan, hänen kertomukseensa, sen sijaan, että eettisyys toteutuisi kahden ihmisen, kertojan ja kuulijan, kahden kertojan, välillä. Ricoeurille kertomus luo temporaalisuuden kokemuksen ja kietoo yhteen historiallisen, sosiaalisen ja elämäkerrallisen ajan (Ricoeur 1981), kun taas Luce Irigaray (1996b, 111) kysyy kirjoittaessaan väliin sijoittuvasta rakkaudesta,

miten luoda ajallisuus välillämme? Miten yhdistää kaksi ajallisuutta, kaksi minää, kestäväällä tavalla?

Jos kertomisessa olisi kyse ennen kaikkea kahden tai useamman kertomuksen ja minuuden yhteensovittamisesta siten, että ne säilyvät monina juonina ja erilaisina identiteetteinä, narratiivinen identiteetti tulisi välittämään vielä kolmannellakin tavalla (diskordanssin ja konkordanssin sekä samuuden ja vastuullisen minuuden välitysten lisäksi): minän ja toisen, kertojan ja toisen kertojan välillä. Siirryn seuraavaksi *kertomuksen koherenssin ja moniäänisyyden* pohdintaan unohtamatta kertomuksen identiteettiä rakentavaa voimaa.

### 3.4 Identiteetin/kertomuksen moniäänisyys ja koherenssin ihanne

Keskeistä Ricoeurin juonentamisen tapahtumassa on kertomuksen mahdollisuus yhtä aikaa rakentaa identiteetin ajallinen jatkuvuus ja toisaalta sisältää ja käsitellä elämän sattumanvaraiset ja kokemuksen ristiriitaiset, riitasointuiset sä(i)kkeet. Moneus ja sisäisen ristiriidan mahdollisuus ymmärretään kuitenkin usein vastakohtaksi minuuden toivotulle selkeydelle ja yksiselitteisyydelle – koherenssille – ja itse asiassa koko identiteetin käsitteelle (ks. Freeman 2003b). Koherenssin käsite toistuu identiteetin yhteydessä usein, mutta sillä tarkoitetaan sittenkin harvoin täydellistä yhtenäisyyttä. Sikäli kuin identiteetin

ajatellaan tavalla tai toisella olevan yhteydessä elettyyn elämään, ei se voi olla koskaan täysin hallittu. Vaikka yhdet kirjoittajat painottavat ykseyttä ja toiset moninaisuutta, kyse on vastakohtaan sijaan ennemminkin erilaisista pyrkimyksistä käsittää ja käsitteellistää sitä, miten elämän ennustamattomuutta ja kokemuksen monipuolisuutta voi kertoen käsitellä ja jakaa. Omasa tutkimuksessani koherenssi saa kolmenlaisia sisältöjä, joita voi ymmärtää suhteessa kertomukseen ja ykseyden/moninaisuuden kysymykseen: kyse on *pre-narratiivisesta*, *narratiivisesta* ja *dialogisesta koherenssista*.

Tutkimukseni avovastausaineistoa analysoidessamme keskustelemme, kirjoittajakumppanini ja minä, Aaron Antonovskyn teoriasta (Löyttyniemi ym. 2004). Antonovsky (1987a; 1993a; 1996) on luonut terveys sosiologisessa tutkimuksessa paljon sovelletun koherenssin tunteen (sense of coherence, SOC) käsitteen. Käsite on teoreettisesti rakennettu väline ymmärtää salutogeneesiä, terveyden syntyä. Antonovskyn tarkoituksena on toisin sanoen ollut selittää sitä, mikä saa (monet) ihmiset pysymään terveinä huolimatta jatkuvasta stressoreiden tulvasta. SOC:n käsitteen tutkimusmenetelmäksi soveltava kysymyssarja, SOC scale, on mahdollistanut teorian testaamisen käytännössä, ja useissa tutkimuksissa on saatu vahvistusta sille, että korkea koherenssin tunne suojaa sairastumiselta (yhteenvetoa tutkimuksista Antonovsky 1993a; Poppius 2004).

Koherenssin tunteella Antonovsky viittaa yksilön aikuistuesssa suhteellisen pysyväksi muodostuvaan maailmasuhteeseen, orientaatioon, jolla ihminen kohtaa sekä itsestään että ulkopuoleltaan tulevat viestit. Riippumatta ärsykkeiden laadusta koherenssia tunteva yksilö säilyttää käsityksensä maailman ymmärrettävyydestä ja ennakoitavuudesta, kokemuksensa elämän mielekkyydestä ja uskonsa selviytymisen mahdollisuuksiin ja resursseihinsa, olivatpa resurssit sitten materiaalisia, sosiaalisia, ideologisia tai omia ominaisuuksia. Nämä eri ulottuvuudet ovat yhteen kietoutuneet, eikä Antonovskyn mukaan ole todennäköistä uskoa omaan selviytymiseen ja resurssien riittävyteen ilman ymmärrettävyyden ja selkeyden kokemusta (Antonovsky 1987a, 20).

Antonovsky näkee maailman väistämättä kompleksisena ja moninaisena, ja yksilö kohtaa haasteen siinä, miten hän onnistuu saavuttamaan riittävän selkeyden ja yhtenäisyyden kokemuksen. Todellisuuden erilaiset tulkinnat tai tavoitteiden ristiriidat merkitsevät tämän integraation (ainakin osittaista) epäonnistumista ja viittaavat kokemukselliseen kaaokseen koherenssin sijaan (Antonovsky 1993b). Moninaisuus ja sisäinen ristiriitaisuus ei ole Antonovskylle minuuden toivottava tila.

Koherenssin tunteen teoriaa voisi nimittää **pre-narratiiviseksi** lähestymistavaksi minuuteen (Freeman 2003b, 332), sillä siinä kieltä ja kertomuksia ei nähdä minuutta rakentavina vaan sitä heijastavina, eräänlaisina minuuden eriteinä, joita arvioimalla voi tutkia minuuden toimintaa ja tilaa. Pre-narratiivinen

kin ajattelu korostaa usein Antonovskyn tavoin dynaamisuutta ja muutoksen mahdollisuutta, mutta tietyllä ajan hetkellä minuuden ja henkilökohtaisen identiteetin ajatellaan olevan olemassa riippumattomana niistä (väistämättä) kielellisistä keinoista, joilla minuutta voi koettaa tuntea ja kuvata.

Narratiivisuus lähestymistapana muuttaa kielen ja minuuden suhteen. Narratiivinen käänne (tai narratiivinen avaus, kuten Matti Hyvärinen (1998b) sitä nimittää) ja muut kielelliset käänteet ovat yhteydessä laajempiin tietoteoreettisiin ja tieteenfilosofisiin ajatuslinjoihin, joissa minuutta ei nähdä olemuksellisena, vaan kulttuurisena ja kielellisenä prosessina (Josselson 1995b; Hänninen 1999, 60). Pre-narratiivisen ja narratiivisen identiteetin eron voisi ymmärtää myös Teppo Sintosen tavalla avoimuuden ja sulkemisen ideoiden kautta: SOC-teorian edellyttämä identiteetti on tällöin ”suljettu identiteetti, joka täydellistyy ihmisen elämänsä ja kehitysvaiheiden myötä. Narratiivinen identiteetti taas on avoin sikäli, että se konstruoituu yhdenmukaisen ja ristiriitaisen välisessä jännitteessä” (Sintonen 2001, 53). Narratiivinen identiteetti on joka hetkellä avoin luovuudelle ja toisille sanoille ja avoimuudessaan ennustamaton (mts. 44).

Narratiivisuus ottaa lähtökohdaksi kertomuksen identiteettiä tuottavan potentiaalin, ja tällöin koherenssin kannalta keskeiseksi tulee kysymys siitä, miten elämästä voisi tai tulisi kertoa, jotta siitä seuraisi hyvää itselle ja toisille. Alasdair MacIntyre on yksi niistä kirjoittajista, joilla kertomuksen – ja identiteetin – ykseyden vaatimus on vahva: moniin elämänalueisiin ja rooleihin hajonneen modernin elämän hyveellisyys on hänen mukaansa palautettavissa vain kertomuksella, joka on selkeä päämäärissään.

Sosiaalisena, historiaan ja perinteeseen kiinnittyvänä olentona MacIntyren ihminen on tarinan kertoja, hänestä tulee sellainen: kertomusten kautta lapsi oppii maailmasta ja yhteisöstä, johon hän on syntynyt, sen mahdollisuuksista ja mahdottomuuksista: ”jos riistät lapselta kertomukset, jätät samalla hänet ilman käsikirjoitusta, hätäntyneenä kangertelemaan sanoissaan ja teoissaan” (MacIntyre 1985, 216). MacIntyren mukaan me emme vain kerro kertomuksia jälkikäteisesti, vaan kertomus on läsnä jo elämässä itsessään, toimintamme suuntaajana. Identiteetin arvokas ykseys on tulevaisuuteen kantavan johtoaikutuksemme selkeyttä. MacIntyre ei ajattele, että kertomus tulevasta toteutuisi sellaisenaan, päinvastoin elettyä kertomusta määrittää ennustamattomuus ja yhteenkietoutuneisuus toisten tarinoiden kanssa. Mutta juuri elämän ennustamattomuuden keskellä selkeä kertomus mahdollistaisi identiteetin, arvot ja moraalin.

Guy Widdershoven (1993) jatkaa sekä MacIntyren että Ricoeurin ajatuksia. Hän painottaa kuitenkin MacIntyreä enemmän sitä, miten kertomus vasta artikuloi ja synnyttää kokemukseksi elämässä läsnä olevat kokemuksen aiheet: me emme elä kertomuksia, vaan elämän ja kertomuksen suhde on kehämi-

nen ja vastavuoroinen. Siinä eletty kutsuu kertomuksen ja kertomus artikuloi eletyn. Toisaalta Widdershoven näkee Ricoeuria selvemmin ei-kirjallisten, kohtaamiemme toisten henkilökohtaisten kertomusten arvon uusien horisonttien osoittajina. Vaikka Widdershovenille kertomus ei välttämättä ole yksi ja yhtenäinen, kokemus *identiteetistä* edellyttää nytkin kokemuksen ykseyden ja tuottaa eheän kertomuksen (mts. 9).

**Narratiivinen koherenssi**, jota sekä MacIntyre, Ricoeur että Widdershoven rakentavat, ensisijaistaa siis kertomuksen ykseyttä ja selväpiirteisyyttä tuotavan puolen. Mutta mitä on kertomuksen ja identiteetin ykseys? MacIntyre (1985) viittaa *elämän* ykseyteen, sen alkuun ja loppuun. Minun on helppo allekirjoittaa se, että oma historiani (elettynä, koettuna, hengityksen jatkuvuutena) on yhden ruumiin historia sen syntymästä kuolemaan. MacIntyre siirtyy tästä ykseydestä kuitenkin (liian) ongelmattomasti *kertomukseen*, jonka ykseys niin ikään jännittyy syntymän ja kuoleman väliin ja jonka ymmärrettävyys ja hyveellisyys mitataan päämäärän selkeydellä. Identiteetti viittaa tähän kertomukseen ja päähenkilön ykseyteen, ja tässä MacIntyre on ehdoton: ”ilman tuota ykseyttä ei olisi ketään, josta kertomuksen voisi kertoa” (MacIntyre 1985, 218).

Jos otetaan vakavasti ajatus narratiivisesta, kertomuksen välittämästä identiteetistä, keskeinen kysymys koskee sitä, miten ja millainen kokemus on mahdollista ja toivottavaa (yrittää) sisällyttää kertomukseen. Henkilökohtaiset kertomukset ovat kertojalle yrityksiä ymmärtää tapahtuneita, jäsentää tapahtumien merkityksiä omalle itselle ja elämälle, löytää mieli ja merkitys yllättävillekin käännteille. Jotta hämäret, hetkittäiset, käsittämättömätkin kokemukset voisivat tulla identiteetin piiriin, on ehkä luovuttava koherenssista kertomuksen ainoana ihanteena (Rimmon-Kenan 2002) tai vaihtoehtoisesti määriteltävä koherenssi uudelleen. Maureen Whitebrook (2001, 5) kirjoittaa *kerronnan* koherenssista, joka sallii kertomuksen sisällön, muodon ja tyylin moninaisuuden ja epämääräiset hetket, ja koherenssi taipuu tällöin mielekkyyden ja esitettävissä olemisen suuntaan. Mark Freeman (1998) pohtii kertomuksen muodollista koherenssia ja esittää, että selkeän rakenteen vaatimus on mahdollinen mutta ei ainoa tapa ymmärtää, mitä on kertomus ja kerrottu kokemus. Myöhemminkin hän kysyy,

tuoko ajatus elämän narratiivisesta rakentuneisuudesta väistämättä mukanaan koherenssin ja yhtenäisyyden ajatuksen? (Jotkut) tuntuvat olettavan, että elämän rakenne on *klassinen* kertomus harmonisine alkuineen, keskikohtineen ja loppuineen. Onko näin, ja jos, niin *milloin* tämä on asianlaita? Aina, jokaisena historian hetkenä? Kenelle? Kaikille ihmisille, vaiko useimmille tai joillekuille? Voiko narratiivisuudesta puhua samalla viittaamatta koherenssin ajatukseen?

Kuinka koherenttia kokemus itse asiassa on? Kuinka *toivottavaa* koherenssi? (Ja milloin, kenelle?) (Freeman 2003b, 337-338).

Freeman (1998, 465) ehdottaa, että kertomuksen ja kokemuksen ikuinen avoimuus voi olla lähtökohtaisesti parempi tapa tavoittaa inhimillistä kokemusta, sen lukemattomia merkityspotentiaaleja. Mihail Bahtin, dialogisuuden teoreetikko(ni) ja moniäänisyyden puolestapuhuja, voisi tässä toimia kontrastina MacIntyren ykseyden vaatimukselle, vaikka paradoksaalisesti myös Bahtin kirjoittaa kauniisti ykseydestä (Bakhtin 1984, esim. ss. 16, 51). Bahtinin ykseyden voisi tulkita minuuden tai identiteetin kohdalla tarkoittavan MacIntyrea myötäilevästi yhden elämän ja yhden historiallisen ruumiin ykseyttä ja kokonaisuutta, mutta bahtinilaisittain kerrotun kokonaisuus voi syntyä vain sallimalla moniäänisyys ja monet näkökulmat itseen ja maailmaan. Moniäänisyyden kunnioitus jättää jokaisen minuutta kertovan äänen elämään ikään kuin omaa elämänsä, vaalimaan omia päämääriään. Identiteetti ei synny yhden juonen jatkuvuudesta, vaan siitä dialogista, jota elämänhistorian eri vaiheiden äänet ja merkitykset käyvät tässä ja nyt; juonen ajallisen jatkumon sijaan Bahtin (1981; 1984) venyttää tilaa tapahtuneille kohdata samassa ajassa ja paikassa, tilaa kertojalle luoda minuutensa moninainen merkitys. Samalla Bahtinin dialoginen merkityksen teoria haastaa näkemään käsitteet muuttuvina – kysymään, mitä kaikkea koherenssilla itse asiassa tarkoitetaan, voitaisiin tarkoittaa.

Ehkä kertomuksen voisi ajatella ykseyttä ja narratiivista koherenssia tuottavana silloin, kun se korostaa *aikaa* ja tarinan juonta: identiteetin jatkuvuutta juonessa. Moniäänisyys taas vaatii *tilaa* tai *paikan* erilaisten olla läsnä tässä ja nyt. Kuten Paul Ricoeurin ajatuksia narratiivisesta identiteetistä soveltava Teppo Sintonen tulkitsee, Ricoeurillakin juonen ja identiteetin ykseys on ensisijaista (Sintonen 2001, 47). Samanaikaisesti Ricoeur ottaa kuitenkin hyvin vakavasti kertomuksen diskordanssin, mahdollisuuden sisällyttää ykseyteen erot ja ristiriidat, sekä kertomisen *prosessuaalisen estetiikan* (Morson 1998, 305): jokainen kertomuksen päätäntä on osittainen ja lopetus avautuu kerrottavaksi aina uudelleen. MacIntyren, Ricoeurin ja Widdershovenin ohella sijoitan narratiivisen koherenssin käsitteen alle Dan P. McAdamsin. McAdamsin (1993) identiteetin kehityksellinen painotus muistuttaa Antonovskya sikäli, että siinä identiteetin muodostava kertomus, kertojan oma henkilökohtainen myytti, syntyy elämän kuluessa, vakiintuu aikuistuuessa ja on tietyllä ajan hetkellä olemassa mielen sisäisyytenä. Toisaalta tarinallisuus auttaa McAdamsia käsitteellistämään identiteetin synnyn prosessin ja antaa luvan myös muuttaa kertomusta. Hänen mukaansa henkilökohtainen myytti, henkilökohtainen totuus ja käsitys siitä, mikä on elämässä arvokasta ja pyhää, kerrotaan niistä tarinallisista aineksista, joita lapsesta saakka keräämme ympäriltämme. Hän

korostaa kertomuksen ja identiteetin koherenssin, selkeyden ja ykseyden, vaatimusta, mutta samalla ykseyden sisällä on tilaa minuuden jakautua moniksi rooleiksi ja kertomuksen henkilöhahmoiksi. ”Monet ovat päähenkilöt, yksi on se kertomus, jonka sisällä henkilöhahmot saavat äänen, muodon ja merkityksen” (McAdams 1993, 118).

Tavoillaan sekä Ricoeur että McAdams kohtaavat identiteetin ykseyden ja elämän ja kokemuksen moninaisuuden ristiriidan. He sijoittavat hajaannuksen kertomukseen eri tavoin – Ricoeur juonen diskordanssina, McAdams henkilögalleriana – mutta ensisijaistavat lopulta ykseyden. Tutkimukseni alkuvaiheissa kysyessäni tutkimuskysymystäni työttömyyskokemusten sovittamisesta lääkärin identiteettiin painotin itse kertomuksen identiteettiä eheyttävää vaikutusta, vaikka tunnistinkin samalla kertojien moniäänisyyden (Löyttyniemi 2001a). Myöhemmin olen sitten ottanut vakavammin Mark Freemanin edellä esittämät kysymykset kokemuksen, kertomuksen ja identiteetin koherenssista. Mitä oikeastaan väitin kirjoittaessani, että elämäntarinassa tapahtumat, muistot ja merkitykset kootaan yhdeksi juoneksi, joka liittää yhteen menneen ja tulevan (Löyttyniemi 2001a, 230)? Onko tämä kertomuksen ja identiteetin yhtenäisyys *tärkein* kertomuksen funktio? Entä jos ensisijaiseksi ottaisikin diskordanssin, elämän, kertomuksen ja edelleen identiteetin monisärmäisyyden ja ei-harmonisuuden? Stanton Worthamin (2001, 7-8) sanoin

omaelämäkerrallisten kertomusten voima ei ole niiden kyvyssä esittää koherentteja identiteettejä, vaan mahdollisuudessa ilmaista ja käsitellä moninaisia, osin ristiriitaisia minuuksia ja kokemuksia. (...) Omaelämäkerralliset narratiivit voivat esittää erilaiset menneet minät ja näiden minien erilaiset arviot yhdessä ja samassa kertomuksessa. (...) (M)oninaisuus voi olla vapauttavaa.

Jos minuuden moninaisuus otetaan lähtökohdaksi, tapahtuu halkominen, splitting, siinä, missä moneus supistetaan esitykseksi identiteetin ykseydestä (Whitebrook 2001, 49-50). Maureen Whitebrookia (mts. 62), Jennifer de Peuteria (1998) ja Bahtinia myötäillen minuuden kahdentumisen, moninaistumisen ja halkomisen jatkuva prosessi tulisi ehkä nähdä identiteetin keskeisenä olemuksena. De Peuter näkee narratiivisuudessa mahdollisuuden uudentalaiselle tavalle ymmärtää identiteetti jatkuvana dialogina integraation ja hajaannuksen, ykseyden ja moninaisuuden, koherenssin ja katkoisuuden, henkilökohtaisen ja jaetun, itsen ja toisten välillä (myös Marshall 1991, 185-186). Kertomuksen eheys olisi näin ajatellen sen kykyä käsitellä ja tehdä ymmärrettäväksi kokemuksen monia puolia. Kertomus avaa identiteetille tilan, jossa se voi tilanteesta ja hetkestä riippuen muodostua eri tavoin, etsiä selkeyttä ratkaisun paikoissa ja avautua moniääniselle, kaikki langat irralleen ja päättelemättä jättävälle dialogille silloin, kun yhtä totuutta ei ole tarpeen saavuttaa vaan

kyse on elämisestä monimutkaisuuden ja monitulkintaisuuden keskellä (ks. Rimmon-Kenan 2002; La Capra 1999). Mark Freeman määrittelee kertomuksen tavalla, joka yhdistää ajallisen juonen ja kertomuksen avoimuuden ja joka resonoi minussa:

Kertomukset ovat kielen muodostelmia ja sellaisina äärettömän vaihtelevien suhteen, missä määrin ne ovat uskollisia ennalta määrätyille rakenne- ja muotovaatimuksille. Kertomukset pyrkivät tekemään ymmärrettäväksi ajan (tai sen, mitä yksinkertaisuuden vuoksi voimme kutsua ajaksi) kulussa ilmenevää kokemusta ja olemaan tuolle kokemukselle sopivia (Freeman 1998, 465).

Roy Schafer (1981; 1983) näkee psykoanalyttisen terapeutin käytännön narratiivisena ja korostaa kertomisen dialogisuutta. Hän on esimerkki siitä, miten omat ennako-oletukseni olivat johtaa luentaani aivan toiseen, narratiivista koherenssia korostavaan suuntaan. Hän kirjoittaa *Action and Narration in Psychoanalysis* –luvun aluksi psykoanalytikoista, jotka voi kuvata kertomusten kuuntelijoina ja ihmisinä, jotka ”auttavat (analysoitavia) muuttamaan kerrontaansa suuntaan, joka on täydellisempi, koherentimpi, vakuuttavampi ja adaptiivisesti käyttökelpoisempi” kuin heidän aiemmin kertomansa (Schafer 1983, 240). Ajattelin hänen tarkoittavan kertomusta, joka on uskollisempi historialliselle tai psyykkiselle totuudelle ja siten vakuuttavampi analyttikolle, mutta luettuani pitemmälle ajattelen, ettei Schafer tarkoita sitä. Sen sijaan hänen korostuksensa on koherenssissa, joka syntyy omien tahtomisten ja tekemisten ristiriitaisuuden kertomisesta ilman, että ristiriitaisuus, käsittämättömyys ja ei-tietoisuus kerrotaan tavallaan itsestä irti, autonomisesti toimivien tunteiden, impulssien ja ajatusten tekosiksi. Kyse on vastuullisuuden myöntämisestä, moraalien mahdollisuudesta kuten MacIntyrellakin, vaikka tulkitseen heidän koherenssikäsittensä toisistaan eroaviksi.

Schaferin (1981) mukaan psykoanalyysissa on kyse tulkinallisesta prosessista, jossa analyttikko käyttää psykoanalyttista teoriaa tarinallisina rakenteina. Yhdessä analysoitavan kanssa hän kääntää analyttisten tarinamallien avulla tämän kertomuksesta esiin alati uusia puolia. Kertomus, joka kerrotaan, on vasta toissijaisesti uusi elämänhistoria; ensisijaisesti analyysissa on kyse itse analyttisestä dialogista, josta tarina alkaa ja jossa se etenee kehien esiin uusia näkökulmia ja minuuden kertomisen mahdollisuuksia. Muutoksessa on kyse paitsi tarinan sisällöstä, myös (ja ehkä ennen kaikkea) kertomisen muodosta, tavoista esittää minuuden monipuolisuus. Schaferin kahtalainen dialogisuuden korostus – kertojan moniäänisyys ja kertomuksen ja koherenssin synty kertojan ja kuulijan välissä – tuntuu omalle ajattelulleni tutulta, vaikka tutkijana minun ei tarvitse arvottaa erilaisia minuuden dialogin muotoja siten kuin Schafer terapeutista näkökulmastaan tekee. Tulkitseen hänen joka ta-

pauksessa painottavan Bahtinin, Worthamin ja de Peuterin ohella narratiivisen koherenssin sijaan kertomuksen **dialogista koherenssia**.

Omassa tutkimuksessani luen haastatteleman Hillan kertomusta ykseyden ja moninaisuuden vaihteluna ja dialogina. Identiteetin ykseyttä rakentavana juonena (ja tarkoitan nyt juonella Katri Komulaisen (1998) tavoin minuutta kertovan retoriikan murrosta) on päähenkilön muutos toisiin ihmisiin turvautujasta itsenäiseksi ja omillaan toimeen tulevaksi. Hillan muutuskertomusta voi ajatella kehityskertomuksena juuri siksi, että hän arvottaa itsenäisyyden menynyttä ”riippuvuutta” paremmaksi päämääräksi ja nimeää itsekkin muutoksensa kehitykseksi. Kertomuksessa lääkärin ura rinnastuu oman tien kulkemiseen ja autonomiaan kohdassa, jossa Hilla-päähenkilö irtautuu sitovaksi kuvaamastaan parisuhteesta ja löytää samalla uudelleen seurustelun ja uhkaavan lääkäriyöttömyyden syrjäyttämän kiinnostuksen opiskeluun ja lääketieteeseen. Hän rakentaa elämän varmuutta ja tulevaisuuden ennakoitavuutta helpotukselle siitä, miten erikoisalavalinta alkoi haastattelua tehdessämme olla selvä, työnsaanti helpottui laman jäljiltä koko ajan ja väitöskirjakin oli aloitettuna projektina olemassa. Hillan lääkäripäähenkilö selkiytyy ja integroituu kertomuksen kuluessa.

Identiteetin dialogissa integraation hetket hellittävät kuitenkin välillä ja ykseyden vaatimus antaa myöten. Kääntein jälkeenkään kertomuksen Hilla ei ole yksiselitteisen itsenäinen ja riippumaton. Välillä elämän mieli ja merkitys ja toiminnan perustelu ovatkin suhteissa, vastuullisuudessa, välittämisessä itsenäistymisen jälkeinkin. Kertomuksen juonena onkin se dialogi, jota itsenäisyyttä korostava ääni käy toisenlaisen näkökulman kanssa: näkökulman, josta katsottuna tärkeää on lapsuudenkodin myötä menetetty turva ja kuulumisen paikka sekä vastuu läheisistä. Dialogissa äänet välillä etäännyvät ja saavat rauhassa olla rinnakkain, ykseyden hetkinä ne sitten neuvottelevat suhteensa ratkaisusta, joka Hillan kertomuksessa on Itsenäisyys-äänelle voitokas. Hillan kerrottu minuus on sekä dialogin sisältö että muoto, äänten perustelemat näkökulmat ja niiden kohtaamisen tapa, tavan muutos tai pysyvyys (palaan Hillan tarinaan otsikon Autonomiasta ja kehityksestä alla kohdassa 3.7).

Jos Hillan kertomuksessa näkee eheyden siellä, missä lääkärin ura tarjoaa motiivien ja päämäärien kirkkauden, ja jos kahden äänen neuvottelussa kuulee nuoren aikuisen vielä ratkaisuaan etsivän identiteetin hajaannuksen, on normaani narratiivinen koherenssi ja minuuden aikuinen selkeys. Dialoginen koherenssi painottaa sen sijaan kertomusta ja kuulijaa, jotka eivät vaadi ratkaisua ja juonen ykseyttä, vaan moniäänisen esityksen ymmärrettävyyttä. Koherenssi määrittäytyy tilanteisena ja suhteisena: koherentti kertomus tavoittaa kuulijansa, onnistuu rakentamaan yhteyden, tekemään kokemuksen monitulokintaisuuden ymmärrettäväksi toiselle (Linde 1993; Wortham 2001).



Myös Jennifer de Peuter (1998, 44) ajattelee dialogisena koherenssina mahdollisuutta löytää yhteys ja yhteisymmärrys, edes hetkellinen, konkreeteissa dialogisissa kohtaamisissa. Koherenssi ei ole mielen eikä edes kertomuksen tila, vaan se tapahtuma, kun kertoja ja kuuli(t) ymmärtävät toisiaan, toistensa monia ja ristiriitaisiakin näkökulmia. Jokaisen eletyn elämän voi kertoa tarinaksi lukemattomin eri tavoin, ja edelleen jokaisen kertomuksen lukemisen tapoja on äärettömän monta. Silti mikä tahansa ei käy, tarina ja näkökulmat eivät voi olla millaisia vain, kuten Charlotte Linde (1993, 7) korostaa: kertojan on kunnioitettava kulttuurista perimäänsä riittävästi voidakseen tarinallaan liittyä osaksi tuota kulttuuria, tullakseen hyväksytyksi sosiaalisesti kelpona yksilönä ja (sanotaan vaikka) lääkärinä. Joissakin yhteyksissä ymmärrettävyys edellyttää yhdenlaista kertomisen tapaa ja tulkintakehikkoa, toisissa toisia. Jotkin kerrontatilanteet edellyttävät yhdenlaista koherenssia, toiset sallivat toisia.

Se, että elämän tarina eri tilanteissa, eri konteksteissa, kerrotaan eri tavoin, ei välttämättä tarkoita, että versioista yksi olisi todempi kuin toinen. Jos (oman, henkilökohtaisen) tarinan tarkoitus sosiaalisessa vuorovaikutuksessa on ennen kaikkea olla käyntikortti, muoto kertoa oma itse toisille tunnetuksi, rakentaa silta omasta yksityisyydestä toisten luo, tärkeintä on tulla ymmärretyksi. Kuulijasta riippuen tarinan on oltava tilanteesta toiseen erilainen. (Linde 1993). Kysyin joiltakin haastattelemistani lääkäreistä haastattelun lopuksi, olisivatko he ehkä kertoneet toisin, jos tutkija ei olisi ollut lääkäri myös. Useimmat myönsivät, vaikka onkin vaikea enää vastata kysymykseen, minkä olisi sanoittanut toisin. Emme pysähdy elämässä useinkaan miettimään, miksi kerromme eri tavoin ystävälle, kollegalle, tutkijalle, kampaajalle. Kulttuurin sisäpuolisuus on sitä, ettei tarvitse; me osaamme valita sanamme miettimättäkin.

Eräs haastattelemistani lääkäreistä otti esimerkiksi, ettei hän olisi ei-lääkärille kertonut, miten vaikeaa ja joskus sattumanvaraistakin korvatulehduksen toteaminen on. Ymmärrän häntä. Millaisena lääkärinä hän *minulle* esittäytyy sen paljastaessaan – realistisena, vastuullisena myös osaamisensa rajat tuntiessaan, aavistuksen itseironisena tai ehkä lempeän ironisena koko lääketieteen/lääkärin kaikkivoipaisuuden kuvitelmaa kohtaan, muun muassa. Voisin kuvitella, että ei-lääkäri kuulisi sanoissa enemmän epäpätevyyttä, tuntisi pettymystä mokoman pikku tutkimustoimenpiteen rikkoessa luottamusta lääkäriin. Joka tapauksessa kertoessaan tuon pikkuseikan minulle, sivulauseessa vain, lääkäri esittäytyi kollegalle. Ja minä otan esittäytymisen lääkärinä vastaan, en voisi muuta. (Dialogissa rakennetaan paitsi kertojan minää ja kokemusta myös lääkäriä siihen kulttuuriin, johon kuulumme. Mitä kertoo lääkäriydestä se, jos otoskopian vaikeus on ammattisalaisuus? Millaista lääkäriyttä luodaan tekemällä otoskopian vaikeudesta ammattisalaisuus?)

Koherenssissa on kyse myös lukemisen/kuulemisen tapahtumasta: siitä, tulkitsenko juoneksi lineaarisuutta tavoittelevan tapahtumien kulun vaiko

dialogin, jossa ”fragmenttien yhteenliittymisen rytmi on tärkeämpää kuin narratiivinen koherenssi” (de Peuter 1998, 41). Kertomus on minuuden syntymisen dialoginen kohtauspaikka myös kuulijalle: kertomus koskettaa häntä, hänen mieltään ja ruumistaan, ja saa hänet elämään kertomuksen myötä (Frank 1995). Kuulijan oman kokemuksen lähteitä voi sitten etsiä tekstistä: voi etsiä tapahtumia kuljettavaa juonta ja juonentamisen konsteja sekä päähenkilöä, joka kasvaa juonen myötä ja saavuttaa piirteensä, ominaisuutensa, samuutensa. Tai voi kuunnella ristiriitaisuutta, neuvotteluja, kompromisseja eli kertojan monia ääniä, monia näkökulmia maailmaan (Bakhtin 1984). Kyse ei ole niinkään kertomuksen (tai identiteetin) ominaisuuksista, vaan erilaisista ja rinnakkaisista kuulemisen ja tulkinnan tavoista ja muodoista (Löyttyniemi 2001b).

Tutkimuksessani elämäntarinan konteksti lienee antanut sekä kertojalle että minulle lukijana vapautta erottautua uran katkottomuutta korostavasta professionäkökulmasta ja moniäänistää lääkäriyttä. Haastatteluiden elämäntutkimuksissaan monet nuoret kollegat esittivät äänen ja kokemuksen, jonka mukaan tulevaisuutta ei tarvitse eikä voi tietää etukäteen. Päinvastoin kuljemalla vain kohti ennalta asetettuja päämääriä jäisi tarttumatta monia tilaisuuksia, joita ei olisi osannut etukäteen kuvitella kohtaavansa. Jotkut käyttivät samaa ’ajautumisen’ metaforaa, joka ammattilehtien työttömyyskeskustelussa oli merkinnyt negatiivisesti työttömien joukon (Löyttyniemi 2001a; myös Löyttyniemi 1998), mutta nyt positiivisessa merkityksessä, uskalluksena antaa elämän virran viedä. Tässäkään tarinat eivät ole yksinäisiä: yhteen ja samaan lääkärin kertomukseen mahtuu perinteisen uran tavoite ja toive sekä päämäärätietoisuus ja toisaalta haluttomuus tehdä lopullisia ratkaisuja, ainakaan ennen kuin on varma siitä, mitä haluaa. Slomith Rimmon-Kenania (2002) mukailen, ehkä työttömyyden uhka ei niinkään tuhonnut aiempaa lääkärin uran ja elämän varmuutta, vaan käänsi näkökulmaa niin, että aiempi varmuus alkoi näyttää enemmän tai vähemmän illuusiolta. Ja samalla kun suhde menneeseen muuttui, muuttui suhde myös tulevaan, jonka epävarmuuden ja ennustamattomuuden edessä *carpe diem* –suhtautuminen oli (on) terapeutin ja toimiva (Rimmon-Kenan 2002, 19).

Silti väitän, ettei hetkeen tarttuvan lääkärin mallitarina ollut vain sopeutumista työttömyyden uhkaan; aineistossani se on mahdollinen näkökulma uraan myös lääkäreillä, joiden työtulevaisuus ja uran suunta olivat haastattelun aikaan hyvinkin selvät. Esimerkiksi Jaakko, jolla oli haastattelun aikaan erikoistumisvirka ja väitöskirja pitkällä, kuvaa uransa ja elämänsä logiikkaa *myös* näin:

(V)oi olla että aika pitkälle oma ajatusmaailma toimii sillä tavalla, että sitä heittelee vaan niitä erilaisia ajatuksia ja sitten joku niistä vaan tuntuu hyvältä .. Vaikka tykkää kauheesti pohtia ja lukee joskus jotain filosofiaa taikka jotain

semmosia pohtivia kirjoja taikka muuten perehtyä kauheesti johonki muuhun, vaikka johonki matematiikkaan taikka tämmösiin niin kuitenkin pyrkii välttämään oman elämänsä älyllistämistä .. just sillain että heittelee vaan asioita ja sitten kattoo, että mikä niistä on se, joka sattuu sitte kääntymään lappu oikein päin.

Dialoginen koherenssi korostaa lääkärin kertomuksessa, identiteetissä ja urassa sitä tapaa, jolla erilaiset äänet ja näkökulmat elävät rinnakkain tai riitelevät. Jos ottaa vakavasti Jennifer de Peuterin ajatuksen dialogista hajaannuksen ja selkeyden välillä, koherentti kertomus sisältää molemmat, sekä integraation että disintegraation. Selkeydessä ja ykseydessä, joka usein ymmärretään identiteetiksi, nähdään nyt vain minuuden yksi puoli. Koherentti kertomus antaa ilmaista myös elämän, kokemuksen ja minuuden monet äänet ja sallii kokeilla sanoiksi höllät ja hajanaisetkin hetket. Kerrottu minus on näiden eri puolien vuorottelun tapa ja rytmi (palaan tähän pohdintaan hetken kuluttua luvussa 3.7, jossa luen aineistoni kahta kertomusta itsenäisyyden näkökulmasta).

### 3.5 Esimerkki kertomusaineiston dialogisesta tulkinnasta

Stanton Worthamin kirjasta *Narratives in Action* (Wortham 2001) voi löytää esimerkin siitä, miten teoreettinen ymmärrys kertomuksesta vuorovaikutuksena ja moniäänisenä toteutuu aineiston lukemisen metodina. Worthamin mukaan omaelämäkerrallinen kertoja samanaikaisesti kuvaa päähenkilöään, narratiivista identiteettiään, ja esittäytyy kertojana kuulijalleen. Kertomuksen voiman ja minuutta rakentavan potentiaalin voi lopulta ymmärtää vain ottamalla huomioon molemmat kerronnan tapahtumat, tarkastelemalla niitä suhteessa toisiinsa. Hänen esimerkkinsä esittää naisen, Janen, joka omassa muutokertomuksessaan episodista toiseen edetessään vähitellen muuttaa päähenkilö-Janen passiivisesta, haavoittuvasta, toisten julmuudelle alttiista Janesta aktiiviseksi ja itsestään varmaksi vastuunsa kantajaksi. Samalla Jane elää muutoksen todeksi suhteessa häntä haastatelleeseen psykologian opiskelijaan: Hän oli ensin kertojana haavoittuva, haki etäisenä pysyttelevältä haastattelijalta turhaan sympatiaa ja tukea samalla kun päähenkilö-Jane jäi vaille tukea kertomuksen tapahtumissa. Kertomuksen edetessä kertoja-Janesta kehkeytyi varma ja itsetietoinen nainen, joka elämäkokemuksensa varassa asettautuu tietävämmän asemaan suhteessa nuoreen haastattelijaansa. Tarinan muutosjuonen ja kertojan haastattelusuhteessa todeksi elämän uuden

itsevarmuuden tukiessa toisiaan voi Worthamin mukaan ajatella minuuden muutosrakentumisen tapahtuvan.

Wortham ei kiellä kertomuksen ja identiteetin koherenssin pyrkimystä (mts. 140-144), mutta hänestä uskottavampi ja mielekkäämpi tapa ymmärtää koherenssia on nähdä se vuorovaikutukseen kuuluvana (myös Linde 1993; de Peuter 1998). Omaelämäkerrallinen koherenssi ei tällöin synny vastaavuudesta elämän tai ihmisen sisäiseen maailmaan sijoittuvan identiteetin kanssa, vaan siinä on kyse kertomisen tavan, tyylin ja tapahtuman mahdollistamista suhteista kuulijaan; millaisena kertoja näyttäytyy kuulijalle ja miten tulee kohdatuksi, koherentisti vai ei suhteessa siihen minuuteen, joka kokee olevansa, joka tahtoo olla.

Kerrotun minuuden voi siis nähdä päähenkilön identiteetin ja kertojan minän kudelmana, joka elämäntarinan tapahtumien kautta kiinnittyy elettyyn aikaan, kokemukseen ja kertojan eläneeseen ruumiiseen. Kertomisen hetki puolestaan tarjoaa minuuden aineksiksi sanat, kertomukset, elämänkulun ja kehityksen mallit ja teoriat sekä kuulijan, jonka kanssa minuus neuvotellaan. Identiteetti on tarinan kuvaama henkilöahmo, juonen kulusta esiin kasvava päähenkilö (Ricoeur 1991b; 1992), joka kantaa piirteissään enemmän tai vähemmän epäkoherenssia ja moniäänisyyttä. Kertojan esittämä minä sen sijaan ei useinkaan ole luettavissa suorina kuvauksina, vaan hänen on se ääni, joka arvioi tapahtuneita, suhteuttaa itseään ja päähenkilöä toisiin ääniin, toisiin ihmisiin, valitsee sanat ja antaa vihjeet siitä, kuka hän on.

Esimerkiksi antaessani kirjalleni nimen (eli ikään kuin omalle tutkimuskertomukselleni otsikon ja tiivistelmän) *Auscultatio Medici* rakennan itselleni lääkiminää tutkijana. Nimi tarkoittaa lääkärin kuuntelemalla tutkimista, ja identiteettini on siis dialogi- ja professiotutkijan. Kertojana esittäydyn myös sanavalintoina. Valitsen sanani latinaksi, kuten lääkäri tekee nimetessään suorittamansa toimenpiteet, ja tiedän, että kulttuurimme kuvastossa latina liitetään lääkäriin, annetaan nimeksi lääkärin etäisyydelle ja lääketieteellisen tiedon vaikeaselkoisuudelle. *Auscultatio Medici* on sanaparina tavallaan tuttu, mutta samanaikaisesti se rakentaa minua kirjoittajana viileäksi ja etäiseksi – ainakin ellei lukija tunnista nimeen kätkemääni ironiaa. *Auscultatio* on kyllä lääkärin kuuntelemalla tutkimista, mutta ei minun tavallani. Auskultoiden kuunnellaan sydäntä, keuhkoja, suoliääniäkin, mutta ei sanoja, elämäntarinoita tai lääkäreitä eikä ilman aikomusta tulkita normaaliksi tai poikkeavaksi. Kahden sanan otsikkoni synnyttää oman minuuteni kahtalaisuuden – olen lääkäri ja ei-lääkäri yhtä aikaa – mutta vain, jos lukijani ymmärtää vihjeet, ja siitä en voi koskaan olla varma.

Stanton Wortham viittaa Mihail Bahtiniin sanoessaan, että lausuman voi ymmärtää vain, jos ottaa sanojen sisällön lisäksi huomioon sen, miten sanoja positioi itsensä sanoillaan, mikä on hänen kantansa sanottuun, miten hän

suhtautuu sanojen vastaanottajaan (Wortham 2001, 20). Tämän position ymmärtäminen edellyttää kielellisten vihjeiden tulkitsemista, ja tulkinta puolestaan tietoa kulttuurista ja sosiaalisista kielistä: väitöskirjani otsikko ei voi ymmärtää, ellei tiedä latinaa lääketieteen kieleksi, ja auskultaation merkitys lienee sittenkin erilainen lääkäri-lukijalle kuin sellaiselle, joka ei ole oppinut auskultoimaan stetoskoopilla. Kertoja on kuulijalle esittäytyessään, minuuttaan rakentaessaan, jaettujen sanojen ja yhteisten merkitysten varassa, ja samalla hän taiteilee merkitysten muuttuvuuden kanssa – muuttaa niitä itse huomaamattaan ja tietoisesti, tarkkailee kuulijaa ja palaa selittämään, jos näyttää siltä, ettei kuulija ymmärrä.

Bahtin on kirjallisuustieteilijänä kirjoittanut romaanista aidosti dialogia hyödyntävänä genrenä (Bakhtin 1981). Romaanissa merkitys syntyy sen kautta, miten eri henkilöt positioituvat eri tavoin suhteissa toisiinsa ja maailmaan. Bahtin rinnastaa jokaisen ihmisen kielen käyttäjänä romaanikirjailijaan, jolloin sama monien äänten yhteen sovittaminen koskee minuuden eri puolia (Wortham 2001, 63). *Double voicing* on Bahtinin (1984) käsite viittaamaan siihen, miten sekä kertojan että tarinan henkilö-hahmon ääni voidaan esittää samanaikaisesti. Esimerkiksi lämmin omaelämäkerrallinen ironia, jonka tarinansa kertoja usein liittää menneen minänsä näkemyksiin, kaksiaänistää puheen (Bakhtin 1984, 194). Sanat kuuluvat yhtä aikaa menneelle minälle ja nykyhetkessä kertojalle, joka ironialla ottaa niistä etäisyyttä, arvioi ne, ja esittää itsensä elämästä opin ottaneeksi, aiempaa viisaammaksi. Matti Hyvärinen, toinen väitöskirjani ohjaajista, on usein keskustelussa viitannut siihen, miten tuskallista on lukea omaelämäkerrallista esitystä, jossa kertoja ei lainkaan etäänny aiemmista lausumistaan – omaelämäkerran kertojalta odotetaan, että hän tietää enemmän kuin mitä tiesi ennen; hän tuntee sen pääte-pisteen, josta tarina tällä kertaa kerrotaan.

Wortham esittää esimerkkejä kielellisistä vihjeistä, joista kertomusta analysoiva kuulija voi tunnistaa kertojan minän ja kerrotun identiteetin kaksinaisen läsnäolon (Wortham 2001, 70-75). Kyse on pitkälti samoista kielellisiin valintoihin kätkeydyistä arvioinneista, joita Matti Hyvärinen on kutsunut odotuksen ilmaisimiksi (Hyvärinen 1994, 60; Tannen 1993). Hyvärinen ajattelee, ettei minää useinkaan kerrota suoraan vaan odotusten kautta – kertomalla siitä, mitä odotettiin, ja arvioimalla, mitkä odotukset täyttyivät, mitkä pettivät. Ajatuksen voisi nyt muotoilla hieman toisin: kertoja ei esitä kertomisen tapahtumassa minuuttaan suoraan kuvauksin, vaan antamalla sanojensa kahdentua, liittämällä kuvaukseensa kielellisiin vihjeisiin piilotetun arvion tapahtuneista. Hyvärisen määritelmä kertomuksen ydinepisodista odotuksista (eli arvioinnista) tiheänä jaksone ja minän kerronnan tihentymänä viittaisi juuri *kertojan* läsnäolon tiheyteen sekä tekstissä että vuorovaikutuksessa. Odotustiheistä jaksoista voisi näin ollen tunnistaa nimenomaan vuorovaikutukseen ja suhteisiin kiinnitty-

vän, minän ja toisen rajalla sijaitsevan (de Peuter 1998) minuuden/identiteetin ulottuvuuden.

### *Lassi-lääkärin narratiivinen identiteetti ja kertova minä*

Tulkintani Lassi-lääkärin elämäkertomuksesta (Löyttyniemi 2001b) muistuttaa Worthamin Janea. Myös Lassi oskilloi kahden kerrotun minän välillä – aktiivisen ja passiivisen. Kertomuksessa toistuu useamman kerran kaava, jossa Lassin mennyt, passiivinen, kriittikittömästi ulkoa päin urallaan ohjautuva minä väistyy aktiivisen, vastuullisen, ratkaisunsa tietoisesti tekevän minän tieltä. Luen seuraavaksi tätä muutosjuonta jaksosta, jossa Lassi kuvaa syventävien opintojensa tutkimusprojektia. Esitän ja tulkitseen kokonaisuudessaan tämän ydinepisodin, jossa Lassin kertoma minä yhtä aikaa tihentyy ja tiivistyy ja toisaalta tulee rajoiltaan läpäiseväksi, avautuu sekä menneiden toisten äänille että tämänkertaisen kuulijan suuntaan.

Lassin syventävät-episodin voi kuulla kertomuksen epifanina, käänteenä, jonka jälkeen mikään ei ole entisellään. Norman Denzin (1989a) kirjoittaa näistä käänteentekevästä episodeista, joita muistetaan ja kerrotaan yhä uudelleen. Kokemus, olipa se alkujaankin miten raskas tai kevyt hyvänsä, merkityksellistyy elämän käänteeksi ja minuuden muutokseksi juuri kertomisen tapahtuman – tapahtumien – kautta (Denzin 1989b, 71). Lassin kerronta on paikoin tiheää Denzinin tarkoittamalla tavalla – se synnyttää uudelleen ”henkilöiden ja paikkojen näkymät, äänet, tunteet ja tunnelmat” (Denzin 1989a, 93) – mutta se on tiheää myös kielen pintaan kiinnittyvistä arvioista ja odotuksen ilmaisimista. Matti Hyvärinen (1994) on määritellyt ydinepisodin kertomuksen jaksona, jota määrittää ensinnäkin odotustiheys. Odotukset punotaan tarinaan arviointina, suorana tai kielellisiin valintoihin sisällytettynä (Hyvärinen 1994, 58-60; 1998a, 160-161; Tannen 1993, 22), ja minuuden kerronnasta tiheän jakson voi siis tunnistaa kielen pinnasta, *odotuksen ilmaisimien* eli kielellisin valinnoin ilmaistun arvioinnin tiheydestä. Kertomuksen odotustiheässä kohdassa on tiheästi läsnä arvioiva, moniääninen, itseään kerrottuun ja kuulijaan positioiva lääkärikertoja. Toisaalta ydinepisodia luonnehtii odotusrakenteen murros: edellä rakentuvat odotukset eivät toteudu, vaan murtuvat, ja samalla muuttuu odotusten kautta kerrottu minä. (Hyvärinen 1994, 63.)

Aikanaan Lassiä haastatellessani muistan ihmetelleeni, miksi hän venytti niin pitkäksi kuvauksensa syventävistä opinnoistaan. Lassi kertoi tarinaansa mielellään ja sanoi jälkikäteen itsekin hyötyneensä mahdollisuudesta kertoa, mutta tätä episodiat kuunnelllessani minusta tuntui, että hän vain tappoi aikaa. Vasta purkaessani haastattelua, muuttaessani Lassin kepeän äänensävyyn painavaksi tekstiksi, aloin aavistaa episodiat äärettömät merkitysulottuvuudet – en

koe tyhjentäneeni niistä vielä puoliakaan. Toisaalta ihmetykseni on yllättävä siksin, että ajattelen sen kertovan jotain syventävien opintojen totutuista ammattikulttuurisista merkityksistä. Lassi ei ole aineistossani ainoa, joka kertoo syventävät opinnot käänteeksi tarinassaan (kuten kerron myös itse!), eikä käytännössä ole tavatonta, että syventävistä jatketaan väitöskirjaksi ja tieteelliselle uralle asti (Halila 1998). Silti niistä ei ikään kuin kuulu tehdä suurtakaan numeroa, ei ottaa liian vakavasti.

Jaan Lassin kertomuksen osiin William Labovin (1972) narratiivirakennetta soveltaen. Labovin täysipainoinen kertomus koostuu tiivistelmästä (abstract), alkutilanteesta (orientation), ristiriidasta (complicating action), arvioinnista (evaluation), tuloksesta (result) ja päätännästä (coda). Rakennetta ei ole varsinaisesti tarkoitettu syventävät-episodin kaltaisten pitkien kertomusten analysointiin, mutta käytän sitä Lassin kertomuksen jaksottajana osana tekemääni tulkintaa. Arviointi ei ole oma erillinen rakenneosansa, vaan juuri niitä kielellisiä keinoja ja odotuksen ilmaisimia, joita luen läpi kerronnan. Lassi puhuu episodiat edeltävästi lääkärin työstään terveystieteiden keskuksessa, jonne hän pääsi sijaiseksi vähän ennen valmistumistaan. Hän kuvaa kokemuksen pettymykseksi siitä, miten kiireistä ja yksinäistä lääkärin työ oli, ja *palaa* sitten ajassa vielä taaksempana syventäviin opintoihinsa. Paluu, kertomuksen ajallisen järjestyksen rikkominen, on yksi kertojan keino arvioida ja korostaa tapahtuman merkitystä, yksi odotuksen osoitin. Muita ovat toisto, korjaukset, varaukset, kiellot, kontrastoivat sanat 'mutta' ja 'vaan', modaaliverbit, arvioiva kieli ja arvioivat verbit (esimerkiksi 'tyrmätä', jolla Lassi kuvaa ohjaajansa suhtautumista) sekä vahvistajat mukaan lukien nauru (Hyvärinen 1994, 59-60). Aineistokohdissa --- tarkoittaa korjausta, = merkitsee paluun. Piste . tarkoittaa lyhyttä taukoa, kaksi pistettä .. on pitempi, parin sekunnin mittainen tauko. Alleviivattu sana tai sanan osa lausutaan painokkaasti. **M:n** jäljessä ovat minun haastattelijan vuorosanani. Lainausmerkkeihin olen laittanut toisten (myös Lassin menneen minän) äänet silloin, kun ne eivät ole sulautuneet kertojan ääneen. [ merkitsee päällepuhumisen alkukohdan.

## Tiivistelmä ja alkutilanne

1. mut ensimmäinen ensimmäinen takapakki silleen vähä enemmän ---
2. tai emmä tie olikse niinku mitenkään tässä niinku uralla mut --- tai no, henkilökohtasella uralla ehkä oli se
3. et ku mä olin sen syventävät alottanu aika suurilla odo- ennako-odotuksilla . ni enon vanhan kollegan ohjauksessa tekemään . tota noin tos kirralla niitä mahakarsinoomajuttuja nii siinä sitte ja . hhh ..
4. tutkimussuunnitelmat siinä laadittiin ja tehtiin ja
5. vaikutti ihan ookoo,

Aluksi Lassi tiivistää tulossa olevan kertomuksen: kyseessä on hänen uransa ensimmäinen takapakki (rivi 1). Saman tien hän kuitenkin monimerkityksistää arvionsa varauksilla *vähän* enemmän ja *ehkä*. Hän myös korjaa kahdesti (rivi 2) ennen kuin päätyy arvioon takapakista *henkilökohtaisella* urallaan. Kuulen hänen puheensa keskusteluna taustalle piiloon jäävän äänen kanssa, sisäisesti poleemisena (*hidden polemic*, Bakhtin 1984, 195; Komulainen 1998, 132). Tuo ammattikulttuurinen ääni ja odotus voisi kuulua näin: ”Etkö nyt vähän liioittele – vähästäpä hätkähdät!” Odotuksen mukaan syventävät opinnot on kovin mitätön koko *uran takapakiksi*, ja toisaalta uraa ei ehkä edes kuulu takapakeista kertoa, etenemisestä ennemminkin. Päätymällä henkilökohtaisen uran käsitteeseen kertoja-Lassi ikään kuin pidättää itsellään oikeuden määrittellä omat myötä- ja vastoinkäymisensä.

Sitten Lassi orientoi kuulijansa kertomuksen henkilöihin ja tapahtuman paikkaan: on Lassi, perhetuttu kollega syventävien ohjaajana ja Lassin suuret odotukset kirurgian klinikan näyttämöllä: tässä vaiheessa kaikki vaikutti olevan ”ihan oookoo” (rivi 5).

## Ristiriita

Takapakki-arvion jälkeen kuulija osaakin jo odottaa tapahtumien komplisioitumista. Lassi jatkaa:

6. mulla oli kyllä ittelläni ollu yks ajatus mistä mä oisin voinu ne syventävät tehdä
7. mut se niinku tyrmättiin niinkun heti noin että mä aattelin --- sillon mä siihen suhtauduin sillai et (”)joo joo
8. et ei siinä mitään et hän varmaan tietää sen et mi- mistä kannattaa se
9. **M:** Mm [mikä se oli se sun oma aihe?
10.           Se juttu tehdä(”)
11. mul oli semmonen ajatus et mä oisin tehny niinku aika paljo niinku tämmösel enon enoni neuvosta ..
12. niin niin et mä oisin tehny tämmösestä . ulcusperforaation tai perforaatioleikkauksen niinkun . vertaileva tutkimus siitä, avoin versus . laparoskopia
13. niin että siinä sitte pohdiskellu sitä sitte . monelta kantilta, taloudellisesti ja niin pois päin, ja niin paljon tulee komplikaatioita ja et cetera et silleen
14. tämmösen oisin . oisin ollu aika kiinnostunukki siitä kun mä olin sen edellisen edellisen kesän olin ollu sielä X:n keskussairaalassa kurralla



niinku pari kuukautta //M: Mm// sielä auttamassa enoa näissä samaisissa toimenpiteissä ja

Episodin ensimmäinen ristiriita näyttäytyy riveillä 6-7. Jo vähän ennen tätä ydinepisodia Lassi viittasi syventäviinsä ja kertoi valinneensa niiden alaksi kirurgian, koska arveli itsekkin päätyvänsä kirurgiksi perhepiirinsä esikuvaa seuraten. Suurin odotuksin syventäviin ryhtyneellä Lassilla oli mielessään idea tutkimuksen aiheeksi, mutta ajatus ”tyrmättiin” (rivi 7). Tuo yksi sana esittää kertoja-Lassin vahvan arvion ohjaajan toiminnasta ja kertoo myös vastakkaisen odotuksesta: Lassi oli odottanut kunnioittavaa, innostunutta suhtautumista ajatukseensa, mutta pettyi odotuksessaan. Korjaus rivillä 7 (mä aattelin --- *sillon* mä siihen suhtauduin) korostaa jo tässä Lassin ajattelun muutosta, joka on tapahtunut tyrmätyksi tulemisen ja haastattelutilanteessa kertomisen välillä: enää Lassi ei sokeasti uskoisi siihen, että ohjaaja tietää paremmin.

Lassin oma ajatus oli alkujaan enon neuvo (rivi 11). Kyse voi tietysti olla siitäkin, miten Lassi esittää menneen minänsä auktoriteetteihin uskovana ja näiden neuvoja noudattavana, mutta itse kuulen tässä jälleen esimerkin minuuden ja ajattelun dialogisuudesta: omatkaan ideamme eivät ole meistä lähtöisin, vaan ne syntyvät toisten sanoista ja aatteista, jotka muovaamme omiksemme – omaksi koettuine ajatuksineen Lassikin tyrmättiin.

Worthamin (2001, 77) mukaan keskeinen dialogisen analyysin kysymys on sen ymmärtämisessä, miten kertoja suhteuttaa itsensä erilaisiin kerrotun minänsä versioihin ja samalla kertomuksen kuulijaan. ”Miten hän käyttää (’ventriloquate’ on Bahtinin termi, vl) kahden kerrotun minänsä ääniä esittäytyäkseen kuulijalleen tietynlaisena persoonana?” Lassin puhe on *double voiced* siinäkin, missä hän lainaa mennyttä minäänsä: ”joo joo et ei siinä mitään”. Sanat kuuluvat tuolle menneelle Lassille, mutta niiden ironinen sävy on kertojan arvio kerronnan hetkellä: nykyinen Lassi ei enää olisi yhtä kritiikitön. Toisin kuin sisäisesti poleemisessa puheessa, ironiassa ja parodiassa toinen, vieras ääni ja näkökulma kuuluu kertojan puheessa, mutta tavalla, joka saa sen kääntymään itseään vastaan ja tukemaan puhujan vastakkaista näkökulmaa (Bakhtin 1984, 193-194). Kertoja-Lassin sanomana ”ei siinä mitään” tulee korostamaan sitä, miten kaikki meni lopulta pieleen.

No, Lassi ryhtyi tekemään työtään ohjaajan antamasta aiheesta – hän jatkaa kerrottuaan ensin muutamalla rivillä mainitsemastaan kirurgian amanuenssuarista (jotka rivit olen jättänyt pois):

21. mut ei se sitte --- Pekalla Pekalla joka oli mun ohjaaja oli ihan muuta mielessä
22. ja silloli kaikki hommat valmiina

23. ja silloli niinku --- otti vaan sieltä hyllyltä kirjan et (")tos on sulle et rupee tost tekemään että tutustu nyt siihe vähän ensin mut teppä siitä kuitenkin(")
24. ja e- --- kyyl mä sit tietysti rupesin tekemään,

Lassi on kertojana taitava ja hänen tyylitajunsa hienovarainen. Kokonaan ilman tapahtumien suoraa arviointia hän esittää tyylin ja äänensä sävyn valinnalla, miten nyt suhtautuu ohjaajan toiminnan tapaan. Jos ohjaaja olisi suhtautunut vakavasti Lassin tekemään tieteelliseen työhön, kuten Lassi odotti, tämä ei olisi ottanut ”vaan sieltä hyllyltä kirjaa” sanoen ”tos on sulle et rupee tost tekemään”. Jaan hänen ymmärryksensä siitä, ettei hyvää tutkimusta tehdä johonkin kirjaan *vähän* ensin (ikään kuin muodon vuoksi) tutustuen. Lassi lainaa ohjaajan sanoja, mutta sävyttämällä ne esittäytyykin samalla itse kertojana, joka ymmärtää ohjaajaa paremmin tieteen merkityksen. Rivin 24 ”tietysti” olisi voinut olla lainausmerkeissä myös, kyseessä on Lassin esittämän menneen minän sana, joka on tässä sulautunut kertoja-Lassin arvioksi vain osittain.

### Toimeen tarttuminen

Lassi ryhtyi töihin.

25. siin oli semmonen vanha väitöskirja vuodelta joku seitemänkymmentä, Heikki Virtanen oli väitelly ventrikkelikarsinoomasta ja Pekka sano et (")täst ei o kahteenkytviiteen vuoteen kukaan tehny mitään Suomessa että pitäs vähän kattoo et miten miten nää on menny(")
26. mä aattelin et (")no mikäs siinä(")
27. et (")kyllähän tää on ihan ookoo että(")
28. ja olihan se ihan ookoo ja on varmaan edelleenki
29. siit ois varmaan kyllähän siit ois saanu varmaan vaikka mitä sitte aikaseks mutta että ..
30. kauheen innostuneena mä sitä rupesin tekemään hh,
31. alkuvaiheessa niinkun alkuvaiheessa ihan niinku Pekka siinä vähän nyt puhu että niinku että et katotaan nyt nää kaikki nää tän alueen potilaat //M: Mm//
32. mää nyt olin (")juu(") mä sanoin et (")joo joo joo katotaan //M: (Naurahdus)// vaan et ei siinä mitään
33. kyl mä teen duunia("), ja tota et sit (")joo et et sovitaan näin(")
34. ja sitte niinku alotettiin sit siitä et tost yliopistosairaalan kirran potilaat ja (naurahdus), vielä mä niitä sitte niinku --- kaikki oli uutta
35. ja en mä nyt tajunnu paljon mistään mitään

36. ja kysyin vaan Pekalta et mitä mä teen ja se vaan sano et no et (")joo et tee nyt ensin tä- --- hahmottele nyt vähän sitä tutki- tutkimussuunnitelmaa(")
37. ja mä nyt vähän hahmottelin
38. emmä sit oikeen tienny mistä siinä oli kyse ja . se nyt sit käytännössä sen teki mulle, sen tutkimussuunnitelman
39. et sikäli hyvä ohjaaja oli (naurahdus), //M: Mm mm// autto kauheesti siinä alussa
40. ja sitte vaan sano et (")meet tonne leikkuriin ja rupeet selaan(?) sitä leikkauspäiväkirjaa ja etit sieltä kaikki ne potilaat jotka on leikattu diagnoosilla ca ventriculi("),

Lassi innostui uudestakin aiheestaan. Hän arvioi aiheen kelvolliseksi sekä menneen että nykyisen minänsä suulla (riveillä 27-29) ja tulee samalla jälleen esittäneeksi kertojan, joka kykenee arvioimaan tutkimusaiheen merkittävyyden. Tämän kyvyn rinnalle hän voi sitten turvallisemmin kuvata menneen minän, joka ei tutkimista aloittaessaan ”tajunnu paljon mistään mitään” (rivi 35). Tässäkin kielto vihjanee päinvastaisen, toisin sanoen tajuamisen, odotuksesta.

Lassin tehtävänä oli käydä läpi kahdenkymmenen vuoden ajalta tietyn diagnoosin saaneet leikatut potilaat ja katsoa, miten heille oli käynyt. Mennyt Lassi kertomuksen ’sankarina’ on koominen (Burke 1984, 41): hän oli tiedemaailman aloittelija, joka ei mistään mitään ymmärtänyt eikä ollut mistään oikein vastuussakaan (rivit 32-38). Kertoja-Lassin puhe on kaksiaänistä tässäkin: hän ironisoi hyväntahtoisesti menneen minänsä sanat, ja minä vahvistan naurahtamalla ymmärtäneeni ironian (rivi 32). Se, mitä Lassi ironisoi ja mistä samalla ottaa nyt etäisyyttä, on tapa, jolla hän saattoi vain kyseenalaistamatta noudattaa ohjaajan ohjeita – ”joo joo katotaan vaan” (rivi 32, myös rivit 26 ja 33).

Kertoja-Lassi arvioi edelleen ohjaajankin toimintaa sävyttämällä ohjaajan suuhun laittamia sanoja. Lassi varaa toistuvasti ohjaajan tekemisiä sanalla *vähän* ja alleviivaa myös oman menneen minänsä huvittavuutta hyväntahtoisesti vähätellen: hän *nyt vähän hahmotteli* tutkimussuunnitelmaa, kuten ohjaaja oli kehottanut (rivit 36-37). Rivillä 39 hän vahvistaa naurahtamalla petetyn odotuksensa siitä, että ohjaajan tehtävä on auttaa ohjattavaa. Ohjaaja oli hyvä *sikäli*, mutta samalla kuulija jää odottamaan vaihtoehtoisia tulkintoja hyvydestä.

41. ja no (naurahdus) menin sit sinne niinku tosi innoissani //M: Mm// ekana iltana niinku istumaan
42. huomasin et siel oli niinku //M: (Naurahdus)// seinällinen niitä leikkauspäiväkirjoja

43. ja sit mä rupesin niinku selaamaan siellä niinku et (")ei jumalauta(")
44. rupesin laskeen et kuinka paljon mulla menee tähän aikaa //M: Mm mm mm//
45. se oli siis niinku ihan hirveetä puuhaa ettii
46. sie oli semmosella vanhalla kaunokirjotuksella vedetty semmosta niinku mist on niinku tosi vaikee aluks saada selvää
47. kyllähän sitä rupes sit saamaan enemmän selvää mut et //M: Mm mm// siihen meni aivan tolkkuttomasti aikaa,
48. no sitte mä niinku tsemppasin ja tsemppasin ja
49. aluks oli innostunu ja sitte meni vähän nopeemmin
50. mut sit se hiipu ja hiipu
51. mä aattelin et mä en saa koskaan näitä loppuun,

Lassin piti käydä läpi leikkaussalipäiväkirjat kahdenkymmenen vuoden ajalta ja tehdä niistä muistiinpanoja. Tässä hänen kuvauksensa on tiheää Denzinin (1989a, 93) tarkoittamalla tavalla: voin melkein nähdä leikkaussalipäiväkirjojen peittämät seinät ja tuntea vanhojen kirjojen painon ja tuoksun. Ja voin nähdä sankariparan tihrustamassa epäselvää kirjoitusta pimenevään iltaan saakka. Lassin kuvaamat tunnelmat vaihtuivat innostuksesta epätoivoon, mutta joka tapauksessa tsemppaava ja aikaansa laskeva Lassi on aktiivisempi toimijana kuin se koominen sankari, joka ei vielä ymmärtänyt mistään mitään (riveillä 31-40).

52. no mä sain ne sit loppuun katottua vuodesta seittemänkymmentä vuoteen yheksänkymmentä, ne leikkauspäiväkirjat, sit mul oli diagnoosit ja ne tai ne potilaiden niinku nimet
53. sit piti mennä arkistoon ja plaa plaa plaa ja sitte selailtiin ja etittiin niit potilaita
54. hirvee duuni siinäki oli ei nii- kaikkia ei löytyny ja mikrofilmillä niit oli ja //M: Mm//
55. ei ollu kauheen --- niinku nykypäivänä varmaan merkinnät on paljon niinku niinku tällasii pidempiä ja tietysti ku on tullu nää kaikki lait ja sillee ne pitää olla viimesen päälle
56. ni siel nyt oli vähän sinne sun tänne merkintöjä ja, vaikka oli yliopistollinen sairaala niin . //M: Mm mm mm// oli niinku ---
57. ja sit ku ei oikeen kaikkia osannu tulkita
58. ja mä kysyin aina Pekkaa välillä ja ei sil ollu aikaa
59. ja sitte piti --- ja sit se rupes tökkiin ja tökkiin,
60. no mä sain ne sitte päätökseen kaikki sen sairaalan ja sit se sano et (")no nyt sitte kuule meet tonne Herttalaan(")

61. mä aattelin et (")jaa-a("), no sit Herttalaan, sama juttu, kaikki ne kaks-  
kytä vuotta läpi niistä kirjoista //M: (Naurahdus) voi kauhee//
62. sit mä tein ne j- ja sitte etin ne potilaat,
63. no sen mä tein semmosessa yhdessä ryvähkses sitte, mä tosiaan sen tein  
si- siinä vaiheessa se näytti iha hyvältä ja
64. mä sain ne se meni aika nopeesti ja kivuttomasti ja sit mul oli kauhee  
niinku draivi päällä

Päiväkirjojen jälkeen oli vuorossa arkisto, jossa merkintöjen tulkitseminen ei aina ollut helppoa sielläkään. Lassi kysyi välillä neuvoa ohjaajalta, jolla ei ollut aikaa, ja homma *tökki* yhä pahemmin. Lassi arvioi menneen minänsä toiminnan mieltä nytkin sanavalinnallaan: ”plaa plaa plaa” (rivillä 53) on keino lyhentää kertomusta silloin, kun kuulijan voi olettaa tietävän, mitä arkistossa tuli tehdä. Silti se ei minussa oikein resonoi lääkärin (vakavana) kuvauksena tutkimustyöstään, vaan sisältää vähättelyn. Lassi alkaa oivaltaa, etteivät arkiston merkinnät olleet ”viimesen päälle” tarkasti tehtyjä, vaikka tarkkuutta voisi odottaa.

Ensimmäistä sairaalaa seurasi toinen – ja tässä vaiheessa Lassilla oli ”kauhee draivi päällä” (rivi 64) – ja toista kolmas ...

65. ja sittenn Rautavirran sairaala oli seuraavana vuoros
66. mut sielä sitte onneks oli tää Heikki Virtanen ylilääkärinä joka oli väi-  
telly samasta aiheesta, se oli keränny omaan failiin niitä et sikäli mä  
sain ne suoraan sieltä nii //M: Nii nii ni// ne potilaat
67. mä vaan sitte katoin ne muutaman, sielä oli aika vähä vähä niitä sitte,  
se meni helposti

... ja kolmatta neljäs, jossa lopulta tapahtuu kertomuksen käänne.

### **Käännekohta**

68. ja tota . ja sit vippana oli toi Vanha Sairaala tuola noin
69. ja sit mä menin Vanhaan Sairaalaan,
70. no sit tuli ekaa kertaa semmonen niinku kunnon niinku tieteen tekijä  
mulle niinku vastaan siinä
71. ei muut oikeestaan ollu ku --- tai Virtanen oli sellanen tosi kiireinen ja  
se vaan niinku et (")joo siitä vaa //M: Mm mm//, siin on noi et katot  
sieltä ja plaa plaa plaa(")
72. ja sitte toi Herttalan ylilääkäri mikä siel nyt oli Tammise Tammisen  
Mauri ni se oli vähä semmonen kans pikkusen enemmän niinku tie-  
teellisesti orientoitunu

73. mut ei sekään --- se vaan niinku haki mulle ne hommat ja ei se ollu niin kauheen kiinnostunu siitä duunista itsessään
74. mut tää Simo Luukko tuola (naurahdus) Vanhassa Sairaalassa ni se oli sillanen, ku mä menin sinne nii mä heti huomasin et (")jaaha et nyt nyt tääl on vähä eri meininki(")
75. se oli niinku tosiaan se --- ensin istuttiin alas ja katottiin tutkimussuunnitelmat

Neljännessä sairaalassa Lassi lopulta kohtasi ”kunnan tieteenekijän” (rivi 70). Hän määrittelee tieteenekijän suhteessa toisiin kohtaamiinsa ylilääkäreihin, jotka ovat tieteenekijöitä vain osittain: he olivat (kuten Lassin ohjaajakin) kiireisiä ja ylimalkaisia (”plaa plaa plaa”), eivät kiinnostuneita Lassin tekemästä tutkimuksesta (rivit 71-73). Sen sijaan neljännessä sairaalassa oli *eri meininki*. Siellä ylilääkäri istutti Lassin alas ja yhdessä katsottiin tutkimussuunnitelmaa.

76. se vähä ihmetteli siinä et se ei ollu nii kuitenkaa nii viimesen pääle tehty että
77. et se oli semmonen vähä syventävä syventävätyyppinen se tutkimussuunnitelma ja sitä ei ollu oikeen niinku ---
78. se esitti heti kauheesti kysymyksiä joihinka mulla ei ollu mitään vastauksia ja
79. sit mä rupesin tajuumaan nii et ehkä tää ei ollu kuitenkaa kovi hyvi suunniteltu tää mun homma
80. ja sit se niinku sano et (")no joo että niinku et mitäs me(")
81. sit mä sanoin et (")nii et pitäs saada nää --- et et missäs teillä --- varmaan pitäs noi leikkaussalipäiväkirjat(")
82. ni se katto mua pitkään ja sano et (")eii et meillähän on nää poisto-poistoilmoitusrekisterit että sano vaan se diagnoosinumero ni hän hankkii kaikki ne sulle(") //M: Mm//
83. sit mä tajusin --- et siinä mä rupesin tajuumaan et (")eii jumalauta et mitä duunii mä oon tehny ku mä oon ettiny niitä tuola(") et joka paikassa on nää samat rekisterit olemassa ainaki yliopistosairaalassa, et ne ois saanu suoraan sieltä esimers tuola
84. mut et ku ei vaan niinku voi --- ja ei --- ja niinku m ---
85. et mä olin käyttäny siihen ihan tolkkottomasti aikaa siihen niin minkä ois niinku saanu niinku niinku [ois vaan pyytäny,
86. **M:** [Mm mm mm mm hm, voi itku]

Ylilääkäri ihmetteli tutkimussuunnitelman heppoisuutta. Lassi korjaa aloittamansa ”(tutkimussuunnitelmaa) ei ollut oikeen” -aloituksen, jossa hän antaa

ylilääkärin arvioivan äänen tulla enemmän omakseen ja on esittä kriittisen arvion ohjaajansa laatimasta suunnitelmasta. Hän palaa ensin kuvaamaan omaa hämmennystään tilanteessa, jossa ei osannut vastata tieteen tekijän kysymyksiin, ja vasta sen jälkeen merkitsee oman ajattelunsa kääntein: ”sit mä rupesin tajuumaan”, ettei työ ollut kovin hyvin suunniteltu (rivi 79). Mutta käänne ei ole vielä valmis: kun Lassi sitten pyytää nähdä leikkaussalipäiväkirjat, ylilääkäri katsoo häntä pitkään ja kertoo, että samat tiedot saa suoraan poistoilmoitusrekisteristä. Lopulta koomisen sankari-Lassin silmät aukeavat, ja kertoja painottaa toistollaan (”sit mä tajusin --- et siinä mä rupesin tajuumaan”) hetkeä, jona päähenkilö ymmärtää tehneensä turhaa työtä. Lassi on kertojana samalla vaikeuksissa, näin ainakin kuulen useat korjaukset, jotka hän tekee rivillä 84: hän hakee syy(llis)tä ja selitystä työnsä turhuudelle, päätty sitten passiivimuotoon: hän oli käyttänyt tolkuttomasti aikaa siihen, minkä olisi saanut, kun ”ois vaan pyytäny” – kenen olisi pitänyt ymmärtää pyytää, jää kuulijan tulkittavaksi.

Paluuta entiseen Lassilla ei enää ole, vaan hän on kertomuksen käänteen myötä lopullisesti pettynyt aiemmissa odotuksissaan kollegiaalisuutta ja tieteen tekemistä kohtaan. Tulkitseen osin Lassin toisaalla haastattelussa kertomankin valossa kollegiaalisuudeksi odotukset siitä, että nuorta ja kokematonkin kohdellaan kunnioittavasti ja tasavertaisena. Ohjaajan kohdalla Lassin odotus piti sisällään luottamuksen siihen, että tällä on aikaa ja kiinnostus paneutua työhön, josta Lassi toivoi tieteellistä uraa. Toisaalta Lassi on vasta kertomansa käänteen myötä kykenevä arvioimaan kriittisesti tieteen tekemisen laatua. Hänen uusi, kriittinen äänensä on kertomuksessa alkujaan neljännen sairaalan ylilääkärin, ”kunnon tieteen tekijän”, ääni, jonka Lassi antaa sulautua omaansa. Tuo tieteen ääni antaa Lassille arviointikyvyn, mutta ei armoa osoittaessaan, miten suurin odotuksin aloitettu työ oli mennyt vikaan. No, työtä oli vielä tehtävänä, ja kertoessaan Lassi etsii samalla mieltä tapahtuneelle:

87. ja tota (naurahdus) no sitte ei se mitään
88. no kyyll mä sitte --- no ne tuli helposti ja mä kävin ne läpi ja siel oli hirveesti niitä sillä sino- silloisella(?) diagnoosilla
89. ja sitte loppujen lopuksi siinä sitte kerty semmonen satakahekskyt potilasta minkä sairaskertomukset mä olin sitte lukenu suurin piirtein kannesta kanteen ja tehny niistä sitte hirveesti erilaisia ja niin pois päin
90. ja siinä meni sitte hirveesti aikaa ja ja ihan kattavat aineistot olin saanu aikaan
91. mut että .. sit se oli vähän semmonen niinku .. ---
92. mulle tuli semmonen vähä tunne et ku se ei kuitenkaa oltu suunniteltu nii kauheen tarkkaan ja

93. ja tota noin vaikka mä olin mielestäni suht huolellisesti tehny sit mä --- osottautu kuitenkin et mä en ollu tehny sitä läheskään niin huolellisesti ku se ois pitäny tehdä
94. emmä tie sitte olikse vaan niinku omaa itsekriittisyyttä että .. kaikki nää tulkinnat että ku sä sataayheksänkymmestä potilasta luet niitä kertomuksia ja sit sul on tietty semmonen mitä sää keräät niistä
95. nii kaikki ei oo //M: Mm mm// niin yksiselitteisiä, johonki sun pitää se laittaa ja toisaalta sul ei o aina aikaa kysyy ..
96. ekä etkä aina viitsi lähtee kysymään ohjaajalta et kuinka se on
97. ja sit se saattaa niinku ajan myötä siinä vähän muuttua se, et ne pitäis tehdä kaikki niinku samas ryväkässä ja käydä mielellään vielä kerran uudelleen läpi //M: Mm mm mm// et ne tulis varmasti oikeen ja kaikki nää

Lassi etsii, näin kuulen, keinoa sekä antaa arvo tekemälleen työlle että ymmärtää, mikä meni pieleen. Riveillä 89-90 hän kuvaa tekemänsä työn perusteellisuutta, mutta päätyy tyhjäin samalla tavoin kuin hänen rivillä 91 aloittamansa lause. Hän sekä oli että ei ollut tehnyt huolellista työtä. Rivillä 95 hän viittaa siihen, miten *hänellä* ei ollut aikaa lähteä kysymään ohjaajalta aina, kun sairauskertomusten tulkinnassa oli ongelmia. Edellä (rivillä 58) ohjaaja oli se, jolla ei ollut aikaa, mutta nyt kertomuksen käänne on takana, Lassi on omaksunut uuden retoriikan ja uuden tavan suhtautua omaan toimintaansa – nyt ei Lassillakaan ole enää aikaa.

## Tulos

98. ja sitte mä siinä huomasin et (")eii että . et ei tää nyt oo ihan niin validi juttu kun mä nyt(“) ---
99. mut et toisaalta nii kyl se nyt kuitenkin ihan kohtalaisesti ---
100. edelleenki mä oon m- sitä mieltä et se on nyt iha ---
101. kyyll mä siinä ihan suht huolellista duunii tein
102. ja eikä se nyt ---
103. se jäi sitte siinä vähän sillee roikkumaan se se yhteenveto kuitenkin että, ku se tulos oli tsit se että niinku kahessakytä vuodessa ei ollu mitään kehitystä tapahtunu //M: (Naurahdus)// et ne kuolee anyway (naurahdus) kaikki siihen nii että //M: Mm//
104. eikä sieltä oikeen sitten mitään semmosta järkevää mitään järkevää siitä ei oikeen niinku [tullu
105. **M:** Mm no tuloshan [se on toikin tietysti
106. Nii tse oli ihan hyvä tulos sikäli



107. mut mä en --- odotin vähä erilaista //M: (Naurahdus)// et siitä ois niinku tullu jo- joku tämmönen ---  
108. emmä tiedä ees mitä mä odotin siltä mutta,

Lassin kerronnan dilemma jatkuu. Hän korjaa neljästi (riveillä 98-103) yrittäessään perustella oman toimintansa kelvollisuutta – mutta tulee, näin tulkitsen, samalla esittäneeksi vähintäänkin sanattoman syytöksen ohjaajaansa kohtaan. Tunnistan ohjaajan syyttämisen odottamattomuuden ja vaikeuden: Lassi on vaarassa syyllistyä itse epäkollegiaalisuuteen. Hän voisi uskoakseni esittää kritiikkinsä suoremmin ystävälleen, mutta vieraalle lääkäriille ja haastattelijalle (siis minulle) kuuluu olla ... sivistyneempi? vähemmän tunteellinen? kunnioittavampi vanhempaa kollegaa kohtaan? Joka tapauksessa Lassi onnistuu kertomuksellaan välittämään minulle pettymyksensä ja muutakin – nyt tätä kirjoittaessani olen Pekka-ohjaajalle ja muillekin välinpitämättömille tieteen-tekijöille vihainen, lähes kihisen kiukusta! Vaikka kysehän on vain siitä, ettei heillä ollut aikaa.

Lassi jättää kuulijan täydennettäväksi myös omat odotuksensa syventäviltä opinnoiltaan (rivit 107-108). Oman tutkijan kokemukseni kautta voin kuvitella hänen odottaneen paitsi mainitsemaansa tutkijan uralle pääsyä myös jotain muuta – kiitosta hienosti tehdystä työstä, palautetta, jonka mukaan tuloksista on ollut suuresti hyötyä. Kuulijana koetan korjata tilannetta, Lassin kerrotun identiteetin saamaa säröä, mutta pettymys jää kuulumaan arviossa, jonka mukaan sieltä ei ”mitään semmosta järkevää oikeen tullu”. Suuria odotuksia on, kuten jo Lassin episodin alussa pohdin, (ammatti)kulttuurisesti noloa sanoa ääneen, niinpä Lassi korjaa aloituksensa (riveillä 107-108). Haaveena ollut väitöskirja vaihtuu parissa illassa kirjoitelluksi *kyhäelmäksi*:

109. no se oli tulos ja sitte mä siitä sitte jonku . parissa illassa sitte kirjottelin jonku kyhäelmän siitä sitte ja, niistä tuloksista  
110. ja siinä ne sitte mun syventävät oli  
111. mut et jotenki jäi siitä sit semmonen vähä paha maku suuhun tosta .. tieteentekemisestä että  
112. lähinnä just se että niinku hirveesti duunia pisti siihen  
113. ja sitte kuitenkin mitä mä nyt siitä sain sitte, syventävät opinnot,  
114. toisaalta ei(?) se(?) menny(?) turhaan(?)  
115. ja sit Pekka ois halunnu et mä oisin jatkanu sitä tieteellistä duunia sielä nii //M: Mm//  
116. et se niinku soitti vielä pitkään pitkään mun perään tänne ja kaikkia että niinku että (”)tuu nyt käymään ja tekemään että täs on vaikka mitä(”) (pari epäselvää sanaa)

117. mää sit aina vaan jotenki yritin kohteliaasti //M: (Naurahdus)// niinku että (")ei kiitos että ei että joo että ei("),
118. nyt se on sit lopettanu nyt sieltä ei oo sit kuulunu pitkään aikaan enää mitää että //M: Mm mm mm//
119. et se on niinku nyt sitte se homma jääny siinä
120. etten mä sitä emmää s- emmä siitä rupee mitään tekemään että . että tota . enkä ---
121. tuli just silleen että emmä nyt ainakaan oo sulkenu sitä mahdollisuutta pois et mä tiedettä rupeen tekeen
122. mut että se ei ollu kyllä niinku mun juttu se, kuitenkin //M: Mm mm mm//
123. et se ehkä lähti kuitenkin alusta alkaen vähän niinku pikkusen väärästä sillee et mää en niinku
124. vaikka mä tietyllä tapaa innostuin siitä mut että
125. emmä innostunu siitä si- sillä lailla koska toisaalta seki että mä en niinku tajunnu niitä hommia sillon
126. mummiestä sen Pekan ois ---
127. vaik se oli iha hyvä ohjaaja ja hirveesti --- ainaha sil oli aikaa kun vaa halus mut että
128. mä en tajunnu kysyä t- oikeita asioita ja se ei niinku jotenki vaan tajunnu kertoo niitä mulle //M: Mm mm mm//
129. nii et se lähti sitte m- muummielestä vähä niinku väärille raiteille se homma että et ei siitä sitte tieteellinen ura ei kyllä oikeen alkanu siinä silleen

Tuloksena tutkimuksesta oli kyhäelmä ja uusi minän retoriikka, jolla Lassi lopulta (rivillä 128) jakaa vastuun menneen, ymmärtämättömän minänsä ja ohjaajansa kesken. Tällä retoriikalla Lassi tietää entistä paremmin, mitä tahtoo, ja hän kieltäytyy kohteliaasti ohjaajan esittämästä kutsusta jatkaa tutkimista. Lassi ei ota lopullista kantaa tieteen tekemiseen, mutta nyt se ei ole hänelle enää perhepiirin kirurgiesikuvan tai ammattikulttuurin osoittama itsestäänselvyys, vaan kysymys on siitä, onko se Lassille ”mun juttu” (rivi 122). Vastausta hän ei vielä tiedä, ja samalla uran tulevaisuus jää auki, monille mahdollisuuksille avoimeksi.

## Päätäntä

Kertomuksen päätännässä kertomuksen aika ja haastattelun nykyhetki kohtaavat (Labov 1972, 365), ja Lassi suuntaa tulevaan. Kertoja-Lassi samaistuu päähenkilönsä nykyiseen hahmoon, siihen Lassiin, joka on kriittinen aiempia uran itsestäänselvyksiä kohtaan.

130. et mä sitte päätin siinä vaiheessa et eei että emmä nyt niinku et nyt  
 131. =ja sitte toi eka terkkarivuoden tai kesän jälkeen ni mä päätin  
 132. että niinku et nyt mä kyllä katon ensin että tätä hommaa vähä että  
 133. et nyt mä oon niinku pari kertaa ennen ku mä oon sekä lähteny lää-  
 kikseen että ruvennu tota syventävi tekeen aika niinku suht hätäsesti  
 että  
 134. että on niinku meinannu tulla vähän semmosia katuma- katumahetkiä  
 sitte sen takia että et on niinku vähän liian nopeesti se päätös päätös  
 tullu siinä sitte, semmonen isompi päätös että  
 135. et et mielellään jos nyt vaan niinku toivoo ss- toivoo saa  
 136. ja jos vaan niinku mahdollisuuksia on nin  
 137. jatkossa nii keräilisin keräilisin kokemusta mahollisimman monelta  
 alalta ja jos vaan ---  
 138. se nyt on sitä nyt on vaikee tietää mitä ---  
 139. äkkiä se mieli muuttuu sitte jos löytyy joku hyvä

Lassi rinnastaa (rivillä 133) syventävät opintonsa koko lääkärin uravalintaan siinä, miten molemmissa on ollut kyse hätäisestä, harkitsemattomasta ratkaisusta. Ennen syventävät-episodia hän kertoi haastattelussa toisen, samankaltaisen minän retorisen murroksen juonittaman kertomuksen. Hän kuvasi parin ensimmäisen lääkisvuoden vielä olleen ”lukiotouhua”, monivuotisen harrastuksen, omillaan elämisen opettelun ja opiskelijaelämän sävyttämää opiskelua, jossa ”ei kauheesti miettiny päämääriä silloin”, ”pänttäs vaan asioita päähän sen suuremmalti miettimättä, että mihinkähän mä näitä voisin joskus tarvita”. Lassi meni armeijaan vähän ennen opiskeluiden puoliväliä, ja sieltä palaamiseen sijoittuu kerrotun uran yksi käänne. Harrastus hiipui samoihin aikoihin, ja (mennyt) Lassi pysähtyi ensimmäistä kertaa kunnolla miettimään, ”mitähän sitä tässä elämässä oikeen tekee ihan oikeesti, että onks tää lääkärin homma se vaiko ei”. Retorinen käänne lähestyy, kun Lassi ”rupesi vähän enemmän panostaan siihen opiskeluun ja miettiin ja lukeen ajatuksella”. Naapuriin muutti Lassin kurssikaveri, josta tuli paras kaveri ja jonka kanssa ”lueskeltiin ja opiskeltiin ja juhliittiin” yhdessä. Tältä kaverilta Lassi saa kertomuksessa systemaattisen otteen ja pohtivan, mieltävän ja kysyvän asenteen opiskeluun. Käänteän jälkeinen uusi retoriikka on kurssikaverilta lainattu ääni, joka lopulta sulautuu Lassin oman minän ääneksi: ”kyl mä varmaan lääkäriks rupeen, et kyl tää on se”. Lääkärin työstä oli tullut Lassille omaa; syventävät-episodissa mahdollistui sitten sama pohtiva ja kysyvä suhde uralla ja tieteessä etenemiseen ja omiin päämääriin.

Haastattelutilanteessa Lassi esittäytyy minulle ydinepisodinsa kautta kriittisenä ja ratkaisuihin vakavasti suhtautuvana lääkäri-kertojana ja perustelee samalla arvokkaaksi senhetkisen tilanteensa, jossa hän oli luopunut aiemmista

uralla etenemisen suunnitelmista. Hänen sijaisuutensa terveyskeskuksessa oli päättyneessä, hän uskoi voivansa jatkaa sitä, mutta haikaili sairaalatyöhön. Hänen työhaussa oli kuitenkin ”tietty saamattomuutta”, ja hän oli myös kieltäytynyt ohjaajansa tarjoamasta mahdollisuudesta jatkaa tutkimuksen tekemistä syventävien jälkeen. Ilman syventävät-episodia ja siinä keskustelevien äänten dialogia, jonka Lassi kertojana taitavasti arvioi, en ehkä ymmärtäisi, miksi Lassi haluaa jarrutella, mutta nyt ymmärrän. Hän onnistuu kertomaan minuutensa tavalla, jossa päähenkilön kuvattu muutos myötäilee hänen kertojana minulle – väitöskirjaa tekeväälle kollegalle – esittämäänsä varmuutta siitä, että hänen ratkaisunsa odottaa ja ”katsoa tätä hommaa vähän” on hyvä ja harkittu. Worthamia seuraten Lassin omaelämäkerrallinen esitys on minuuden ja (lääkäri-)identiteetin todellisen rakentamisen tapahtuma.

Lassin kerrotun minuuden moniäänisyys ei ole vain päähenkilön identiteetin ja arvioivan kertojan kakseutta, vaan kummallakin näistä on edelleen monia ääniä, monia tapoja suhtautua itseensä ja maailmaan (Bahtin 1984). Päähenkilö jakautuu analyysissäni menneeseen ja nykyiseen Lassiin, ja kertoja puolestaan käyttää arvioidessaan eri näkökulmia. Kun nämä monet äänet avautuvat sekä Lassin aiemmin käymiin keskusteluihin että haastattelun dialogiin ja edelleen omiin tutkijan dialogeihini, on Lassin moniäänisyys äärimmillään samalla, kun kyseessä on hänen minuutensa rakentumisen ja tiivistymisen hetki. Nämä eivät sulje pois toisiaan. Ne vaativat vain vähän kääntämään näkökulmaa.

### 3.6 Autenttisuuden narratiivinen ymmärrys

Yhtenäisyyden ja koherenssin uudelleentulkinnan ohella Jennifer de Peuter (1998) suhtautuu kriittisesti toiseen identiteetin ja kertomuksen ihanteeseen, nimittäin autenttisuuteen. Hän viittaa näkemykseen, jonka mukaan yksilöllinen minuus on itseriittoista, kokemuksensa ja näkemyksensä itsenäisesti omannäköisikseen muodostavan ihmisen sisäisyyttä. Autenttisuutta odotetaan usein myös kertomukselta, vaikka narratiivisuus voi myös toimia lähtökohtana ymmärtää se toisin, tilanteisena autenttisuutena: ”oikeutena ja eettisenä velvollisuutena määritellä oma autenttisuutensa tietyssä (elämän)historiallisessa kontekstissa ja tulla tunnustetuksi sellaisena” (de Peuter 1998, 42). Autenttisen elämän mitta ei tällöin ole selkeys, jolla yksilö toteuttaa omaa elämänprojektiään uskollisena pysyväksi mielletylle minuuden ytimelle. Sen sijaan tilanteisena ja eettisenä autenttisuus toteutuu silloin, kun sekä ihmisten sisäisissä että välisissä neuvotteluissa eri äänet ja näkökulmat tulevat kuulluiksi ja omilla ehdoillaan huomioon otetuiksi (de Peuter 1998; myös Bochner 2001, 147).

Narratiivisen identiteetin ajatus vihjaa autenttisuudesta, joka syntyy, kun kertova yksilö sovittaa kulttuuristen mallitarinoiden ja jaettujen näkökulmien äänimaailman itselleen sopivaksi. Näin ajatellen yksilön autonomia saa uusia vivahteita. On vaikea mieltää (riippumattoman ja vapaan merkityksessä) itsenäiseksi yksilöä, joka minuutensa ja identiteettinsä prosessissa tarvitsee sekä kuulijan että sosiaalisen tarinoiden ja sanojen varannon. Mark Freeman (1993) käsittelee tätä kysymystä Helen Kellerin (1957) omaelämäkerran kautta. Keller menetti sekä näkönsä että kuulonsa vaikean sairauden seurauksena alle kaksivuotiaana, ja oivalsi vasta vuosia myöhemmin kotiopettajansa avulla sanojen ja symbolien tarkoituksen – merkityksen merkityksen – ja kehittyi lopulta taitavaksi kirjoittajaksi. Hän kertoo omaelämäkerrassaan (käännekohtaksi) tapauksen, jossa häntä 11-vuotiaana syytettiin plagioinnista. Hän oli kirjoittanut kauniin kertomuksen lahjaksi rakastamalleen opettajalle luullen kirjoitusta omakseen, mitä se ei kuitenkaan ollut. Itse kertomisen sijaan hän oli, tietämättään, toistanut hieman omin painoituksin, ja jopa paranneltuna, kertomuksen, jota hänelle oli luettu lapsena ennen sairastumista ja kuuroutumista.

Kellerin omaelämäkerrassa tuon tapauksen pohdinta tihentää hänen minuutensa tietoista rakentamista. Hän haluaisi jonakin päivänä kirjoittaa itse, luoda jotakin ainutkertaista, tulla omaksi autenttiseksi itsekseen. Mutta miten se voisi olla mahdollista, jos hän ei edes tiennyt, mikä hänen kirjoittamastaan oli lähtöisin hänestä itsestään, mikä taas toisten sanoja, jotka vain virtasivat hänen lävitseen muuttaen ehkä samalla aavistuksen verran suuntaa? Kyse ei ollut vain lapsuuden hämärästä, jonka kerronnassa jokainen on toisten muistin ja tarinoiden varassa, vaan Keller tunnisti myöhemminkin sen, miten kaikki hänen lukemansa muuttui hänen sisäisen maailmansa tekstuaalisuudeksi – hänen maailmansa ja mielensä tuntuivat olevan kauttaaltaan *second-hand*. (Freeman 1993.)

Kellerin tilanne oli erikoinen sikäli, ettei hänellä ollut kosketusta maailmaan näkönsä ja kuulonsa kautta. Häneltä puuttuivat noiden aistien havainnot, joista muodostaa oma tulkintansa ja oma kokemuksensa maailmasta: hän oli toisten sanoiksi ja kosketukseksi pukemien aistimusten varassa. Toinen esimerkki ihmisestä, jonka on helppo ajatella tarvitsevan toista ja toisten sanoja oman tarinansa kertojaksi, on afaatikko, vaikka yksilön autenttisuutta korostavassa kulttuurissamme afaatikon kuntoutuksen ajatellaankin tarkoittavan tämän toisen vaimentamista ja oman äänen palauttamista (ks. Aaltonen 2002). Freeman kuitenkin väittää, ettei Kellerin (tai afaatikon) kokemus itsestään toisten sanojen synnyttämänä lopulta olennaisesti poikkea siitä, miten me jokainen olemme tulleet ymmärtämään itseämme. Olemme syntyneet maailmaan, joka on sanojen, merkitysten ja tarinoiden maailma, ja sanat, joita olemme oppineet ja opimme käyttämään oman kokemuksemme kuvaajina ovat aina toisten suista lähtöisin (Bakhtin 1981, 294). Kyse ei siis lopulta ole yksilön autonomian ja

toisten varassa olemisen vastakohtaisuudesta, vaan minuudesta, jossa minä ja toinen jatkuvasti rakentavat toisiaan ja jossa yksilön ja sosiaalisen välinen raja on läpäisevä.

Liz Stanley, joka tunnetaan sosiologisen tiedon ja tietämisen teoreetikkona, ulottaa autenttisuuden uudelleenmäärittelyn koskemaan myös tutkijaa ja tieteellisen tiedon tuottajaa. Tutkija voi sanoa vain sen, minkä hänen teoreettinen ja arkinen sanavarastonsa sallii. Hänen intellektuaalisen omaelämäkertansa eli tietämisen yhteiskunnallisen, ideologisen, tieteellis-teoreettisen ja omaelämäkerrallisen tilanteen tulisi sisältyä tuotettuun tietoon (Stanley 1990, 62). Omassa tutkimuksessani lääkäreiden sairauskokemusten luenta (luku 5.5; Löyttyniemi 2004) vie tutkijan ja feministin oma/elämäkerrallisen tehtävän pisimmälle, ehkä omille ääri rajoilleni asti. Luen haastatteluaineistostani lääkäreiden kertomuksia oman ruumiinsa rajoituksista, mutta niistä kirjoittaessani kirjoitan itsestäni – toisin sanoen siitä dialogista, jota oman elämänhistoriani kulussa minuun tarttuneet kulttuurin ja ammattikulttuurin asenteet, feministiset ja sairauden narratiivisen tutkimuksen tuntemani teoreetikot sekä aineistoni kertomukset kohdatessaan käyvät ja josta luon (poeettista tutkijan mielikuvitustani käyttäen, Freeman 1999) sen, mitä voin tulkintanani sanoa. Seuraan tiedon syntymää kirjoittaakseni lääkärin haavoittuvuudesta, mutta samalla esittäydyn lukijalleni, osoitan uskoakseni tutkijan tyylistäni jotain, joka jatkuu artikkelista toiseen – tuttuja tapojani, rutiineja, jostakin ruumiini paikasta (ehkä selkäytimestä?) helposti irtoavia sanoja ja tunteita. Jos minuudellani on jatkuvuus kertomuksen ulkopuolella, se ehkä on tämänkaltaisissa asioissa (ks. Ronkainen 1998, 241), ja lukijani on hyvä ne tuntea tietääkseen, kuka kirjoittaa.

Tietäjä, teoriat ja tieto suhtautuvat toisiinsa kuten kertoja, mallitarinat ja identiteetit. Haastattelemistani lääkäreistä Petra (ks. luku 5.5) on esimerkki siitä, miten tieteellinen teoria kasvaa sisään lääkärin identiteettiin ja koko minuuden ruumiilliseen ja kokemukselliseen kudokseen. Petra syventyy psykosomatiikkaan syventävien opintojensa viitekehystenä, ja hänen kertoessaan tarinaansa psykosomatiikka on hänelle itseymmärryksen väline, jonka kautta hän kuljettaa tuntevaa ruumistaan ja elämäntilannettaan mukana juonessa ja minuudessaan.

Näin lukien Petran kertomuksessa korostuu hänen kiinnittyneisyytensä, riippuvuutensakin, ihmis- ja olosuhteisiin, oman ruumiinsa rajoituksiin ja ymmärryksen välineisiin, joista psykosomatiikan teoria on peräisin syventävien opintojen ohjaajalta. Silti hänen tietoinen, elämää ja kerrontaa ohjaava motiivinsa on autonomia: ”mun elämää määräävin motiivi on varmaan joku semmonen autonomian kasvattaminen tai oman tien etsiminen ja kulkeminen sillä lailla että kuinka sovittaa se realiteetteihin”. Petran kertomuksessa syventävät opinnot on käännekohta, jossa hän käy läpi siihenastisen uransa

kriittisen arviointiprosessin. Prosessi ei ollut vain käsitteellistä identiteettityötä, vaan myös toiminnassa toteutettua: Petra on haastateltavistani ainoa, joka oli todella ollut työttömänä pitemmän jakson. Hänellä oli syventävät opinnot tekemättä, kun töitä ei enää saanutkaan läheltä opiskelupaikkakuntaa, ja tuossa tilanteessa vapaus etsiä omalta tuntuva tutkimusaihetta ja lähestymistapaa painoi vaa’assa enemmän kuin työpaikka kaukana yliopistosta ja tiedemaailmasta. Hän sai neuvoteltua itselleen työttömyyspäivärahan ja käytti sitten aikaa projektinsa hahmottamiseen ja toteuttamiseen, omalla tavallaan. Petra kuvaa aiemmat lääkiavuodet autonomian kokemukselle tuhoisana, ulkoa päin motivoituna toimintana, ja vasta työttömyyden mahdollistama ”oman tien etsiminen” ja omien ratkaisujen punnitseminen palautti hänen kertomuksensa päähenkilölle sen autonomian kokemuksen, jonka hän kertojana nimesi elämänsä keskeiseksi motiiviksi.

Petran kertomus ei ole minuuden muutoskertomus – tehdyt ratkaisut eivät murru vaan vahvistuvat syventävien opintojen identiteettiprosessissa – mutta syventävät ja työttömyysvaihe ovat silti käänne, jossa ulkoa ohjautuminen korvautuu omiksi koetuilla motiiveilla ja jossa autonomian kokemus kääntyy pitkistä laskusta nousuun. Koska en etsi identiteetin ja kertomuksen autenttisuutta vastaavuudesta psyyken sisäisyyteen, löydän sen muualta kuin Petran kyvystä palauttaa toimintansa yhteneväksi minuutensa motivaatorakenteiden kanssa. Minulle Petran kertomuksen autenttisuus toteutuu tavassa, jolla hän haastattelutilanteessa tarttuu taustaksi tarjoamaani yhteiskunnan murrokseen, omiin kipeisiin muistoihinsa työttömyydestä ja torjutuista työhakemuksista, identiteettisanakseen artikuloimaansa autonomiaan ja minuuteensa kiinnittyneeseen holistiseen psykosomaattiseen ymmärrykseen ja maalaa niiden väreillä omannäköisensä lääkärin. Toisessa tilanteessa hän maalaisi toisin.

### *Psykoanalyysi yksilön mallitarinana*

Entä itse psykoanalyttinen ajattelu? Se on kielenkäytön tapa, joka on vaikuttanut koko länsimaiseen kulttuuriin (Billig 1999, 216).

Elämäkertomus välittää kertojan identiteetin ja eletyn elämän välillä sekä kertojan ja kuulijan välillä. Elämäkertomus rakentaa itseymmärryksen. (Ricoeur 1991a, 27). Kertoja tarvitsee kulttuurinsa kielen, käsitteet, mallitarinat ja jaetut merkitykset päästäkseen alkuun ja loppuun silloin, kun lopulla tarkoitetaan kertomuksen tuleamista todeksi kuulijassa. Minuuden autenttisuuden kokemus syntyy kielen keinoilla kertoa minuutta, vaikka jokainen kertoja painottaakin sanoja ja käyttää käsitteitä hiukan toisin, sijoittaa elämäänsä mallitarinoihin

ja venyttää merkityksiä hiukan toisin. Tarkastelen psykoanalyysia keskeisenä kulttuurisena minuuden sanastona.

Jerome Bruner (1990) viittaa kulttuurista psykologiaa hahmotellessaan kulttuuriin eräänlaisena kansanpsykologiana tai –sosiologiana, jota voi yhtä hyvin nimittää arkiajatteluksi tai ’common senseksi’. Kyse on ”joukosta enemmän tai vähemmän yhteneväisiä, enemmän tai vähemmän normatiivisia käsityksiä siitä, miten ihminen toimii, millainen on oma mielemme ja toisten mielet” (Bruner 1990, 35). Tarvitsemme näitä perustavanlaatuisia, yleensä itsestäänselvyyksinä pidettyjä ajattelun ja kielen periaatteita voidaksemme kertoa itsestämme ymmärrettävästi itsellemme tai toisille. Omaksumme periaatteet oppiessamme kielen, tai toisin päin: opimme puhumaan ja kommunikoimaan astuessamme kulttuurin symboliseen järjestykseen. Meistä tulee ’minia’, toisin sanoen opimme ymmärtämään itseämme ja puhumaan itsestämme siten, kuin kulttuurissa kuuluu, ja tässä mielessä on mahdotonta ajatella minuutta kielen ja kulttuurin ulkopuolella. (Vastaavasti voisi ajatella, että lääkäriksi tullaan omaksumalla ammattikulttuurin itsestään selvät ajattelun mallit ja puhumisen ja toimimisen tavat, eikä lääkäriyttä ehkä edes ole niiden ulkopuolella.)

Oman itsen kertomisen totutut tavat ja normit tulevat pohjustamaan sitä, millaisen kertomuksen itse kukin kertoo – uudelleen ja uudelleen – identiteettinsä kuvaksi. Itse tulin miettineeksi kulttuurimme minäkäsityksiä siksi, että tunsin usein haastatteluita tehdessäni ja niitä analysoidessani keskustelevani psykoanalyysin teorioiden kanssa ainakin rivien väleissä, siitäkin huolimatta, etten tietoisesti soveltanut niitä. Eräs haastattelemistani mieslääkäreistä kysyi vasta haastattelun jälkeen tutkimukseni nimeä. Olin haastatteluideni alkuvaiheessa, ja tutkimukseni työnimenä oli nuoren lääkärin ammatti-identiteetti. Olimme haastattelussa keskittyneet opiskelu- ja työvuosiin, mutta identiteetti-sanankuultuaan haastateltavani silmännähdessä kiusaantui ja kysyi, olisiko hänen pitänyt pohtia äitisuhdettaan ja sen ongelmia. Ei tarvinnut, ellei sitten oman eletyn elämän ja identiteetin suhde sitä edellyttä, kuten edellyttää psykoanalyttisessä perinteessä ja siitä vaikutteita saaneessa arkiajattelussamme, myös omassani.

Pohdin psykoanalyysia jatkossa kahdesta syystä. Ensinnäkin psykoanalyttinen teoriaperinne on yksi keskeisiä länsimaisen kulttuurin ajatusrakennelmia ja minuuden sanastoja (Grosz 1990, 189; Korte 1988, 123; Frosh 1994, 14; Vuori 2001, 282; Sampson 1993, 45; Roudinesco 2000, 30). Psykoanalyysi ei esiinny arkiajattelussa kaikessa teoreettisessa rikkaudessaan, vaan säikeinä, vaikutteina ja käsitteinä, jotka osaltaan rakentavat käsityksiämme elämäntarinasta ja identiteetistä. Kuten Mark Freeman (2003b, 343) kirjoittaa jatkaen Parkerin (2003) ajatusta: ”Olemme psykoanalyttisia minuuksia, sellaiseksi jo kirjoitettuja” – emme kuitenkaan siksi, että psykoanalyysi olisi ”tosi” jossakin abstraktissa mielessä, vaan koska sen tarjoama ymmärrys on osin yhteneväinen



(modernin länsimaisen) minuuden esiymmärryksen kanssa”. Toisista lähteistä, esimerkiksi kirjallisuudesta, pulppuaa muita minuuden mallitarinoita, mutta ajattelen haastattelemiäni lääkäreiden olevan kaksinkertaisesti psykoanalyttisten vihjeiden varassa. Lääkäreinä ja toisen lääkärin tutkimustarkoituksessa haastattelemina kertojani varmaankin etsivät enemmän tai vähemmän tietoisesti yhteistä ymmärryspohjaa – kertomuksen dialogista koherenssia – lääketieteen, psykiatrian ja terveydenhuollon teorioista ja löytävät psykoanalyttiset teoriat sieltäkin. Vielä 1990-luvun alussa psykiatrian opetus lääkärin peruskoulutuksessa oli vahvasti psykoanalyttisesti painottunutta psykiatrian professoreiden analyttiseen traditioon suuntautuneisuuden ja pääoppikirjan (Achté ym. 1989) johdosta (Pertti Hämäläinen, henkilökohtainen tiedonanto 24.3.2004). Psykoanalyttinen minuuden mallitarina tuli lääkärille vastaan psykiatrian ja lastenpsykiatrian oppikirjoissa kuvauksena persoonallisuuden terveestä kehityksestä (Achté ym. 1989; Arajärvi & Varilo 1991). Näistä syistä ajattelen, että lääkärilukijalle kirjoittaessani minun on sanottava jotakin myös psykoanalyysista, ei hyväksyäkseni tai hylätäkseni sen oppirakennelmat, vaan keskustellakseni auki kohtia, joissa narratiivisuus näkökulmana identiteettiin (ja sukupuoleen) mahdollistaa kulttuuristen itsestäänselvyyksien mutaation.

Toinen perustelu psykoanalyysiin piipahtamiselle on se, että itselleni tärkeä sukupuolen ja dialogin teoreetikko Luce Irigaray rakentaa ajatteluaan psykoanalyttiselle perinteelle. Hän on filosofi, kielitieteilijä ja lacanilaisen koulukunnan psykoanalyttikko, jonka suhde psykoanalyysiin on ”kultivoituneen ambivalentti” (Grosz 1990, 190): Irigaray hyödyntää psykoanalyttista ajattelua ja kielenkäyttöä, mutta tavalla, joka hivuttaa ja häiritsee totuttuja merkityksiä. Irigaray, kuten useat muutkin psykoanalyysin feministiteoreetikot ja –kriitikot, näkee psykoanalyttisen teorian ongelmaksi tavan, jolla se liittyy minuuteen sukupuolen ja toissijaistaa naisen. Irigaray vihjaa tapaan kertoa oidipuskertomus uudelleen sellaiseksi, että se yksilöiden identiteeteiksi tullessaan mahdollistaisi naisen ja miehen ymmärtämisen muutoin kuin toisensa poissulkevinä vastakohtina. Tässä on kyse tietoisesta mutta väistämättä hitaasta kulttuurin mutaatiosta.

Jerome Bruner (1990) mainitsee Freudin yhtenä teoreetikoista, joiden ajatukset ovat vähitellen muuttuneet arki ajatteluksi ja absorboituneet kulttuuriin. Charlotte Linde (1993) nimeää kulttuuriset uskomusjärjestelmät koherenssijärjestelmiksi, sillä niiden sanastoilla kokemuksen voi kertoa koherentiksi ymmärrettävän merkityksessä, toisten kanssa jaettavaksi kertomukseksi ja omaksi minuuden kokemukseksi. Yksi länsimaisen kulttuurimme tärkeimpiä minuuden sanastoja on Lindenkin mukaan freudilaisen psykoanalyysin arkinen versio. Psykoanalyysi antaa muodon yksilön sisäisen ja ulkoisen dialektiikalle (Parker 2003; Freeman 2003b, 341). Psykoanalyysista ammentaa ajatus minuuden jakaantumisen syviin ja pinnallisempiin kerroksiin ja vieläpä siten,

että pinnallisempia kerroksia hallitsevat tiedostamattomat defenssit ja rationalisoinnit ja todelliset syyt, todellinen minä, edellyttää syvempien kerrosten arkeologiaa (Bruner 1990; Freeman 1993, 23). Schafer (1980, 37) kutsuu psykoanalyttiseksi introspektiokertomukseksi minuuden käsittämistä tavalla, joka tekee meistä pikemminkin oman mielemme ulkopuolisia tarkkailijoita kuin minuutemme rakentajia tai viime kädessä teoistamme vastuullisia toimijoita. Myös usko lapsuuden selittävään voimaan nykyisissä kokemuksissa on Freudin teorioista lähtöisin (Linde 1993, 167).

Freud ei luonut alkuperäistä psykoanalyttista teoriaa tyhjästä, vaan yhdisti esimerkiksi tiedostamattoman käsitteessään aiempia kulttuurisia tiedostamattoman merkityksiä (Roudinesco 2000, 66). Samalla hän tuli luoneeksi uuden teorian, jota ranskalaisen psykoanalyttikon ja psykoanalyysin historioitsijan Elisabeth Roudinescon mukaan yhä tarvitaan muistuttamaan siitä, ettei ihmisen psyykkistä ja vuorovaikutuksellista olemassaoloa voi kokonaan (tieteellisestiäkään) ymmärtää palauttamalla se neurofysiologiaan. Kulttuurinen arkipsykologiamme ei silti ole pelkästään psykoanalyttista perää: esimerkiksi Bruner (1990, 39) mainitsee yhtenä minuutta koskevana käsityksenämme sen, että yksilön ajatusten, uskomusten ja toiveiden tulisi olla koherentteja ja suhteellisen ristiriidattomia aina sitoumusten, persoonallisuuden piirteiden ja elämäntavan yhtenäisyydeksi asti. Käsittelin edellä koherenssin vaatimuksen narratiivista ja dialogista tulkintaa. Olen käsitellyt myös minuuden autenttisuuden ajatusta ja sisäisen ja ulkoisen maailman rajaa, joka narratiivisesti ja etenkin dialogisesti ajatellen on kuin kahteen suuntaan läpäisevä kalvo. Myös pinnan ja syvyyden merkitystä voi narratiivisesti muuttaa: kun kielestä ja kertomuksesta tulee minuuden neuvottelun paikka, ei torjunta tapahdu psyyken syviin kerroksiin vaan dialogiseen (Billig 1999) tai narratiiviseen (Freeman 2002a) tiedostamattomaan eli ulos tarinasta.

Itse olen löytänyt narratiivisuudesta ja dialogisuudesta radikaalilla tavalla uusilta tuntuneita tapoja ymmärtää sekä minuutta yleensä että omaa itseäni erityisesti. Silti en voi riisua kulttuurista perimääni kuin valkoista takkiani nulaan, niin paljon se on vaikuttanut omiinkin ajattelun ja kokemisen tapoihini (Freeman 1993, 28). Jerome Brunerin (1990) mukaan arkipsykologiamme on, paitsi psykoanalyysin värittämää, keskeisesti tarinamuotoon rakentuvaa, eli omassa narratiivisuuden korostuksessa onkin tavallaan kyse vain tutun painottamisesta toisin.

### 3.7 Autonomiasta, itsenäisyydestä ja kehityksestä

Aloitin narratiivista identiteettiä koskevan luvun pohtimalla muutoksen mahdollisuutta elämän kerronnassa. Muutos voi olla myös välttämättömyys: jos kertoja ei kykene luomaan ajallista etäisyyttä aikaisempiin kertomuksiinsa ja suhtautumaan entiseen minäänsä lämpimän ironisesti, kertoessaan jo viisaamman ja kokeneemman äänellä, hän saattaa kuulostaa paitsi ihmisenä kasvusaan pysähtyneeltä myös kyvyttömältä sopeutumaan silloin, kun ympäröivä todellisuus katkaisee kertomuksen punaisen langan.

Oman elämänsä kertoja tulkitsee usein kertomansa henkilökohtaisen muutoksen muutokseksi parempaan – hän on kasvanut, kehittynyt, saavuttanut tärkeän päämäärän. Kertomuksen siitä, miten kehityksen määränpää on saavutettu, voi kertoa vasta jälkikäteen. Kertomus on kaksisuuntainen liike: kehitys sinänsä ajatellaan tapahtuvaksi ajassa eteenpäin, mutta sen kertominen on katsomista ajassa taakse. Vasta muutoksen tapahduttua voi eletyssä nähdä prosessin, joka on johtanut siihen. (Freeman 1993.) Freeman (1993, 48) kirjoittaa Augustinuksesta, joka *Tunnustuksissaan* kuvaa kasvunsa huolettomasta nuorukaisesta Jumalan tahdon mukaan eläväksi pyhäksi mieheksi. Kertomus perustelee miehelle minän, joka tietää, mikä on arvokasta, mitä kohti haluaa kulkea ja mille omistautua. Silti joku toinen voisi kertoa täsmälleen päinvastaisen juonen ja nimittää kertomustaan kehitykseksi niin ikään. Vaikka jaamme kulttuurimme jäsenenä käsityksiä siitä, mikä on riittävän arvokasta ja tavoiteltavaa toimiakseen kehityskertomuksen päätäntänä, kertojalla on silti myös varaa valita omat arvokkaat päämääränsä. Kunkin kerrotun identiteetin kehityksen kulun ja muutoksen tavoitteet voi nimetä vain kuuntelemalla kertomusta (sikäli kuin minuutta kerrotaan kehityksen kautta – myös pysyvyyskertomus on mahdollinen, Komulainen 1998).

#### *Lääkärin itsenäistymiskertomus*

Itsenäisyys ja autonomia ovat länsimaisen kulttuurin tunnustamia arvokkaita tavoitteita ihmisen kehitykselle. Ajatuksen ihmisen elämästä kasvuna ja kehittymisenä voi ylipäätään ajatella ilmentävän modernin länsimaisen yhteiskunnan myyttiä edistyksestä ja vapaan yksilön autonomiasta (Hänninen 1999, 50; de Peuter 1998, 32). Edward Sampson (1993, 36-39) kirjoittaa siitä kyseenalaistamattomuudesta, jolla miellämme yksilön ihanteeksi autonomian ja erillisyyden, riippumattomuuden toisista, ja ymmärrämme ihmisten välisyyttä molemminpuolisena omien rajojen säilyttämisenä ja sulautumisen uhkana. Olen lukenut aineistoni kolmea kertomusta – Lassin, Empun ja Hillan

– henkilökohtaisen muutoksen kertomuksina, joissa kyse on itsenäisyydestä (Löyttyniemi 2001b; 2003). Yhteisestä itsenäisyyssystematiikasta huolimatta, Mark Freemania soveltaen, voin tavoittaa itsenäisyyden merkityksen ja itsenäistymisen kulun vain kutakin kertomusta kuunnellen. Itsenäisyys tai sen vastakohtapariksi helposti mieltävä riippuvuus/sitoutuneisuus/vastuullisuus saavat omaelämäkerrallisen mielen – tai mielet, jotka voivat olla moninaiset ja muuttuvat yhdessäkin kertomuksessa.

Empun tarinassa itsenäisyys ei ole hänen muutoksensa päämäärä, vaan sekä hänen menneen että nykyisen minänsä määre, joka saa muutoksen myötä rinnalleen vastuullisuuden ja vakavuuden. Sen sijaan Lassi ja Hilla kuvaavat itsenäistymisen: olen tulkinnut molemmat kertomukset minuutta kertovien äänten dialogeina, joissa muutoksen jälkeinen itsenäisyys kontrastoituu epäitsenäiseen, riippuvaan entiseen. Silti muutoksen prosessit ja itsenäiseksi kehittyneet päähenkilöt ovat näissä kertomuksissa erilaiset. Hilla kertoo päähenkilönsä itsenäistyneen lapsuudenkodin turvallisesta ilmapiiristä ja riippuvuuden sävyttämistä ihmissuhteista elämään omaa elämäänsä, tulemaan toimeen omillaan, keskittymään siihen, mikä on hänelle omaa eli lääketieteeseen. Hillan *itsenäisyys* saa kertomuksessa muitakin kuin ei-riippuvuuden merkityksiä: toisissa yhteyksissä hän viittaa sillä kykyyn ”tarttua asioihin” ja tehdä ratkaisuja kiperissäkin tilanteissa, ja sellaisena itsenäisyys on kertomuksen Hillan ”perusominaisuus”. Silti kertomuksen kohdissa, joissa Hilla neuvottelee ratkaisua keskeisten ääntensä välille ja rakentaa minuutensa ykseyttä, itsenäisyys liitetään arvokkaaseen muutoksenjälkeiseen, riippumattomaan minään.

Tulkitsin myös Lassin syventävät-episodin itsenäistymiskertomukseksi. Lassi kuvaa menneen minänsä ei-tietoisena ja kriittittömänä. Vasta kertomuksen kääntein myötä uudistunut päähenkilö alkaa arvioida kriittisesti sitä, mikä aiemmin oli ollut itsestään selvää: katkotonta uraa, tieteentekemistä, tieteellisen tiedon laatua ylipäätään. Omien ja toisten ratkaisujen hyvyyden kriteeriksi tulevat ratkaisujen seuraukset itselle ja toisille, ja jos työnsaanti olisi vaikeaa, murroksen jälkeinen Lassi jäisi ennemmin työttömäksi kuin muuttaisi eron vaimostaan.

Luopuessaan uran ehdottomuudesta Lassi vapautui ”riippuvuuksista, auktoriteeteista, ulkoajohtuvuudesta, ennaltamääräytyneisyydestä” (Komulainen 1998, 107) vastuuseen ja vapauteen tehdä omat ratkaisunsa, ”suunnitella ja sovittaa näyttämölle oman elämäkerran ohella myös siihen liittyvät sitoumukset ja verkostot, jotka muuttuvat kunkin omien mieltymysten ja elämänvaiheiden muuttumisen myötä” (Beck 1995, 29). Hänen kertomuksessaan itsenäisyys merkitsee tulkintani mukaan mahdollisuutta ottaa huomioon elämän monet sitoumukset ja omien halujen muuttuvuus. Barbara Marshallia (1991) seuraten autonomia, jolla oma elämäntarina kerrotaan jatkuvaksi ja selkeäksi, voi olla

kerrassaan epäeettistä kieltäessään ihmisten välisen riippuvuuden ja monet sitoumukset. Lassin elämän ja uran kertomuksesta tulee itsenäistymisen myötä tulevaisuutta kohti avoin ja epämääräinen – hänelle ei haastattelun aikaan ollut selvää, mihin suuntaan edetä – mutta samalla Marshallin ehdottamalla tavalla vahvasti eettinen.

Käyn seuraavaksi läpi Hillan tarinaa siten, kuin olen lukenut sen itsenäisyyden ja vastuullisuuden neuvotteluna. Olen toisin sanoen tulkinnut niiden kahden äänen neuvottelun keskeiseksi Hillan minää kertovaksi dialogiksi, ja tämän tulkinnan jälkeen – tulkinnan valossa mutta valon väistämättä osuessa kertomukseen jossakin kulmassa, jotain näyttäen ja jotain varjoon jättäen – tarkastelen nyt itsenäistymisen saamia merkityksiä. Jatkan sitten itsenäisyyden käsitteen sukupuolta vihjaavien merkitysten suuntaan. Ehdotan *ydindialogin* käsitettä sisällöksi ja muodoksi minuudelle tai identiteetille, jonka koherenssi on integraation ja disintegraation, moniäänisyyden ja selkeyden vuorottelua ja jonka rakentavat äänten näkökulmat ja vuorottelun rytmi (ks. edellä 3.3).

Hillan kertomus oli järjestyksessä toinen, jota ryhdyin purkamisen jäljiltä tarkistamaan ja kuuntelemaan äitiysloman mittaisen tauon jälkeen (herkistyneenä erillisyyden ja sitoutumisen pohdinnolle?); haastattelusta oli kulunut yli kaksi vuotta. Huomasin pian kuuntelevani kahden äänen vuorottelua Hillan kertomuksessa. Toinen puhui itsenäisyydestä, toinen suhteista käyttäen Kotia metaforanaan. Aloin odottaa kohtaa, jossa nämä kaksi ääntä kohtaaisivat, törmäisivät tavalla, joka vaatii neuvottelemaan. Ajattelen äänten kohtaamispaikan kertomuksen ydinepisodina, minuuden kerronnan tihentymänä. Silloin, kun minää kerrotaan muutoksen kautta, tämä muutos toteutuu ydinepisodissa usein arviona edistymisestä menneisyydestä arvokkaampaan nykyiseen (Komulainen 1998). Muutoksen kohdalla kertomus tulee ikään kuin tietoiseksi moniäänisyydestään: minää olennaisimmin kertovat äänet eli näkökulmat (Bakhtin 1984, 16-17) kohtaavat ja joutuvat neuvottelemaan suhteestaan minään, ja jokaisessa neuvottelussa on mahdollisuus johonkin uuteen (Josselson 1995a, 37).

Lassin kertomus oli esimerkki ydinepisodista, jota tarkastelen odotusten ja odotustiheyden kautta. Sen sijaan Hillan ja hieman myöhemmin käsittelemäni Empun ydinepisodit olen poiminut kertomuksista pikemminkin sillä perusteella, että niissä eri minuuden näkökulmat, eri äänet, kohtaavat ja neuvottelevat. Vasta löydettyäni äänten kohtaamisen kertomuksessa olen tarkistanut, onko kyseinen episodi myös odotustiheä. Pääsääntöisesti on. Kohtaamisen kiivaus ikään kuin pakottaa äänet selkiyttämään näkökantojaan tihentämällä arvioivaa kielenkäyttöä. Ydinepisodin tulkinnan valossa voi sitten lukea koko elämäntarinaa eteen ja taakse (Hyvärinen 1994, 143-144; Denzin 1989b, 67), kuten tässä luen Hillan tarinaa.

Hilla juurruttaa itsensä ja tarinansa lapsuudenkotiin, perheen ympäröimäksi, lapsuuden turvalliseen ”pumpuliin”. Hillan Kodit ovat fyysisiä paikkoja, joihin elämänkulku harsitaan kiinni, mutta samalla ja ehkä olennaisemmin ne ovat mielen koteja, kuulumisen tunnelmia (Vilkko 1998, 28; myös Huttunen 2002). Konkreetteja sisätiloja Hilla ei kuvaa.

Kodit ovat kuulluksi tulemisen paikkoja myös tarinan ulottuvuudella: ne ovat minulle, kuulijalle, osoitettuja jäsenyyksiä, tiivistymiä, kädenojennuksia: katso, tämä on minun kotini, näin minä asun, tällainen minä olen (Vilkko 1997, 146, 187). Myöhemmin tarinassa tunnistan Kotiäänen *ankkureista*, kerronnassa rakennetuista tunnelmista ja näyttämöistä, jotka palauttavat kuulijan alkupe-  
räiseen turvan tunnelmaan (Pitkänen 1996, 187). Ankkurit eivät sisällöllisesti kuvaa lapsuudenkotiä ja sen suhteita, vaan ennemminkin luen ankkuriksi viit-  
taukset turvaa, huolenpitoa ja kuulumista merkitseviin ihmissuhteisiin.

Tekstin ankkuri palauttaa lukijan aikaisempaan, jo tunnettuun maisemaan; jo kerronnan hetkellä metafora toimii kertojalle samoin, kuten James Olney (1972, 31) omaelämäkerrallisista metaforista kirjoittaa. Hilla etsii ymmärrystä kerrontahetken minään rakentamalla sen Kodin tuttuudelle ja metaforalle – Kodin, joka on paitsi oma perhe, myös pieni kotipaikkakunta suhteeseen: ”Mä koen itseni kyllä x-suomalaiseks vaikka se alkulapsuus oli semmosta muuttamista”, Hilla sanoo nyt kertoessaan. Hän on ”ylpeä ja onnellinen” siitä, että on saanut kotipaikkakunnallaan kasvaa. Pysyvät, kestävät ihmissuhteet ”on tähä asti” vetäneet sinne takaisin jouluihin ja pääsiäisiin, mutta Kodin ja kotipaikkakunnan lämpö karkaa, kun Hilla kertoessaan monimerkityksistää Koti-metaforansa:

Se Kaarnajoki niin se on sellanen paikka, sinne mä en ikinä ehkä enää (nau-  
rahdus) takasin lähtis.

Kotipaikkakunnalta aikaa sitten pois muuttaneena Hilla kertoo kaupunkilais-  
tutumisen ja siihen rinnastuvan itsenäistymisen yksisuuntaisuudesta, paluuta  
takaisin Kotiin ei ole. Kotimetaforalle perustettu minä kriisiytyy kerronnan  
edetessä.

Hilla nimeää kerrotun elämänsä käänteen ”ihmissuhdekatastrofiksi”. Hilla  
erosi pitkäaikaisesta poikaystävästä ja koki tehneensä oikein lopettaessaan  
suhteen, jota määrittivät ”riippuvuus ja toisen sitominen”. Hilla itse kuvaa,  
mitä muuta ihmissuhdekatastrofi, idyllin räjähtäminen, piti sisällään:

Samaan aikaan tää meidän idylliperhe mikä oli (nau-  
rahdus) ollu niin räjähti  
taivaan tuuliin, mun isä sairastu Jenni-kuumeeseen eli löysi nuoremman naisen  
ja yhtäkkiä vaan häippäs, ilman sen kummempia selityksiä ja pitämättä tavallaan  
meistä mitenkään sillälaila huolta. Eihän meistä aikuisena lapsena tarvii pitää

muuta kun henkisesti, et miltä se tuntuu (...). Mut sen mä oon (nauraa äänessä) kyl oppinu, että lapset ei koskaan oo olematta lapsia ja et se sattuu, vaikka sä oot kaksikymmentävuotias niin silti sen normaalin rikkomisen ja kaikki, sitä oli aina ajatellu että meillon mummola sitten meiän lapsilla siellä Kaarnaajoella ja sit se kaikki hajoo.

Vahvasti arvioiva kertojan Kotiääni ankkuroituu lapsuuskodin huolenpidon normiin ja pysyvyyden odotukseen. Ääni syyttää isää kodin, normaalin, rikkomisesta, ja siitä, ettei hän pitänyt huolta nyt jo aikuisista lapsistaan. Isän toimintaa kuvataan arvioivin verbein ("vaan häippäs") ja ilmaisuin ("ilman sen kummempia selityksiä"). Jos Hillan tarinaa lukee pitäen juonena tapahtumien ajallista jatkumoa, tämä räjähdys on käännekohta. On helppo kuvitella, ettei Kodin turvasta kasvanut Hilla ole enää entisensä Kodin osoittauduttua harhaksi ja pysyvien ihmissuhteiden herkkiksi särkymään.

Vanhempien eron jälkeen myös kotipaikkakunnan idylliin ilmestyy tarinassa säröjä. Pyydän Hillaä myöhemmin haastattelussa tarkentamaan, mitä hän alussa tarkoitti sanoessaan olevansa ylpeä x-suomalaisuudestaan. Kyse on osittain

niistä semmosista pysyvistä hyvistä tur--- m hyvistä ihmissuhteista mitä siellä on.

Tämä lause korjauksineen tiivistää Kotiäänänen kriisin: Hilla ei ole menettänyt hyvien ihmissuhteiden arvostustaan, mutta *turvaa* hän ei suhteista enää löydä. Perheen "pikkuäidin", nyt jo lääkäriksi valmistuneen Hillan paikka on äidin rinnalla ja tukena, ja siitä käsin kotipaikkakuntakin näyttää toiset kasvonsa. Kaupunkilaistuminen ei nyt rinnastu itsenäistymiseen, vaan ennemminkin Hilla pakenee tilanteessa, jossa kotipaikkakunnan tila kutistuu liki olemattomiin.

Sehän on pienessä paikkakunnassa et siellä juorutaan kauheesti ja näin, se on kyllä sitä sellasta kotipaikkakunnan kiiltoa, ne raateli ne mummut pankkitiskeillä meiän perheen niin siellä (naurahdus) ettei mun tee nykyään, esimeks mä en käy siellä enää, en aio mennä jouluks enkä ollu viime pääsiäisenä, niinkun ennen sinne mentiin aina just juhannuksena ja jouluna ja pääsiäisenä.

Lapsuuskodin hajoaminen ei kuitenkaan ole Hillan kertomuksen ydinepisi: kerrotun minän murros, minuutta neuvottelevien äänten kohtaaminen ei tapahtu siinä. Päinvastoin kuvatessaan idylliperheen kohtalon Hilla esittäytyy yksinäisenä tuomarina toisista välittämättä otetulle vapaudelle.

Eletty elämä käänteineen ja kerrontahetken suuret kysymykset nivoutuvat yhteen muutoksen kautta artikuloitua minässä. Tulkitsen, että vanhempien avioero ja lapsuuskodin konkreetti menetys on kerrotun elämän käänne,

joka taustoittaa ja tekee mahdolliseksi ja välttämättömäksi Koti-metaforalle perustetun minän (retorisen) murroksen. Voisi sanoa, että vanhempien ero on käänne *tarinassa* eli tavassa, jolla elämän tapahtumat on sidottu toisiinsa, kun taas kerrotun minuuden muutoksen 'juoni' sijoittuu *kertomukseen*, arvioivan kertojan läsnäoloon tekstissä ja kertojan äänen, retoriikkojen, näkökulmien vaihdokseen (ks. Bal 1997).

Kodin menetyks on ajankohtainen Hillalle myös toisesta, haastattelun ajankohtaan sijoittuvasta syystä. Vain joitakin päiviä aikaisemmin hän oli kuullut, että hänen ”toinen kotinsa lapsuudesta”, rakkaan harrastuksen paikka, oli tuhoutunut tulipalossa, ja kertoessaan minulle tästä ennen varsinaisen haastattelun alkua hän virittää itsensä ja minut menetyksen teemaan. Kaikki nämä Hillan viittaaman elämän kokemukset ja poissaolot lataavat hänen Koti-metaforansa merkityksillä ja lähes pakottavat minut tulkintaan, jonka mukaan Kodin ääni on keskeinen hänen minuutensa dialogissa.

Minän murrokseksi, muutoksen tapahtumaksi, kertoutuu sitten Hillan ammatinvalinta, joka ajallisesti on tapahtunut jo ennen vanhempien avioeroa. Tämä on hyvä esimerkki siitä, ettei kerrotun minän murros välttämättä paikannu kertomuksessa siihen elämänkulun käänteeseen (lapsuudenperheen ihmissuhdekatastrofiin), joka tekee ymmärrettäväksi murroksen merkityksen kertojalle. Kertoja katsoo joka tapauksessa elämänsä kulkua taaksepäin ja käyttää menneitä tapahtumia minänsä ja muutoksen materiaalina sen sijaan, että (vain) kertoisi tuosta ajasta (Komulainen 1998, 63). Muutos on kertojan näkökulma aikaan.

Hilla kertoo seuraavan ydinepisodin jatkoksi sille, miten hän ylioppilaaksi kirjoitettuaan teki ”paniikkiratkaisun” lähteä opiskelemaan kansanopistoon. Kirjoitusten jälkeinen kesä tuli ja meni, syksyllä toiset lähtivät pois paikkakunnalta opiskelemaan, ja Hilla jäi yksin pienelle kotipaikkakunnalleen – kunnes sitten teki paniikkiratkaisunsa (olen tummentanut odotuksen ilmaisimista varauksia, vahvistajia ja arvioivia termejä):

1. Noo mä lähin sinne (kansanopistoon, vl) ja se oli **iha hirveen ankee** syksy semmonen että se oli **varmaan** mun ensimmäinen semmone **oikeen kunnan kriisi**
2. et siihe asti oli ollu kaikki **kauheen helppoo ja selvää** ja sillee mu-(?) ei ollu niinku mikään selvää, ei ollu ihmissuhteet ja mmulle oli **aika vaikeeta** se kotoo irtautuminen, yksin asuminen ja eläminen ku oli //M: Mm mm// aina
3. =vaik mä olin kotonaki suljettuje ovien takana luin tai ja ja olin paljon pois kotoo
4. mutta se et sielloli se taustajoukko ja taustahälinä koko ajan, jos oli jotai asiaa ni oli joku joka kuunteli



5. että mä koin sen et niinku mä itse- oon itsenäistynyt **ehkä aika hitaasti**

Kerronta on arvioista tiheää. Arviot ”hirveen ankeasta syksystä” ja ”oikeen kunnan kriisistä” ovat rankkoja; aikaisempi helppo elämä vaihtui epäselvyyteen, jossa kyse oli ihmissuhteista ja yksin elämisen vaikeudesta (rivi 2). Kolmannella rivillä kertoja katkaisee kertomuksen jatkumon (odotuksen ilmaisin sekin) lieventääkseen edellä sanomaansa kotoa irtautumisen vaikeudesta: välillämmä ja laajemmin vallitseva odotus ei tue kunniakkaana sitä, joka itsenäistyy liian myöhään. Riippuvuutta kammoksuva ääni puhuu niin vahvaa kulttuurista kieltä, että kertojan on selitettävä poikkeamansa siitä – kerronnan kulttuuriselta taustalta ääni kutsuu hänet itsetodisteluun (Suoninen 1997, 102). Joka tapauksessa Koti, joka rivillä 4 kertoutuu, on Hillalle turvallinen satama, elämän rauhoittava taustahälinä, josta aina löytyi tarvittaessa kuuntelija ja jossa ei ollut yksin. Tästä kodista irtautuminen kävi ”*ehkä aika hitaasti*”, tuplasti varauksellista on siis tuo kulttuurisesti epäilyttävä hitaus.

6. no sit mä **kiduin** siellä kansanopistossa ee puol vuotta
7. ja sit sit mulla **yhtäkkiä raksahti** et et musta tulee lääkäri ja //M: Mm//
8. sit se oli semmonen niinku johtotähti et mä jäin pois sitte sieltä joskus tammikuussa ja luin koko kevään ja pääsin pääsin sitte ensiyrittämällä
9. et mulloli semmonen ajatuski et jos en mä niinkun --- jos mä yritän kaikkeni enkä pääse niin sit se ei oo tää //M: Mm mm// ja,
10. noo sitten mä syksyllä muutin siinä Lähiöön ja ja tota yksin sinne solu-asuntoon ja opettelin kakskytvuotiaana ajamaan ratikalla ja (**naurua**) kaikellaist semmosta muuta **nöyryyttävää** ja ja totanni
11. olin **iha hirvee innostunu** siitä niinku se oli semmonen **kauheen selvä** asia sit ku ties, ja ja **helpottava** kokemus että tietää mitä haluaa.

”No”, Hilla ”kitui” kansanopistossa puoli vuotta, kunnes tapahtui se, mikä nyt käänteeksi ja rakahdukseksi kerrotaan: äkkiä Hilla tiesi haluavansa lääkäriksi. Elettyyn elämään sijoitettu käännekohta on hetki, joka selkiytti Hillan odotukset elämältä ja ammatilta, mutta kerrotun minän murros toteutuu vasta kertojan sanoissa ja sanavalinnoissa. Rakahduksen jälkeen muuttuu retoriikka, jolla minää kerrotaan: helposta elämästä ja kodin huomasta epäselvyyden kautta kulkenut minä saa tilalleen määrätietoisen johtotähdellisen minän, joka ”tietää mitä haluaa” (rivi 11).

Kuulen Hillan ydinepisodin kahden äänen keskusteluna. Kotiäänelle elämä oli ollut helppoa ja selvää kodin ja kotipaikan tärkeiden ihmisten keskellä, yksin

eläminen taas murtaa koko kodin metaforan ja vie minältä ainekset, joista se on rakennettu. Toinen ääni antaa vihjeen itsestään episodin rivillä 2: se, mikä Kotiäänelle on yksin asumista ja elämistä, on tälle toiselle yksisuuntainen kotoa irtautumisen prosessi.

Tämän toisen äänen odotukseen kertoja vastaa myös rivin 3 paluulla. Nimeän äänen ydinkäsitteen Itsenäisyydeksi, joka tämän episodin valossa edustaa paitsi kykyä olla yksin myös toisista/kotoa irti kasvamisen toivottua prosessia sekä itse asetettuja ja saavutettuja päämääriä, itse löydettyjä johtotähtiä (rivi 11).

Ydinepisodin rivillä 4 Kotiääni puhuu vielä omilla ehdoillaan, rakentaa maailmaa, jossa ihmiset ovat toistensa taustajoukkoja ja kuuntelijoita, rivillä 5 on jo äänessä Itsenäisyys, varauksellisena ("ehkä aika") itsenäistymisen hitauden suhteen. Itsenäisyysäänen ironinen arvio Hillan kriisistä ja ihmissuhdeongelmista on myös rivin 6 kituminen. Rivillä 10 Itsenäisyysääni kääntää pikkupaikkakuntalaisuuden nöyrytyksiksi itsenäistymisprosessissa, joka irrotti Hillan paitsi kodista myös kotipaikkakunnasta: ratikalla ajamaan opettelu oli Hillan ensimmäisiä askelia matkalla kohti kaupunkilaisuutta.

Ydinepisodissa Itsenäisyysääni tiivistää prosessinsa kaupunkiin muuton ja kaupunkilaistumisen metaforaan. Aivan kuten ydinepisodin esittämä "raksahdus", uuden äänen astuminen mukaan Hillan minuuden kuunnelmaan, on itsenäistymisen vaatima konkreettinen irtiotto, muutto, kertaheittoinen tapahtuma: kotoa lähtenyt Hilla löytää sen seurauksena itsensä yksin soluasunnosta, joka on Hillan oma (tilapäinen) tila uudessa Itsenäisyyden tilassa, suurkaupungissa – vaan ei oikein Koti kuitenkaan (vrt. Kurvinen 1999, 328).

Ydinepisodin tulkinnan valossa, siinä esiintyviä ääniä kuunnellen, Hillan koko kertomus avautuu kaksiääniseksi dialogiksi. Itsenäisyysäänellä kertoen esimerkiksi ero pitkäaikaisesta poikaystävästä vapautti Hillan riippuvuuden määrittämästä suhteesta nauttimaan jälleen siitä, mikä oli arvokasta ja omaa: lääketieteestä. Ammatillisesti Hillalla on nyt "levollinen olo", hän tuntee "olevansa kotonaan" valitsemallaan erikoisalalla. Väitöskirjakin on tekeillä. Ironisoimalla Kotiääntä kertoja siirtää sen tarinan menneisyyteen ja rakentaa jälleen nykyistä (arvokkaampaa) minää itsenäiseksi ja selkeäksi tavoitteissaan (Bakhtin 1984, 193-194).

Katri Komulainen (1998) lukee muutoksen ydinretoriikkoja naisten koulutusta koskevista elämäkertomuksista tavalla, jossa korostuu muutoksen molemmiin puolin sijaitsevien äänten ero: minän koherenssia rakennetaan erottelujen kautta, mennyt Minä kerrotaan Toiseksi nykyiselle. Näin voi lukea myös Hillan ydinepisodin, jossa toteutuu kasvu kotoa itsenäisyyteen ja määrätietoisuuteen. Silti eroa alleviivaava luenta olisi minusta uskonon koko kertomuksen kaksiäänisyydelle. Äänet, jotka rakentavat *hierarkian* ydinepisodissa, säilyttävät kumpikin elintilansa koko Hillan elämäkertomuksessa, ja

niiden väliin jännitty Hillan kerrottu minä. Kotiääni oli Hillan kertojanäänenä hänen tuomitessaan isänsä lähtemisen. Kotiäänellä myös rakennetaan arvokasta lääkäriyttä, arvokkainta kaikista kenties: lääkäriä, joka ”kantaa jokaisen mummun vaikka harteillaan kotiin”. Ennen kaikkea turvan ja huolenpidon Kotiääni jää kuulumaan kerrontahetken suurena kysymyksenä, jonka Hilla esittää tarinalleen ja tulevaisuudelleen: missä on se kainalo, johon Hilla saa käpertyä, jossa hänestä pidetään huolta?

Ydinepisodissa äänet kohtasivat, toisaalla kertomuksessa äänten olemassaoloa voisi nimittää *yhtäaikaisuudeksi*, ne eivät väistä toisiaan mutta eivät myöskään kuule toisiaan tai reagoi toisiinsa:

Siinä vaiheessa kun kaikki muut meni naimisiin ja rupes tekeen lapsia ja ostamaan asuntoo niin mä pistin kaikki ihan uusiks ja alotan vasta nyt kohtapuoliin toivottavasti alusta. Tuli oikeen siinäkin sellanen joukkohysteria että ne pojat, jotka oli tuolla liidelly vapaana kaikissa bileissä eikä ollut aikomustakaan sitoutua, niin niillä tuli semmonen pakollinen tarve kutoskurssilla löytää nopeesti tyttöystävä ja mennä naimisiin ja tehdä lapsia.

Kotiäänellä Hilla toivoo kohtapuoliin aloittavansa uudelleen oman kodin rakentamisen, ja Itsenäisyyttänsä heti perään ironisoi tuon tarpeen kurssilla ilmenneeksi joukkohysteriaksi. Kertojana Hilla etsii todellista dialogia ääntensä välille, minää, joka voisi elää suhteista tukehtumatta niihin.

### *Itsenäisyyden ja suhteisuuden sukupuoli*

Hillan kertomuksen ydinepisodiksi nostamani ammatinvalinnan kirkastumisen kuvaus sopii kauniisti lähtökohtaiseen ydinepisodin määritelmäni: episodissa minuuden kerronta tihtyy ja tiivistyy, kertomus tulee tietoiseksi moniäänisyydestään, kun eri näkökulmista puhuvat äänet kohtaavat ja joutuvat neuvottelemaan. Ydinepisodissa voi kuulla myös pyrkimyksen selkeyteen ja koherenssiin, neuvottelun ratkaisuun ja äänten arvojärjestykseen (Komulainen 1994, 75); Hillalla elämän suunnan etsintä ja ihmissuhteissa hapuilu kirkastuvat varmuudeksi uran suunnasta ja kuulumisesta lääketieteeseen.

Yksilön kasvu riippuvuudesta ja symbioosista kohti erillisyyttä ja itsenäisyyden tuntuu normaalin elämän itsestään selvältä suunnalta, ja itsenäistyminen myöhään (kuten Hilla tulkitsee omaa elämäänsä) vaatii selittämään. Sikäli kuin elämäntarina ajatellaan oman yksilönkehityksen kuvauksena, psykologiset ja yksilönkehityksen teoriat ovat kertojan käytössä mallitarinoina hänen kuvatessaan sisäistä elämäänsä ja minuutensa vaihteita (Hydén 1995, 87). Ajattelen, että tässä on jälleen kohta, jossa psykoanalyttiset mallitarinat

tarjoutuvat lääkärikertojalle kaksinkertaisesti, sekä kulttuurisen arki ajattelun – esimerkiksi vanhemmuudesta käytävän keskustelun – kautta että kehityspsykologisina teorioina, joihin hän on törmännyt opinnoissaan ja ehkä myös työssään. Psykoanalyttinen teoriaperinne on ytimenä yksilön psykososiaalisen kehityksen ymmärtämisessä suomalaistenkin asiantuntijoiden vanhemmuutta koskevilla kirjoituksilla, olivatpa ne toisille ammattilaisille tai vanhemmille suunnattuja (Vuori 2001).

Psykoanalyttinen kehityskertomus ei kuvaa vain yksilönkehityksen normatiivista kulkua, vaan kuvaa ennen kaikkea sen, miten yksilö sukupuolittuu (Frosh 1994; Benjamin 1990; Grosz 1990). Jaana Vuoren mukaan psykoanalyttinen puhe ikään kuin tarjoutuu käytettäväksi aina, kun puhe kääntyy miehen ja naisen tai tytön ja pojan sukupuoliin, sillä kulttuurissamme ei ole toista yhtä tunnustettua ja hienovaraista teoriaa sukupuoliseksi kasvamisesta (Vuori 2001, 282). Teorian kuvaamassa kehityksessä ei ole neutria tietä, vaan kasvu tapahtuu joko naiseksi ja mieheksi: ns. normaali ja terve, heteroseksuaalinen identiteetti on saavutettavissa vain äidin ja isän välittämän lapsuuden kautta, ja siksi aiemmin mainitsemani mieslääkäri ajatteli kiinnostukseni identiteettiin edellyttävän tietoa äitisuhteen laadusta. Psykoanalyttinen normaalitarina tytön samastumisesta äitiin, pojan isään, on niin tuttu, ettei sitä tarvitse perustella tai selittää (Vuori 2001, 236). Samalla sitä on hyvin vaikea kyseenalaistaa ja olla ottamatta oman tarinan normiksi.

Teorian kuvaamassa kehityskertomuksessa tapahtuu muun muassa se, että itsenäisyyden ja autonomian merkitys sukupuolittuu. Freudilais-lacanilainen psykoanalyysin suuntaus, joka korostaa äiti-lapsi-dyadin luonnontilaisuutta ja epäsosiaalisuutta, näkee naisen yksilönkehityksessään eriytyvän vain osittain tästä alkuperästään ja jäävän häilymään erillisyyden ja naisisen samaistumisen väliin (Irigaray 1985b, 40). En lue Hillan kertomusta psykoanalyttisen teorian valossa, vaan pikemminkin kysyen, miten sama kulttuurinen naisen ristiriita ilmenee sekä teoriaperinteessä että Hillan elämäkertomuksessa: kasvu yksilöllisyyteen (ja lääkärin uraa luomaan) kuvataan irrottautumisena alkuperäisestä perheestä, mutta itsenäisyyden korostuksen rinnalle jää tarinassa kuulumaan yhtä arvokkaana toinen, kuulumista, turvaa ja huolenpitoa korostava ääni. Paikka paikoin kuuluu myös itsenäisyyden ja kuulumisen näkökulmien ristiriita ja törmäys.

Ian Parker (2003) kirjoittaa siitä, miten psykoanalyttiset kertomukset pohjustavat länsimaisen kulttuurin minuuden ymmärryksen ja mallitarinat – ja, lisäksi, minuuden sukupuolen. Palaan psykoanalyysiin ja sen kriittiseen teoreetikkoon Luce Irigarayhin seuraavassa 4. luvussa. Irigaray näkee psykoanalyttisen teorian ongelmana sen, miten se toistaa ja ylläpitää länsimaisen kulttuurin näkemystä miehestä ja naisesta toisensa poissulkevinä vastakohtina ja samastaa naisen äitiin ja feminiiniseen, joita se väheksyy. Ongelmana on

siis sekä eron ehdottomuus että naisiseksi mielletyn toissijaisuus, ja ajattelen näiden ongelmien kuuluvan myös lääkärikertojien tarinoissa ja identiteeteissä, tavoilla tai toisilla. Nyt koetan kulkea vähän matkaa Parkerin (2003) ehdottamaan suuntaan. Hän ei neuvo sen paremmin hylkäämään kuin hyväksymään psykoanalyysin teoriaa vääränä tai oikeana, vaan tunnistamaan sen keskeisyyden ajattelumme, ymmärryksemme ja kokemisemme tavoissa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi psykoanalyysin näkemistä kertojien käytössä ja saatavilla olevina tarinamalleina sen sijaan, että kyse olisi heidän kokemukselleen ulko- tai yläpuolisesta asiantuntijuudesta. Se tarkoittaa myös psykoanalyysin ottamista mystisen sijaan historiallisena ja kulttuurisena kertomuksena, jonka sisällä voi ajatella kriittisesti ja koettaa muuttaa totuttuja ajattelun tapoja ja sukupuolen merkityksiä (mts. 303). Näin tekee esimerkiksi juuri Irigaray.

Kertomuksen kuulijan ja tulkitsejan vastuuni muistaen joudun nyt kysymään, miten tulen itse uusintaneeksi itsenäisyyden ja yhteyden säilymisen kahtiajaon Hillan kertomusta lukiessani ja miten samalla uusinnan stereotyyppisen sukupuolten dikotomian, olkoonkin, että teen sen yhden kerrotun naisen minuuden sisällä: Hilla puhuu sekä riippumattomuuttaan korostavalla miehisellä äänellä että suhteisen naisisella painotuksella. *Ydinepisodin* käsitteen valinta ja määrittely ei ole sukupuolen suhteen neutraali ratkaisu, sillä sen kautta tulen helposti ensisijaistaneeksi minuuden tiheät, tiiviit, koherenssia neuvottelevat hetket – alun perin taisin tehdäkin niin, etsiä minuuden tiheää ydintä. Jennifer de Peuter (1998), johon viittasin edellä narratiivisen identiteetin dialogista koherenssia pohtiessani, kritisoi tapaa, jolla kertomuksen koko potentiaali usein jätetään hyödyntämättä. Minuuden selkeyden ja integraation modernit, maskuliiniset ihanteet siirretään koskemaan identiteetikertomusta, ja kuitenkin kertomus ja minuus sijaitsevat aina selkeän ja häilyvän rajalla, ja ”dialoginen vaihtoehto antaa yhtäläisen arvon synteessin ja hajaannuksen, järjestyksen ja epäjärjestyksen voimille ääninä siinä dialogissa, jota käydään itsen ja toisen rajalla” (de Peuter 1998, 40).

Hillan ydinepisodin, minuuden synteettisen hetken, analyysi ei yksin riitä, vaan on kuultava myös ne kertomuksen kohdat, joissa äänet ovat *yhtäaikaaisia* ja hajallaan ja kerronta harvaa, ja vasta näiden eritiheyksisten kohtien dialogista löytyy Hillan kerrotun minuuden ydin. Ydindialogin ymmärtäminen näin, monien äänten yhtäaikaaisuuden ja toisaalta ratkaisun neuvottelun välisenä vaihteluna, ei uusinna Itsenäisyys- ja Koti-äänten välistä sukupuolittuvaa kitkaa ja vastahankaisuutta samalla tavoin kuin näiden kahden äänen nimeäminen dialogin ja ristiriidan vastapuoliksi. Sen sijaan minuuden normiksi tulee monien äänten rinnakkaisuus, pysyvä keskeneräisyys, dialogin jatkuvuus.

Vaikka Hillalla ei haastattelun aikaan omia lapsia vielä ollutkaan, hän oli sukupuolensa vuoksi lapsuudenperheensä ”pikkuäiti”, joka sisaruksista itsestäänselvimmin oli tarvittaessa toisia varten. Lukiessani myöhemmin haas-

tatteluaineistostani lääkärin sukupuolta ja kertomuksia isyydestä ja äitiydestä (luku 5) vihjaan hetkittäin siihen kiusalliseenkin itsepintaisuuteen, jolla itse tutkija-lukijana tulkitsen sekä miesten että naisten kertomukset äitiyden ensisijaisuuden kautta. Kirurgi, joka jää yöksi töihin pelastamaan onnettomuuden uhreja samalla, kun oma lapsi odottaa kotiin syntymäpäivilleen (ks. luku 5.2), tuntuu kertovan eri kertomusta riippuen siitä, onko hän lapsensa isä vai äiti. Ajattelen Parkeria mukaillen, että kyse on nytkin psykoanalyttisten sukupuollittavien narratiivien läsnäolosta siinä kulttuurisessa kielellisessä kudoksessa, jossa sekä kertojat että minä kuulijana olemme kiinni.

Kelly Oliver (1997) – kuten monet muutkin psykoanalyysin kriittiset teoretikot – pohtii sitä, mitä psykoanalyttisen kertomuksen muuttuminen yksilön tarinaksi ja identiteetiksi tarkoittaa, mitä siitä seuraa yksilölle ja kulttuurille. Hänen mukaansa psykoanalyysi toistaa ja tiivistää kulttuurissamme keskeisen mielikuvan ydinperheestä, ja samalla mies ja nainen saavat sisältönsä perhedynamiikan kautta, (ihanteellisina) isinä ja äiteinä. Teoriaperinne ei ole ristiriidaton, vaan toistaa myös kulttuuristen stereotyyppien ristiriitaisuuden. Suhde äitiin nähdään joko myöhempien ihmissuhteiden mallina tai eriytyneenä sosiaalista identiteettiä edeltävänä symbioosina, joka on kehityksen kulussa katkaistava. Isä taas edustaa kulttuuria ja sosiaalista suhteessa luonnon, ruumiin ja viettien määrittämään äitiin, mutta paradoksaalisesti hänen kulttuurisuutensa nähdään luonnollisena asiointilana. (Oliver 1997, 2.)

Psykoanalyttisista suuntauksista objekti- ja kiintymyssuhdeteorioiden (ks. esim. Benjamin 1990) versiot kehityskertomuksesta kiistävät äiti-lapsisuhteen esisosiaalisuuden ja psykoottisuuden ja korostavat päinvastoin sen olevan pohja ja asetus myöhemmille suhteille ja sosiaalisuudelle. Lapsi nauttii vähitellen saavuttamastaan kyvystä autonomiaan ja irtaantuu äidistä aikanaan, symbioosin katkaisemiseen ei tarvita kolmatta, isällistä osapuolta. Tämäkin tarina sallii isän emotionaalisen etäisyyden, nyt jopa poissaolon. Naisen itsenäistymiskertomuksen kannalta tämä versio tulee ehkä pakottavimmaksi malliksi silloin, jos nainen tulee itse äidiksi ja alkaa kertoa omansa lisäksi kertomusta lapsensa identiteetiksi. Tarina tunnistaa ensisijaiseksi kiintymyksen kohteeksi vain äidin, jopa ehkä vain äidin funktion, jolla ei enää ole haluja ja toimia lapsesta erillään (Vuori 2001). Varmaankin tästä syystä psykoanalyttiselle teorialle keskeisesti rakentuva kehityspsykologinen tarkastelu tuntuu hylkivän jaetun vanhemmuuden ideologiaa (emt.).

Miehenkään kannalta psykoanalyttinen kehityskertomus ei ole ongelmaton tarjotessaan tarinan päämääräksi ehdotonta irrottautumista äidistä ja samalla kaikesta naisten maailmaan kuuluvasta ja kulttuurin feminiiniseksi merkitsemästä. Miehin ihanne voi olla kohtuuton, mutta sen tavoittelemisen vaihtoehtona on vain läheisyyden pelko ja sulautumisen uhka. (Säävälä 1999). Vaikka kehityspsykologisia itsestänselvyksiä onkin alettu ravistella esimer-

kiksi tarkasteluin, joissa lapsuus nähdään yhteiskunnallisesti ja historiallisesti muuttuvana ilmiönä, monet niistä istuvat lujassa meissä ja yhteiskuntamme rakenteissa. Äidin merkitystä lapsen ensimmäisenä, ainoana ihmissuhteena on vaikea kyseenalaistaa sekä omissa sisäisissä keskusteluissaan että yhteisillä foorumeilla. Itsessäni tunnistan syyllisyyden, istunhan tässä työhuoneessani ja lastani nukuttaa päiväunille toinen nainen – onneks(en)i on toisia teorioita, jotka näkevät lapselle rikkaudeksi mahdollisuuden kiintyä moniin aikuisiin (ks. Chodorow 1978, 74). Minulla on ollut onni saada lasteni isäksi mies, joka jakaa kanssani sekä vanhemmuuden että mahdollisuuden toteuttaa itseä myös työssä. Silti minä olen meistä kahdesta se, joka raahaa syyllisyyttä. Minä tunnen tarvetta selittää, miksi luovutan pienet lapseni hoitajalle lähteäkseen töihin. Mieheni taas oli kuopuksen vanhempainloman päätyttyä kuukauden hoitovapaalla ja sai työpaikallaan aikaan kiivaan sähköpostikeskustelun, jossa äärimmillään ei nähty hänen ratkaisulleen mitään muuta perustetta kuin välttää uhkaavat yt-neuvottelut ja irtisanomiset. Hänen oikea paikkansa ei ollut koti, vaikka hän hetkeksi halusikin valita niin – halusi olla vapaa valitsemaan niin?

Monet feministiset ajattelijat kritisoivat tasa-arvopyrkimyksiä ja -keskustelua juuri siitä, että eriarvoisuuden ongelman uskotaan poistuvan yksilöiden valinnanvapautta lisäämällä. Samalla jää näkemättä se, miten eriarvoisuus jää vaivihkaa voimaan yhteiskunnan ja kulttuurin rakenteisiin, myytteihin ja merkitysmaailmoihin ja toteutuu sitten esimerkiksi palkkaeroina naisten ja miesten (alojen) välillä. Vaikka uskon suomalaisen lääkärin elävän tasa-arvoisemmassa ammattikulttuurissa kuin Frances Conleyn amerikkalainen kirurgikulttuuri (ks. luku 2.6. edellä), ajattelen sukupuolen olevan kulttuurisen psyykemme niin syvää ja ehtymätöntä pohjavirtaa, ettei olisi edes mahdollista luoda sukupuoletonta ammatillisuutta.

Itsenäisyys ja autonomia muodostavat yhden tutkimukseni käsitteellisen solmukohdan. Ne ovat kulttuurimme yksilönkehityksen ihanteita ja sukupuolen neuvottelun paikka: psykoanalyttiset teoriat, joita käsittelen esimerkkinä yksilöksi tulemisen mallitarinoista, kuvaavat kehityksen suunnan symbioosista erillisyyttä ja itsenäisyyttä kohti, ja naisen nähdään jäävän tästä tavoitteesta kauemmaksi; naista määrittävät yhtäältä tarve huolenpitoon ja sitoutumiseen, toisaalta ongelmaksi koituvaa riippuvuus (Keller & Flax 1988; Benjamin 1990). Samat myyttiset sukupuolet ovat orientoineet myös elämäkertatutkimusta, jossa miesten ja naisten omaelämäkerrallisia tekstejä on perinteisesti käsitelty erilaisina. Naisten tekstit on nähty yksityiseen, henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen kiinnittyvinä, fragmentaarina ja ihmissuhteista kertovina vastakohtana koherenteille, lineaarisille kuvauksille autonomisen miestoimijan saavutuksista. (ks. Hyvärinen ym. 1998). Sitoutumisen ja autonomian vastakohtaisuutta on kritisoitu ja ylitettykin (Komulainen 1994), ja myös elämäkertatutkimuksessa voi nähdä sukupuolten eron enemmän luennan lopputuloksena kuin lähtökoh-

tana (Miller 1994): sekä miehen että naisen kertomusta voi lukea autonomian tai suhteiden näkökulmasta (ks. Hyvärinen 1998c). Narratiivisuuden ajatus mutkistaa jo sinällään yksilön riippumattomuuden ihanteen osoittaessaan sen tarinoiden verkon, johon olemme kertojina kaikki kietoutuneet: tarinallisessa kiertokulussa (Hänninen 1999) yksilölliset kertomukset ovat kertojan elämän väreän väritettyjä kulttuurisia tarinamalleja ja toisten tarinoita, jotka kertoja luo oman minuutensa sanoiksi ja säikeiksi.

Miten autonomia, yksilön vapaus, liittyy lääkäriin?

Onko tarpeen sanoa, että lääkäri voi työskennellä tehokkaasti kaikkien näiden päivittäisten vaikeuksien keskellä vain jos hänellä on ehdoton henkinen vapaus. Itse asiassa hänen pitäisi tehdä työtään kokonaan vapaaehtoisesti. (Jean Hamburger 1977, sit. Forsius 2003)

Edellä sanotun valossa tämä kuvaus ehdottomasti henkisesti vapaasta lääkäristä, oikeammin lääkärin ihanteesta, vihjaa miehisestä sukupuolestaan. Yksilön näkökulman ohella autonomia joka tapauksessa mainitaan usein profession tunnusmerkkinä (Davies 1995, 60), jolloin sillä tarkoitetaan lääkärin kliinistä autonomiaa (ks. Forsius 2003) tai ammattikunnan mahdollisuutta päättää, kuka ja millä kriteerein määritellään professioon kuuluvaksi (Freidson 2001). Tunnettu ja tunnustettu professioteoreetikko Eliot Freidson (emt.) rakentaa kirjassaan *Professionalism: The Third Logic* teoreettiseksi ja empiriiseksi työkaluksi professionalismin logiikan ideaalimallin, jota määrittävät tiedollisen ja taidollisen perustan ja professionaalien ideologian ohella mahdollisuus säädellä ammattikunnan työnjakoa, työmarkkinoita ja alalle koulutusta ja pätevoittämistä (mts. 180). Autonomiaa korostavalle professionaalisuudelle työttömyys oli varmasti uhka (Riskä 1995; 1996), ja sille annettiin lääkärikunnan käymässä työttömyyskeskustelussa menetetyn sananvallan merkitys: lääkärit, järjestäytyneinä Lääkäriliitoksi, eivät olleet itse saaneet päättää koulutettavien lääkäreiden määrää, vaan heidän vastustuksestaan huolimatta 1980-luvun lopun alueittaista lääkäripulaa oli hoidettu koulutusmääriä nostamalla. Myös työttömyyden hoidossa lääkärit olivat poliittisista ja terveydenhuolto-rahottavista tahoista riippuvaisia.

Autonomia liitetään perinteisesti ihanteena yksittäisen professionaalinkin kuvaan. Hänet nähdään yksilönä, joka kutsumustaan tai kunnianhimoaan seuraten itsenäisesti ja tietoisesti ohjaa uraansa eteenpäin. Käytännössä lääkäreiden sitoumukset ovat varmasti vaihdelleet aina, ja Johnson (1983) on esittänyt elämäkerrallista lähestymistapaa stereotyyppisten käsitysten hälventämiseksi ja samalla lääkäreiden urien lisääntyvän epävarmuuden ja ennustamattomuuden ymmärtämiseksi. Riippumattoman, henkisesti vapaan ja ensisijaisesti työhönsä



sitoutuneen lääkärin myytti elää joka tapauksessa yhä ihanteena ammattikulttuurissa, ja lääkärit, niin miehet kuin naisetkin, joutuvat neuvottelemaan sen kanssa omissa elämän ja uran kertomuksissaan; palaan tähän myyttiseen lääkäriin ja sen olemassaolon osoittamiseen luvussa 5.

Itsenäisyyden, autonomian, erillisyyden, riippuvuuden, vastuullisuuden, sitoutumisen ja relationaalisuuden monimutkainen käsittekimppu ei ollut mielessäni, kun ryhdyin tekemään tutkimustani, muutoin kuin ehkä puolittoisena oletuksena uhatusta professionaalin autonomiasta työttömyyden edessä. Käsitesolmu on syntynyt matkan varrella punoessani yhteen aineistoani ja omaelämäkerran, sukupuolen ja profession teoriaa; olennaisesti myös monet aineistoni lääkärikertomukset ovat ehdottaneet sitä. Palaan jälleen Mark Freemanin (1993) pohdintaan siitä, miten henkilökohtaisen muutoksen tai kehityksen voi tuntea vain kuuntelemalla sen todeksi tekevää kertomusta – ei teorioista käsin, vaikka esimerkiksi yksilön, sukupuolen ja profession teorit ja mallitarinat ovatkin henkilökohtaisen kertomuksen aineksina. Freemanin voisi tulkita tarkoittavan tapauksessani myös sitä, ettei lääkärin itsenäisyyden kertomusta tavoiteta lähtemällä liikkeelle käsitteen määrittelystä ja sitomisesta tiettyyn teoriakenttään. Sen sijaan voin tarttua aineistoni vihjeisiin ja lukea kertomuksia itsenäisyyden ja autonomian näkökulmasta; käsittekimppuni sisältö ja merkitys syntyy lukiessani.

Olen nyt punonut tutkimukseni kudelmaan kerrotun identiteetin langan ja jo koskettanut sukupuolta, seuraavaksi on sukupuolen perusteellisemmän neuvottelun vuoro. Teen Empun kertomuksesta sillan sukupuolen teemaan. Empu kertoo minän, joka on ollut itsenäinen aina, mutta itsenäisyyden merkitys muuttuu kerrotun muutoksen ja ”aikuistumisen” myötä saadessaan rinnalleen – ei vastakohtakseen – vastuullisuuden.

### *Lääkärin kasvu huolettomasta itsenäisyydestä vastuullisuuteen*

Empun kerrontahetken nykyisyys ei esitä eleylle elämälle suurta kysymystä, kuten teki Hillan ihmissuhteiden tai Lassin työuran nykyisyys. Hilla kertoo etsinnästään ja etsii kertoessaan. Hän etsii kuulijaa sille epätietoisuudelle, joka jää tarinaan, jota ei voi – eikä hän ehkä yritäkään – kertoa siitä pois. Empun tarinan merkitykset tuntuvat kiinnittyvän selvemmin niihin tapahtumiin, joista ydinepisodiksi tulkitsemäni jakso on kerrottu.

Myös Empun kertomuksen analyysissä etenin alustavasta intuitiivisesta tulkinnasta käsin etsimään äänten kohtauspaikkaa ja ydinepisodia, jonka vasta löydettyäni totesin myös odotustiheäksi. Itse asiassa Empun tarinaa kertoo

kolmaskin osapuoli eli Hilla: kuuntelin Empun haastattelua mielessäni Hillan ydindialogi ja olin virittynyt tarttumaan nytkin itsenäisyyden ja suhteisuuden teemaan. Silti vasta minuuden kerronnasta tiheän ydinepisodin etsittyäni ja tulkittuani minulla oli nimi Empun rakentavalle jännitteelle: huolettomuuden ja vastuullisuuden ydindialogin valokiilassa luen nyt koko kertomusta. Itsenäisyys on sekä menneen että nykyisen minän määre, sen merkitys vain muuttuu: Emppu kasvaa huolettomasta haihattelijasta (joka on kyllä itsenäinen mutta samalla vastuuton) sitoutumiseen, jonka tulkitsen kapaloivan sisäänsä sekä omat että toisten tarpeet.

Emppukin aloittaa tarinansa hahmottelemalla lapsuudenkotinsa ilmapiirin. Hän on lääkäriperheen esikoinen, jonka ”varmaan sitten aika ongelmaton ja mukava” lapsuus kului avain kaulassa betonipihalla ja puistoissa. Pällimmäiseksi tuntuu jäävän Empun kokemus siitä, että hän on ”aika itsenäisesti saanu tehdä sen mitä on tehny”, paljolti yksin kotona puuhaillen.

Koulunkäynti ei ollut Empulle kauhean tärkeää, vaikka hän hyvin pärjäsi. Hän kertoo olleensa ”tiedemies(...)tyyppi”, jonka kiinnostus kohdistui postimerkkeihin ja pikkukemistisetiin, myös kirjoittamiseen. Ensimmäinen minän retoriikkaa ja metaforia järisyttävä käänne tapahtuu 12-vuotiaana: tiedemiestyypin väistyy Englannissa kielikurssilla, jonne Emppu (itsenäinen kun oli) päätti lähteä. Pikkukemistisetin korvasivat ”uudet kujeet”, ”intressit vaihtoivat alaa”. Koulu kiinnosti entistäkin vähemmän, aika kului nyt kaverien kanssa jengeihin tutustuen ”vähän epämääräisessä seurassa”.

Viellä viimeisenä lukiovuonna elämä oli ”sosieeteeraamista”, aika meni ”autolla hurjastellessa”, ja fyysiseksi kiinnekohdaksi muodostui koulun viereinen kahvila, jossa koulutunteja vietettiin. Huoleton Emppu ohjautuu ikään kuin ulkoa päin aina lääkiksen pääsykokeisiin asti, mihin sijoittuu kertomuksen käänne. Hillalle lääkärin ammatin valinta oli ”raksahdus”, joka päästi ääneen hänen itsenäisen, toisista etäisyyttä ottavan minänsä. Empulle ammatinvalinnan alkuperäinen merkitys oli päinvastainen: kahden lääkärin lapsi oli jo 5-vuotiaana kirjoittanut kaverin Ystäväni-kirjaan haluavansa lääkäriksi, ja nyt hänen tehtävänsä tarinassaan on perustella, että ratkaisu oli hänen omansa, ei kotoa automaattisesti versova tarinan juoni. Isä itse asiassa yritti saada Empun keksimään jotakin muuta, mutta Emppu ”oli saanut päähänsä” lääkiksen ja siellä se pysyi. Isän neuvon noudattamattomuus kääntää ratkaisua itsenäisempään suuntaan.

Pyrkiminen vei silti kolme vuotta: ensimmäisenä vuonna Emppu ei yrittänyt tosissaan (ja opettajankin mukaan Empun piti oppia elämästä ja tulla järkiinsä ensin – kertojan arvio siitä, mitä tarinan jatkossa tapahtuu, sijoitetaan opettajan sanomaksi). Toisena vuonna Emppu hakeutui valmennuskurssille, mutta jatkoi sen ohessa huoleton elämäänsä kavereiden kanssa kaupungilla.

Hän ei silti jäänyt ”masentavan paljoa” sisäänpääsystä. Kolmantena vuonna seuraa käänne:

1. Mut sit ku mä menin seuraavan kerran ni mul oli niinkun .. **ihan** eri asenne siinä
2. ni sit mä ajattelin et ”**hemmetti** että nyt loppu tää **leikkimine** että **täytyy** päästä sisää”
3. sit se m- sit mä **jotenki** siinä sisäänlukiessa sit **yhtäkki** **loksahti** muutama elämän realiteetti paikoilleen ja sit mä ..
4. sit mä **vaan** ajattelin et mä täs täytän pääsylippua sinne sisään et mun ei nyt kukaan ei tu kysymää et voisinks mä **ehkä mahdollisesti** ---
5. tai mä ajattelin et mä en kysele et voisinks mä **ehdottomas-** --- tai **mahdollisesti** päästä sisään et mä **vaan** niinku meen
6. ja sit mä **vaan** menin
7. ja se oli mulle ensimmäinen osotus siitä et asioit voi ajatella sillai **pitkällä tähtäimellä** ja niinku tehä jonku eteen töitä, sit tota //M: Mm mm mm// ..
8. =et se oli mulle ensimmäinen semmonen **vähä** niinku .. laskeutuminen elämän realiteetteihin

Minän retorinen murros tapahtuu jakson alkajaisiksi; ensimmäisen rivin *mutta* merkitsee käänteen. Empun minuutta alkaa kertoa uusi ääni, joka osaa ajatella asioita pitkällä tähtäimellä ja ymmärtää, että haluamansa eteen on tehtävä töitä: ääni ymmärtää elämän realiteetit (rivit 3 & 8). Tällä uudella äänellä aikaisempi huoleton elämä arvioidaan ”leikkimiseksi” (rivi 2), toisin sanoen lapselliseksi ja nyt taakse jätetyksi. Rivin 6 toistolla Emppu merkitsee uuteen minäänsä liittämänsä keskeisen arvion: määrätietoisuuden ja päättäväisyyden odotuksen.

Empun kasvu on, kuten Lassinkin, kasvua vastuuseen omista ratkaisuista ja niiden perusteluista. Molemmille kertojille on myös yhteistä lääkärin ammatin jonkinlainen kohtalonomaisuus alkujaan – oma tietoinen ja motivationaalinen sitoutuminen siihen tapahtuu kertomuksessa vasta oman päätöksen jälkeen. Molemmissa tarinoissa lääkärin ammatinvalinta kantaa alkujaan epäitsenäisyyden merkityksiä.

Aivan kuten Hillan ydinepisodissa, Empullakin arvokkain minä astuu esiin siinä, missä lääkärin ammatin valinta selkiytyy omaksi ratkaisuksi. Tämä minä tietää, mitä haluaa, ja päättää sen myös saada. Emppu kertoi itsensä itsenäiseksi jo varhain: hän viihtyi yksin ja teki omat (huimapäiset) ratkaisunsa. Huolettomana hän ei juuri pohtinut ratkaisujaan, se ei ollut tärkeää. Empun tarina on kertomus aikuistumisesta (Komulainen 1998, 175-176): siinä missä Hillan itsenäistymiskertomus jännittyy epäitsenäisyydestä/kuulumisesta

itsenäisyyteen/yksinäisyyteen, Empun perusjännite on viritetty huolettomuuden ja vakavuuden/vastuullisuuden väliin, vaikka ydinepisodien synnyttämät uudet minät tarinoistaan irrotettuina kuulostavat samanlaisilta: määrätietoisilta tulevilta lääkäreiltä.

Ajallinen jatkumo asettaa Empun menneen (huolettoman) ja uuden (määrätietoisin) minän arvojärjestykseen. Huoleton ei menetä arvokkuuttaan kokonaan, mutta arvo on sidoksissa jo ohitettuun ikään ja elämänvaiheeseen: huolettomaan ”nastaa” nuoruuteen. Aikaisempaa järkevämpänä Emppu aloitti opiskelun varmana valinnastaan, mutta ensimmäiset opiskeluvuodet toistavat vielä nuoruuden huolettomuutta: reissut, tentit, valvominen, kahvi, viina ja tupakka ja kaiken tämän kestävä fysiikka ankkuroivat Empun tarinan ja minän nuoruusvuosiin ja koulun naapurissa sijainneeseen kahvilaan. Vasta

opintojen varrella se touhu koko ajan vähän hi-i-dastu ja rauhottu ja hi-i-dastu ja rauhottu ja hidastu ja asiallistu ja järkevöity

– ydinepisodissa tapahtunut murros toistetaan tässä hidastettuna, liu’utuen, ja samalla sen tietoisempi tarkastelu ja arviointi mahdollistuu.

Empun suunta myöhemminkin on kohti elämän realiteetteja, ”real laiffia”. Niin opiskelussa kuin perheen perustamisessakin on kyse elämän todellisuuden näkemisestä nuoruuden haihatusten, opiskelun alkuvuosien abstraktin filosofoinnin tai kaikenlaisen tekemisen ja pyrkimisen takaa. Rauhoittuminen ulottui myös lääketieteen ulkopuolisiin ihmissuhteisiin. Aikaisemmat seurustelusuhteet eivät olleet olleet vakavia ”koska mä en ollu vakavissani niinku missään”, mutta opiskelijan sinkkuelämän kestänyt aikansa Emppu tapasi tulevan puolisonsa, ja ”koko ajan kierrokset hidastu ja hidastu”, nyt siis yksityiselämässään. Tämä hidastuminen määrityy nyt *aikuistumiseksi*: ”musta oikeen tuntu et mä aikuistuin silmissä”. Haastattelun aikoihin Empulla oli jo lapsikin ja ”pieni, onnellinen perhe”.

Toisaalta vakavuuden merkitys muuttuu. Suhteen Empun työkseen tekemään tutkimukseen rakentaa ääni, jolle vakavuudessa on kyse ”itsen toteuttamisesta”, ”oman kapasiteetin lahjoittamisesta” valitulle päämäärälle. Painotus siirtyy tietyn päämäärän saavuttamisesta siihen, että olipa päämäärä mikä vain, sen saavuttamisen tulee olla mielekäästä ja omaa ja myös toisille hyödyksi.

Tutkijana Emppu sai pipetin käteensä ja ryhtyi kokeilemaan kaikenlaista – ”leikkimään pikku kemistiä”, puolentoista vuosikymmenen tauon jälkeen. Ehkäpä tämän pikku kemistin reinkarnaation tarinassa voisi lukea uskalletuminkin kuin vain kokeiden hauskuuden uudelleen löytymisenä: tutkimustyössä todellistuva itsen toteuttaminen ja oman kapasiteetin käyttäminen on samaa vakavasti ottamista, jota voin kuvitella alle 12-vuotiaan Empun kokeneen pikkukemistisettiään tutkiessaan: nauttimista itse tekemisestä vailla huolta

päämääristä ja tavoitteista. Jotakin lapsuuden viattomuudesta välittyy Empun minään, kun hän ankkuroi opiskeluvuotensa lapsuuden innostukseen ja antaa määrätietoisen lääkärinsä sulautua pikku kemistiin. Lääkäriminä syntyy jok-sikin hiukan uudeksi taas.

Väitän siis, että nyky-Empun vakava ääni on enemmän kuin yksisävyinen. Hän teki haastattelun aikaan tutkimustyötä, aikomuksena jatkaa, kunnes väitöskirja on kasassa – päämäärät eivät olleet menettäneet merkitystään. Perään neuvottelemme kuitenkin sen, miten Empun tulevaisuus tarinaan kerrotaan: minä tarjoan hänelle ”jää nähtäväksi” –tulkintaa, ja Emppu hyväksyy sen. Hän ei tiedä, jatkaako pipetointia vai päätyykö klinikoksi, toisin sanoen hän ei tiedä, minne ”ajautuu”. Empun elämää ei voi valmiiksi suunnitella, mutta tämä ei tee merkityksettömäksi tämänhetkisiä päämääriä, vaan päin vastoin rauhoittaa keskittymään juuri nyt juuri tähän. Ja näin Emppu päättää vapaa-  
muotoisen kerrontansa, tulevaisuuteen, joka on avoin:

Semmonen filis koko ajan et onhan täs vaik kuin paljon aikaa, siis monta vuosikymmentä aikaa että kyl ehtii varmasti tehdä klinikkaa ja kyllästyy pipetointiin moneen kertaan, et sillä lailla ei voi etukäteen niin tarkasti suunnitella.

Itse asiassa kuulen nykyiseen, vakavaan, ääneen tässä sulautuvan paitsi pikkukukemistin myös jotakin kallisarvoista nuoruuden haihattelijalta – huolettomuuden huomisesta. Uran tulevaisuus jää auki, mutta nyt avoimuus ei ole kertomuksen välivaihe vaan sen päätepiste. Elämä vain jatkuu.

Myös Empun kertomuksessa jää ääneen useita, loogisesti toisiinsa ristiriitaisesti suhtautuvia ääniä (esimerkiksi uran itsestäanselvyyttä ja huoletonta suhtautumista korostavat äänet). Ydinepisodiksi nostamassani äänten kohtaamisessa syntyy huolettoman nuoruuden ja vastuullisen aikuisuuden hierarkia, mutta luen Empun ydindialogin – ykseyden ja hajaannuksen vuorottelun – etenevän eri tavoin kuin Hillan kertomuksessa. Myöhemmissä kohtaamisissa menneet äänet eivät jää kontrasteiksi ja Toisiksi nykyiselle, vaan ne neuvottelevat synteisin: sulautuvat nykyiseen ja synnyttävät jotakin uutta. Tässä mielessä Empun minä on *aidon dialoginen* (Bakhtin 1981, 345-346; 1984, 197).

### *Lukijan vastuu ja itsenäisyys: missä sukupuoli syntyy?*

Vaikka itsenäisyys vs. toisista vastuullisuus pyrkivät sukupuolittumaan miehiseksi vs. naisiseksi kertojaksi ja kertomukseksi, sukupuolen synnyttäminen on monivaiheinen tapahtuma: vasta oma lukijani lukee sen (tällä erää) valmiiksi. Mistä, lukijani, päätelit Empun sukupuolen? Millainen mies ja isä tai nainen

ja äiti olisi kertoja, joka on pikkukemististä kasvanut huolettoman haihattelijan kautta toteuttamaan itseään lääketieteessä?

Empun ydindialogissa suhteitaan selvittävät äänet ovat kiusallisella tavalla sukupuolta vihjaavia, ja samanaikaisesti yritys nimetä niitä miehiseksi tai naisiseksi tuntuu mahdottomalta. Luetutin artikkelini käsikirjoitusta laitokseni tutkijaseminaarissa. Sukupuolen hämärtäminen viritti keskustelun siitä, mistä kukakin lukija oli valmis sen päättelemään. Eräs (nais)lukija ei tunnistanut miehistä hahmoa kertojan vaiheista koulun viereisessä kahvilassa. Tähän reagoivat seminaarin miespuoliset osallistujat, etenkin eräs lääkärikollega, joka oli itse istunut kahviloissa. Onko huoleton, koulusta kahvilaan lintsaa-va Empu kulttuurin kuvastossa tyttö vai poika – lukijana etsin vastausta ”sosieteeraamisen” ja ”autolla hurjastelun” sisällön tai tyylin itsestään selvistä sukupuolista tai omasta kokemuksestani (jonka mukaan lintsari oli useammin tyttö). Samoin Empun vastuulliset äänet – sekä se ääni, joka ydinepisodissa syrjäytti huolettoman ottamalla vastuun omasta elämästään ja päämäärästään, että kertomuksessa myöhempi, toisiin ihmisiin ja yhteiseen hyvään sitoutunut ääni – vastustavat selvää sukupuolitusta.

Itsenäisyyden, vastuullisuuden ja suhteisuuden käsitteet eivät siis sukupuolitukaan itsestäänselvästi. Yhtä hyvin voisi kai väittää, etteivät itsenäisyys ja vastuullisuus toisista ole sidoksissa sukupuoleen, ovathan esimerkiksi Hilla ja Lassi osoituksia siitä, miten nainen voi esittää itsenäisen minän ja mies vasturationalaisen. Itse ajattelen kuitenkin kuten Jessica Benjamin (1990, 216), että dikotomia on paradoksaalisesti yhtä aikaa puhdistettavissa sukupuolen merkityksistään ja kuitenkin milloin tahansa palautettavissa niihin takaisin; puhe urasta ja perheestä tai autonomiasta ja riippuvuudesta solahtaa kuin huomaamatta puheeksi miehistä vs. naisista, vaikka pitäisi kysyä niitä ehtoja, joilla itsenäinen *ja* sitoutunut minä neuvotellaan mieheksi tai naiseksi. Tässä kohden pyydän sinua, lukijani, ennen kaikkea kuulostelevaan kokemustasi siitä, ettet tiedä kertoja-Empun sukupuolta.



## 4 Sukupuoli ja myyttinen sukupuoli

**M**erete Mazzarella (2002) pohtii kysymystä identiteetistä esseekokoelmasaan *Linjer mellan stjärnor* (suom. Tähtien väliset viivat). Hän kirjoittaa, ettei itse valitsisi omaksi identiteettisanakseen 'naista', mutta tunnistaa samalla sukupuolen läsnäolon kaikkialla: ”sukupuoli on niin perustavanlaatuinen, että emme ylipäänsä kykene kuvittelemaan ihmistä kuvittelematta häntä sukupuolisenä” (mts. 31). Sukupuoli on vaikea ilmiö tutkijallekin samasta syystä; se on aina läsnä mutta välttää suoraa kohtaamista (Gherardi 1994; 1995; Korvajärvi 1998). Mazzarella pohtii edelleen selitystä kokemalleen naisen vieraudelle identiteettinään ja päätyy siihen, ettei ole juurikaan joutunut tilanteisiin, joissa oman naiseuden merkitystä olisi pitänyt pohtia tai tulla siitä tietoiseksi. Jos, hän arvelee, hän olisi joskus elämänsä varrella tullut raiskatuksi tai naisena taloudellisesti syrjityksi, tilanne olisi toinen. Samoin tilanne on ehkä toinen sinä päivänä, jona hän huomaa olevansa vanha nainen ja muuttuneensa samalla naisena ja ihmisenä sosiaalisesti näkymättömäksi. Edelleen hän on varma, että sairastuminen rintasyöpään tekisi oman naiseuden pohdinnasta tietoista – nyt naiseus omana identiteettinä jää ei-tietoiseksi. Kyse ei ole tiedostamattomasta psykoanalyttisessa, psyyken alitajuiseen torjutun merkityksessä, vaan ennemminkin narratiivisesta tiedostamattomasta (Freeman 2002a): historian ja kulttuurin läsnäolosta elämässä ja identiteetissä tavoilla, joita ei ole kerrottu osaksi omaa kertomusta, elämän tarinaa. Kyse on mahdollisista kokemuksista ja tulkinnoista, joita ei ole (vielä) tulkittu. Toisaalta kyse on siitä, miten nämä mahdolliset, kulttuuriset kertomukset ovat läsnä, miten sosiaalinen ja historiallinen ovat tarinoiden mahdollisuuksina läsnä meissä, vaikkamme niitä tiedostaisikaan (emt.).

Tässä mielessä sukupuoli oli useimmille haastateltavilleni tiedostamaton osa identiteettiä: he eivät kertoneet kertomuksiaan ääneenlausutusti miehinä ja naisina, ja usein kysyessänikin sukupuolen merkitystä heidän lääkärinä olemiselleen ja toimimiselleen he kieltäytyivät pitämästä sitä keskeisenä identiteettinsä määreenä. Lukiessani sukupuolta joudun siis pakottamaan heidän kertomuksiaan, vaatimaan niiltä vastauksia. Tunnistan hyvin itsessäni sukupuolen ristiriitaisuuden: yhtäältä tekee mieleni kieltäytyä selittämästä itseäni ja tekemiseni tyyliä naiseudellani, toisaalta omiksi identiteettisanoikseni ovat



väitöskirjaprojektini myötä tulleet niin nainen kuin naistutkija ja feministikin. Olen teorian kautta vakuuttunut siitä, että sukupuoli on hedelmällinen näkökulma tarkastella, tulkita ja ymmärtää monia erilaisia inhimillisen todellisuuden ilmiöitä, muiden muassa lääkäriprofessiota, identiteettiä ja oman elämän kertontaa. Kuten Merete Mazzarella, ajattelen sukupuolta perustavanlaatuisena ajattelun, puheen ja toiminnan pohjavirtana, jota ilman meidän on liki mahdotonta kuvitella ihmistä, lääkäriä tai omaelämäkerran sankaria.

Irma Kortetta (1988) soveltaen nimitän myytiläisiä kulttuurisia merkityksiä ja ajattelutapoja, jotka automaattisesti tulemme liittäneeksi miehiin tai naisiin. Myytti on eräänlainen perustarina, joka näyttäytyy ajatuksissa, tunteissa, assosiaatioissa, kielessä ja toiminnassa mutta jota harvoin sovellamme sellaisenaan omaksi identiteettikertomukseksimme. Miehen myyttiin samastumalla mies voi kokea (vain) jotakin itsestään, ja sama koskee naista (mts. 80). Myytti on yhtä aikaa ulkoista ja yksilön sisäistä maailmaa (mts. 70).

Myyttistä naista leimaavat ne piirteet, jotka erottavat hänet myyttisestä miehestä. Ruumiin erot saavat symbolisia merkityksiä, kulttuuri jalostaa eroista identiteettejä. Naisen kohtu symboloi sitä, mitä psykologia nimittää piilotajunnaksi: luovuuden lähde tai regression mahdollisuutta. Kohdun symboliikka kytkee naiset myyttiseen äitiin, joka voi olla joko ravitseva tai tuhoava, hoivaava tai takertuva; vaginan avoimuus taas assosioituu astiaan, joka psyykkisenä tilana merkitsee vastaanottavuutta, kokemuksen sisäisyyttä ja koetulle antautumista, eläytymistä. Naisen ruumiin fysiologia tarjoaa analogioita psyykkiseen muuttumiseen, muutoksen jatkuvuuteen ja vähittäisyyteen, kun taas miehen ruumis ilmentää suurempaa stabiiliutta tai toisinaan taipumusta äkillisiin, rajuihin muutoksiin. Myyttisen miehen seksuaalisen anatomian keskus, penis tai fallos, puolestaan rinnastuu työkaluihin, aseisiin ja välineisiin, joilla tehdään, pyritään ja tunkeudutaan. Miehen toiminta assosioituu sankarilliseen voimaan, tavoitteisuuteen ja tietoisuuteen. (Korte 1988.)

Myytit toistuvat (luovasti, muunnellen) yksilön mielen sanoissa ja kuvissa, mutta ne elävät myös mielenulkoisessa, jaetussa maailmassa. Korte (emt.) kirjoittaa naisen ja miehen stereotyyppisistä kuvista ja kulttuurisista ihanteista – eräänlaisista mallitarinoista tai tarinamalleista – jotka liittävät naiseen tunneperäisyyden ja intuition ja sijoittavat heidät äideiksi kotiin, hoivaamaan ja huolehtimaan. Moni nainen on käytännössä löytänyt tasapainonsa äidinkauden ja oman tiensä kulkemisen välille, mutta kulttuurin naisihanteesta huolimatta, ei sen tukemana. Naisen ihanteen ja arjen välinen ristiriita toteutuu työelämässäänkin, joka rakentuu kodin ja työn kuilun kahden puolen siten, että toisten tarpeista huolehtimisen kotoinen etiikka on vaikeasti yhteensovitettavissa työuran edellyttämän itsemääräytymispyrkimyksen kanssa. Miehellä sama ristiriita asuneen kotona.

Yhteydet sukupuolen myyttisen symboliikan, yksilön omikseen kokemien arvojen ja kertomien identiteettien, kulttuuristen käsitysten tai yhteiskunnan rakenteiden välillä eivät ole suoria, yksiselitteisiä, kausaalisia tai ennustettavia, vaan pikemminkin analogisia, assosiativisia ja monivivahteisia. Siksi niiden tarkasteleminen vaatii, kuten Silvia Gherardi (1994) painottaa, ambivalenssin ja ristiriitaisuuden sietoa (ks. myös Benjamin 1990, 216-217). Roland Barthesin *Mytologioiden* (Barthes 1994) mukaan myytti toimii juuri hämärtämällä ja monimielistämällä käsitteen ilmeisen merkityksen ja yhtä aikaa luonnollistamalla hämärtymisen suunnan. Kun viittaa itseeni sanalla 'nainen', viittaa omaan erityisyyteeni, mutta yhtä aikaa tulen viitanneeksi myyttiseen naiseen. Voin kieltää yhteyden ja korostaa naisten keskinäistä erilaisuutta, mutta en tunnu pääsevän pakoon sitä luonnollisuutta, jolla tiedän, mistä sanoudun irti sanoutuessani irti 'naisen' merkityksistä, naisen myyttistä.

Saman 'naisen' monimielisyyden voisi ymmärtää korostaen Mihail Bahtinin (Bakhtin 1981; 1984) tavoin kielen läpäisevää dialogisuutta. Jokainen sana, siis myös 'nainen', kohtaa lausuttuna kaikki sanan aiemmat käyttötavat eli merkityshistorian (ks. myös Hyvärinen ym. 2003, 10). Edelleen lausuttu sana kohtaa sen ajankohtaisen keskustelun, jota naisesta käydään, toisin sanoen 'naisen' nykyiset merkitykset ja naiseen liitetyt ilmiöt ja piirteet. (Vastaavasti voi ajatella, että sana 'lääkäri' viittaa väistämättä ja lausujan tahdosta riippumatta esimerkiksi kutsumusammatin harjoittajaan ja työlleen omistautuvaan puurtajaan). Jos kyse olisi vain näistä dialogisuuden puolista, olisimme täysin kielen ja kulttuurin ennalta määrittämiä, mutta Bahtinin mukaan olemme sitä vain osittain. Jokainen lausuttu sana on myös osa jatkuvaa vuorovaikutuksen virtaa, vastaus ja jatko johonkin edelliseen puheenvuoroon ja tarkoitettu taas jatkettavaksi. Tässä konkreettissa dialogissa sana kohtaa paitsi sosiaalisen todellisuuden myös kuulijan psyykkisen, subjektiivisen, enemmän tai vähemmän arvaamattoman käsitteellisen horisontin (Bakhtin 1981, 282). Dialogin virrassa sanan merkitys muuttuu vähän jokaisella lausumiskerralla, ja siinä on myös poeettisen mielikuvituksen (Freeman 1999) eli sanan taiten yksilöllistämisen ja persoonallisen tyylin luomisen paikka (esim. Bakhtin 1986, 63).

Tarkasteluni tavoitteena ei ole sukupuoli-ilmion häivyttäminen tai väkisin muuttaminen toiseksi, vaan miehen ja naisen, maskuliinisen ja feminiinisen, toisensa poissulkevan luonnollisen vastakohtaisuuden arvioiminen uudestaan niin yksilön kokemuksessa kuin työelämän käytännöissäkkin. Feministisen tieteellisen ajattelun voisi kärjistää koskemaan sitä, miten miehen ja naisen toisensa poissulkeva vastakkaisuus on yhtä aikaa nähtävissä yhteiskunnallisissa käytännöissä, tieteen käytännöissä (ks. Katila & Meriläinen 1999) ja teoretisoinneissa sekä arkiajatteluamme jäsentävissä teorioissa. Eikä pelkkä vastakkaisuus vaan miestä suosiva arvojärjestys tekee asian ongelmaksi ja saa feministit etsimään uudenlaisia tapoja ajatella ja ymmärtää. Tieteen julistus

omasta objektiivisuudestaan ja rationaalisuudestaan on miehisten ihanteiden ylentämistä, eikä miehinen tässä viittaa biologisiin miehiin vaan kulttuurimme miehiseksi määrittämään, maskuliiniseen, myyttiseen mieheen (Code 1993, 21); tunteellinen mies on mies, vaikka näemme rajan rikkoutuvan – tunteen ja järjen vastakkainasettelussa järki on se, joka symboloi miestä.

Oma kiinnostukseni feministisiin suuntauksiin korostui sinä aikana, jonka tein tutkimustani naistutkimuksen valtakunnallisen tutkijakoulun tohtori-koulutettavana. Olen onnellinen siitä, että olen tullut tuntemaan feministisiä ajattelijoita, ”aikamme ajattelijoita”, kuten heidän ajatuksiaan kokoavan kirjan nimi heitä kutsuu (Anttonen ym. 2000). Jos minun pitäisi tiivistää itselleni olennainen feminismistä kahteen sanaan, sanoisin *lupa kyseenalaistaa* kulttuurissa totunnaisia käsityksiä ja tiedollisia ja tunteellisia asenteita. Samassa kulttuurissa, joka on kauan kuvannut (kuvaako yhä?) yksilön kehityksen tapahtuvan suhteessa siihen, onko yksilöllä penis vaiko eikö ole. Onko hänellä munaa vai eikö ole (esim. Irigaray 1985a, 28-29).

Palaan itsenäisyyden ja suhteisuuden käsitepariin, jota pyöritin narratiivista identiteettiä käsittelevän luvun lopuksi. Luin muutamaa lääkäarin tarinaa etsien tapoja ymmärtää tuo käsitepari muutoin kuin vastakohtaisuutena, dikotomiana, ja nyt luen psykoanalyysin kehityskertomusta kääntääkseni sen tarinaksi, jossa erillisyyden ja yhteyden etsinnän yhtäaikaisuus on alusta loppuun kantava juoni.

Tarkoitukseni ei ole kritisoida psykoanalyysin koko laajaa teoriaperinnettä saati käytäntöä, jossa tulkinallisuuden voi ymmärtää myös narratiivisesti, kertomuksen kertomisena siten, että alku ei ole lapsuudessa vaan terapeutisessa dialogissa (Schafer 1981). Suhtaudun psykoanalyysiin yhtä aikaa vakavasti ja kevyesti: vakavasti sikäli, että ajattelen sen feministikriitikoita kuunnellen kulttuurimme keskeiseksi mallitarinaksi, jonka mukaan kertomalla yksilö tulee kertoneeksi miehen tai naisen myytin ja ymmärryksen miehisen ylemmyydestä oman identiteettinsä osaksi. Psykoanalyttisenkin teorian voima on näin ajatellen siinä, miten se kertoutuu yksilöiden identiteeteiksi. Toisaalta otan kevyesti ja koetan Irigarayn avulla näyttää, miten psykoanalyttisen kertomuksen yksilöksi tulemisesta voisi kertoa uudelleen tavalla, joka identiteeteiksi tullessaan purkaisi miehen ja naisen vastakohtaisuuden ja toisaalta korostaisi välitilan, dialogin, sanojen – ja kertomusten – identiteetillistä voimaa.

## 4.1 Luce Irigaray ja sukupuoli-eron korostus

Lähestyn psykoanalyysia ’tapaustutkimuksen’ kautta: ranskalaisen psykoanalyytikon, filosofin ja kielitieteilijän Luce Irigarayn ajatusten kanssa keskus-

tellen. Irigaray rakentaa ajatteluaan psykoanalyysin freudilais-lacanalaiselle (kieltä ja symbolisen järjestystä korostavalle) suuntaukselle, kielitieteelle ja fenomenologiselle filosofialle ja korostaa sukupuoliéron ja muiden erojen hyväksymistä kaiken kanssakäymisen ja kohtaamisen perustaksi. Sukupuolen ja eron, miehen ja naisen roolin, ymmärtäminen uudelleen on paljon enemmän kuin vain filosofointia: tavoitteena on viime kädessä vaikuttaa yhteiskuntaan ja muuttaa epätasa-arvoistavia käytäntöjä eettisemmiksi – tavoitteena on siis kulttuurin mutaatio (ks. Whitford 1991, 10-11). Viime kädessä kyse on tasa-arvosta, mutta syvemmältä kulttuurin perustaa järkyttäen kuin olemme tottuneet tasa-arvoa ajattelemaan (mts. 27; Irigaray 1991, 32). Viime kädessä kyse on halusta yhteiskuntaan, joka hellii ero(j)a, erilaisuutta elinvoimanaan. Yhteiskuntaan, jossa ”jokaisella on oikeus ja velvollisuus olla mikä on” (Irigaray 1996b, 53).

Luce Irigarayn mukaan länsimaisessa kulttuurissa on keskeistä tapamme ajatella eroja vastakohtaisuuksina ja sukupuolittuvina. Muut vastakkainasettelut palautuvat naisen ja miehen väliseen myyttiseen eroon (esim. Irigaray 1991, 33; Lehtinen 2000, 218–219): maskuliininen / feminiininen, aktiivinen / passiivinen, järki / tunne, mieli / ruumis, itsenäisyys / riippuvuus ovat tällaisia dikotomioiksi ymmärrettyjä eroja, joiden ensimmäisen termin helposti näemme symboloivan miestä, toisen naista. Viime kädessä, väittää Irigaray, kulttuurimme perustuu naisen ja feminiinisen toistarvoistamiselle. Ajattelemme ihmisyyden olevan järkeä ja henkisyttä. Intohimot, tunteet ja ruumiin liikkeit (eli feminiininen merkitysulottuvuus) vetävät meitä luontoon, pois ihmisyydestä. (Ihmisyttä määritellään esimerkiksi silloin, kun halutaan rakentaa kone, joka jäljittelee ihmistä ja inhimillistä ajattelua. Koneen rationaalisuus, ennustettavuus, edistyyvyys nähdään eräänlaisena puhdistettuna, kirkastettuna ihmisyytenä. Ks. Paasonen 2002.) Koska ero on dikotomian mukaisesti ehdoton, eivät järki ja tunteet, henkisyys ja aistimellisyys kunnolla kohtaa yksilöissäkään paitsi ohimennen ja salaa. Tasaveroisina keskustelukumppaneina ne eivät tapaa sen paremmin ihmisten omissa sisäisissä keskusteluissa kuin ihmisten (naisten ja miesten) välilläkään. (Lehtinen 2000, 220.)

Irigaraylle sukupuolten välisen hierarkian purkaminen on toivottavaa ja tavoiteltavaa, ja se on myös hänen omien kirjoitustensa mieli. Hän lukee uudelleen kulttuurimme teksti(ili)ä – tunnettujen filosofien kirjoituksia ja psykoanalyttistä teoriaa – kysyen ja kiusoitellen, näyttäen, missä ne voisivat murtaa tunnustamaan sukupuolisokeutensa. Hän ei pre-kritisoi psykoanalyysia (ks. Irigaray 1985b, 72), vaan tunnustaa psykoanalyysin teoreettisen hienovaraisuuden ja voiman. Juuri siksi hän näkee tarpeelliseksi osoittaa ja tulkita sen, mistä teoria vaikenee ja minkä se torjuu. Kuten monet muutkin psykoanalyttisen teorian feministikriitikot, Irigaraykaan ei näe psykoanalyysin synnyttäneen miehen ja naisen epätasa-arvoa, vaan hän ajattelee psykoanalyttisen teorian

enemminkin kuvanneen sen, miten nainen ja feminiininen toissijaistetaan kulttuurissa (Irigaray 1991, 118; Grosz 1990). Psykoanalyysi kertoo mallitarinan siitä, miten kulttuurin miehen ja naisen myytit muuttuvat yksilön kehityskertomuksiksi ja identiteeteiksi (ks. Rubin 1975).

Irigaray ei yritä päättää, ovatko naiset, todella, miehiä enemmän läsnä ruumiissaan, tunteissaan, riippuvuuksissaan: emme ehkä voi edes tietää, onko naisella jokin olemus kulttuurin symbolisen järjestyksen ulkopuolella, mutta voimme silti koettaa muuttaa symbolista. Länsimainen ajattelu liittyy nuo määreet naiseen ja väheksyy niitä suhteessa käsitepareihinsa, ja väheksyntä koskee tällöin sekä naisia että naisellista, sekä naisia sukupuolena että feminiinistä merkitysmaailmaa jokaisen identiteetin osana. Samoin hierarkian purkaminen koskisi jokaista naista, mutta myös jokaista miestä, miehen suhdetta feminiiniseen(sä).

Irigaray on psykoanalyysin lacanilaisen koulukunnan edustaja ja kriitikko. Jacques Lacan jatkaa freudilaista teoriaa suuntaan, jossa kulttuurin, kielen ja symbolisen merkitys identiteetin synnyssä korostuu ja oman identiteettinsä sisältävä yksilö korvautuu puhuvalla subjektilla, minällä, joka määrittyy puhujan paikaksi kielessä ja symbolisessa todellisuudessa (Grosz 1990). Identiteetti ja sukupuoli syntyvät yksilön astuessa kulttuuriin, ne eivät ole samalla tavoin anatominen kohtalo kuin Freudin alkuperäisessä teoriassa (Irigaray 1985b, 70-71), ja merkitysmaailman ilmiöinä niitä voi myös muuttaa. Siksi lacanilainen psykoanalyysi on feministiseen uudelleenmuotoiluun houkutteleva. Sellaisenaan Lacanin teoria on yhtä maskuliininen lähtökohdiltaan kuin alkuperäinen freudilainen psykoanalyysikin, väittää esimerkiksi Irigaray, sillä se kuvaa yksilön kehityksen myyttisen miehen symbolein. Millainen siis on se teorian sisältämä kehityskertomus, jonka Irigaray haluaa kertoa toisin?

### *Freudilais-lacanilaisen teorian kuvaus yksilöksi tulemisesta: feministinen näkökulma*

En viittaa lainkaan Freudin tai Lacanin alkuperäisiin teksteihin, mikä saattaa vaikuttaa oudolta, kun tarkoitukseni on tiivistää heidän yksilönkehityksen kuvauksensa. Kuvaukseni lacanilaisesta yksilönkehityksestä perustuu Irigarayn (1985b; 1991) ohella pääasiassa Elizabeth Groszin Lacan-esittelyyn (Grosz 1990), ja niin Grosz kuin muutkin viittaamani teoreetikot jakavat feministisen kriittisyyden. Kuvaukseni on siis vähintään kaksiääninen: Freudin ja Lacanin sanat dialogisoituvat feministisesti, saavat tietyn painotuksen. Samalla korostuu se, etten pyri tyhjentävään saati objektiiviseen kuvaukseen psykoanalyyt-

tisesta teoriasta sinänsä, vaan luetaan, jossa tarkoituksella haastetaan teorian mukainen sukupuoli.

Freudilais-lacanilaisen teorian mukaan yksilö syntyy lapsen irrottautuessa äidistä ja astuessa isän lakiin – kulttuuriin, kielelliseen, symboliseen todellisuuteen. Lapset syntyvät pojiksi ja tytöiksi tässä erkaantumisessa, ja sukupuolen suhteen häilyvä, määrittämätön elämän alku jää menneisyyden hämärään. Ennen sukupuolen synnyttävää oidipuskompleksia lapsi elää kiinteässä suhteessa hoivaajaansa (eli äitiin). Suhteessa äiti ja lapsi peilaavat toisiaan, samastuvat toisiinsa, ja lapsen minuus, ego, syntyy toisiaan seuraavista samastumisista. Minuus on jatkuva samastumisten ja itseen sisällyttämisten virta, ego syntyy suhteissa toisiin. (Grosz 1990.)

Alkuperäinen symbioottinen suhde ei mahdollista egon kasvua ja kehitystä tai yksilön toimijuutta, subjektiutta, egon oman välittömän olemassaolon turvaamisen ulkopuolella. Oidipuskompleksin ratkaisussa lapsen nähdään irrottautuvan alkuperäisen suhteen välittömyydestä ja omaksuvan kulttuuriset, sosiaaliset ja kielelliset lainalaisuudet, joiden noudattajana hänestä tulee yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Hän hyväksyy sen, ettei välitön yhteys toiseen ihmiseen ole mahdollinen, vaan tarvitaan kolmas, suhteen välittömyydelle ulkopuolinen osapuoli – kieli merkityksenannon rakenteena (Frosh 1994, 37-40).

Irrottautuminen symbioosista voi teorian mukaan tapahtua vain kolmannen osapuolen avulla. Tuo kolmas osapuoli on Lacanille 'symbolinen isä', joka usein on lapsen biologinen isä mutta voi isän puuttuessa olla muukin auktoriteetti taivuttamaan lapsi 'isän lakiin', sosiaalista ja kielellistä kanssakäymistä ohjaaviin sääntöihin ja lainalaisuuksiin. (Irigaray 1985b, 61.) Samalla alkuperäinen suhde eli äiti rinnastuu eriytymättömyyteen ja regression uhkaan, vähintäänkin implisiittisesti. Nainen esiintyy teoriassa vain äitinä ja lapsensa peilinä.

Psykoanalyttinen teoria kuvaa pojaksi tuleminen oidipuskompleksin kautta. Poika luopuu alkuperäisestä suhteestaan eli halustaan äitiin välttääkseen kilpailun isänsä kanssa ja samalla uhkaavan kastroation. Toisin sanoen isän auktoriteetti, symbolinen fallos, saa pojan myöntymään isän tahtoon ja lakiin. Samalla hän samastuu isäänsä ja fallokseen, isälliseen auktoriteettiin. Lacanilaisen teorian mukaan kastroimisessa ei ole kyse konkreetista elimen menetyksestä vaan suhteesta miehiseen (arvo)valtaan: liittäessään arvovallan itseensä poika samalla uusintaa miehisen ylemmyydelle perustuvan sukupuolijärjestyksen. (Grosz 1990, 68.) Kun lapsi on kypsä 'astumaan kieleen', tekemään käsitteellisiä eroja, miehen sukupuolielimestä tulee eron visuaalinen merkki: se merkitsee hetken, jona lapsi kokee oman erillisyytensä (äidistä), ja se merkitsee miehen ja naisen kulttuurisen eron ja hierarkian (Grosz 1990, 72; Korte 1988, 111-114).

Isän fallos tulee edustamaan identiteettiä ja erillisyyttä, ja riippuvuuden tarpeen kieltämisestä tulee miehisen aikuisuuden myyttinen ydin (Benjamin 1990, esim. 135, 171). Tytön irrottautuminen alkuperäisestä äitiyhteydestä jää puolitiehen; hänen identiteettinsä synnyn hetkeä jää määrittämään vähittäisyys ja ambivalenssi. Häntä ei kutsu alkuperäisestä symbioosista irti sen paremmin kastraation rangaistus kuin (miehisen) arvovallan tarjouskaan (Grosz 1990, 69; Rubin 1975, 193-194). Suhteessaan kieleen ja symboliseen järjestykseen nainen edustaa aina epäjärjestyksen uhkaa; hän on epäselkeä, häilyvä, päättämätön, epäkoherentti verrattuna miehen normiin. Mies taas on tuomittu pelkäämään kaikkea, mikä kyseenalaistaa eron ehdottomuuden: kaikkea, mikä muuttuu, muuntuu, virtaa vapaana ja muodottomana (Whitford 1991, 28). Maskuliininen mies pelkää esikielellistä ja äidillistä itsessään ja toisissa, ja samalla hän amputoi oman emotionaalisuutensa, sensitiivisyytensä, vaistonvaraisuutensa ja ruumiillisuutensa, sillä ruumiissa säilyy ikuisesti jälki napanuorasta.

### *Kertomus välittäjänä*

Kyse ei ole siitä, ovatko todelliset miehet ja naiset tämän teorian/kertomuksen mukaisia – vastaus olisi kai kyllä ja ei. Irigary korostaa ennen kaikkea hierarkian ongelmallisuutta: elämme kulttuurissa, jonka filosofia, tiede ja yksilönkehityksen teoriat toistavat miehiseksi ymmärretyin (järjen, selkeyden, autonomian) ensisijaisuutta, ja sillä on seurauksia niin miesten kuin naistenkin identiteeteille ja elämäkertomuksille. Samoin on seurauksia sillä, miten nainen määritetty äidiksi ja äiti riippuvuudeksi niin hyvässä kuin pahassa: hän on pienen lapsensa pakollinen peili, mutta itsessään, näin sanotaan, kyvytön lopulta itsenäistymään. Olipa äiti uraa luova tai kotona, aina menee jotenkin väärin tai vinoon.

(Sukupuolten) eroa on vaikea, lähes mahdotonta, mieltää muuna kuin toisensa poissulkevana vastakohtaisuutena, ja identiteettikertomuskin tuntuu vaativan tulkintaa, jonka mukaan kertomus on joko selkeä tai epäselkeä, koherentti tai hajanainen, yksi tai moninainen, ei sekä-että tai niin ja näin, kuten Jennifer de Peuter (1998) rakentaa narratiivisen identiteetin ymmärrystä. Irigarayn valossa kysymys kertomuksen koherenssista on myös kysymys sukupuolesta, samoin kuin kysymys autenttisuudesta koskee myös sukupuolta, jos autenttisuus nähdään erillisyyden määrittämän yksilön mielen ilmauksena. Narratiivisen identiteetin teoreetikot tunnistavat elämän moninaisuuden ja tarinallisen tarpeen käsitellä ristiriitaisuuksia, mutta hekin tulevat sitten usein ensisijaistaneeksi kertomuksen ykseyttä ja yhtenäisyyttä lopulta tuottavan funktion – narratiivisen koherenssin (ks. kohta 3.3. edellä).

Irigaray käyttää psykoanalyysia esimerkkinä siitä, miten radikaalisti voi ajatella ja kirjoittaa toisin. Hän kirjoittaa sukupuolierosta, koska sukupuoli on eroista keskeisin ja kaikenkattavin, mutta hänen voi lukea tarkoittavan eroja ja erilaisuutta ylipäättään, koko eron perusajatusta (esim. Irigaray 1996b, 35). Hän haluaa korostaa eroa, vaalia sitä, tehdä siitä identiteetin ensisijaisen sisällön. Psykoanalyysin sukupuolikertomuksen osalta tämä tarkoittaisi sen tunnustamista, että sukupuolia on kaksi, ja silloin myös kehityksen kuvauksia ja identiteetin normistoja tulee olla kahdet erilaiset, ei käänteiset toisilleen vaan yhteismitattomat, todella erilaiset. Irigaray vihjaa toisesta kertomuksesta, jonka symboliikka ei olisikaan miesruumiin (elimen) ykseyden symboliikkaa (kuten lacanilaisen teorian fallinen symboliikka on), vaan lainaisi naisen tunnulta: nainen, kirjoittaa Irigaray, ei ole suhteessa yhteen näkyvään elimeen, vaan huuliin, jotka eivät ole yksi eivätkä kaksi vaan koskettavat toisiaan, ovat kynnys, välitilan merkki (Irigaray 1985b, 28; 1996a).

Irigaray valitsee huulten ohella limakalvot, kohdun, istukan ja napanuoran identiteetin välittäviksi symboleiksi. Jos lapsen eriytyminen ajateltaisiin tapahtuvaksi jo kohdussa, kieleen ja kulttuuriin astuminen vain ikään kuin vahvistaisi jo tapahtuneen. Syntyisi identiteettitarina, joka ei perustuisi itsenäisyyden ja riippuvuuden, erillisyyden ja yhteenkuulumisen vastakkainasettelulle vaan yhtäaikaaisuudelle: alustaan asti ihminen on sekä yhteydessä että erillinen (Grosz 1990, 183; vrt. Hyvärinen 1998c, 151). Äidille (kuten isällekin) lapsi on alusta alkaen 'toinen', ihmetyksen, hämmennyksen ja hurman aihe, jota äiti ei tunne ja yrittää oppia tuntemaan, josta hän jatkuvasti erottautuu ja johon etsii yhteyttä (Saarikangas 1997). Tällöin äidin/naisen merkitys tarinassa alkueriytymättömyyden kaaoksena, psykoosina ja paratiisina muuttuisi; äiti ei enää symboloisi riippuvuutta ja isä itsenäisyyttä, vaan tärkeiksi tulisi kaikki se, mikä välittää ihmisten välillä: alussa istukka ja napanuora (Korsisaari 1997, 68-69), sittemmin sanat, kieli ja kertomukset, joiden avulla sekä etsitään tietä toisten luo että rakennetaan ainutkertaista minää (ks. Irigaray 1996b, 100).

Irigarayn käyttämä naisen ruumiin symboliikka muistuttaa tapaa, jolla psykoanalyttinen kehityskertomus perinteisesti kuvaa identiteetin kuuluvan ruumiiseen. Samanaikaisesti Irigarayn versio kuitenkin parodioi, häiritsee alkuperäistä teoriaa ja falloksen symboliikkaa. Se ikään kuin pakottaa teorian myöntämään miehen ruumiin suosimisen. (Korsisaari 1997, 65.) Koska lähtökohtanamme on naisisen ja feminiinisen vähempiarvoiseksi merkitsevä kulttuuri, olisi naisen kertomuksen kertominen ensimmäinen askel kohti todellista tasa-arvoa: ”Jos sukupuoliero on tarkoitus ylittää, eikö sen ensin täydy löytää etiikkansa? Jos meidän on tuleminen yhdeksi, eikö meidän ensin ole oltava *kaksi*?” (Irigaray 1991, 150). Vaikka päämääränä on lopulta kohtaaminen, dialogi miehen ja naisen – kahden erilaisen vaan ei eriarvoisen



– välillä, on naisen ensin saatava oma tarinansa tunnustetuksi voidakseen asettua kohtaamiseen tasavertaisena.

Toisaalta välittäjät symboloivat itse dialogia eli sitä, mikä toteutuu ihmisten ja sukupuolten välillä. Irigaray tarjoaa viime kädessä dialogia koko kulttuurin paradigmatuksi (ks. Whitford 1991, 78). Dialogissa, jossa kaksi erilaista voivat kohdata eroavaisuutensa säilyttäen, ilman arvojärjestystä, toteutuu Irigarayn utopia eettisyydestä. Syntyy tietty paradoksi: dialogi kohtaamisen muotona, jossa keskeistä on välittäminen (sanan kahdessa merkityksessä!), mahdollistuu naisen ruumiin symbolein. Jääkö nyt mies ulkopuolelle?

Sukupuolieron korostus on yhtä aikaa arvon antamista naisiselle ja ylipääntään osoitus siitä, että totuttua voi ajatella toisin. Viime kädessä kaksi ihmistä ovat tavalla tai toisella aina erilaiset. Jos mies eron uudelleen ymmärtämisen prosessin välivaiheena kokee itsensä toissijaiseksi, se ehkä tekee hänelle vain hyvää. Kokemus lienee lähellä sitä, mitä nainen, naislääkärikin, tuntee ollessaan *virkamies* tai *esimies*. Toinen itselleni tärkeä dialogin teoreetikko on venäläinen mieskirjallisuustieteilijä ja -filosofi Mihail Bahtin, joka ei käsittele sukupuolta, mutta painottaa välitilaa hyvin samalla tavoin kuin luen Irigarayn sitä painottavan (ks. Herndl 1991, 7). Palaan Bahtinin ajatuksiin luvussa 6, jossa kokoan ajatukseni dialogista tutkimuksellisenä orientaationa. Bahtinin metafora on ääni; ääni on miehelläkin. Ja huulet.

Intersubjektiivisuus, ihmisten välisen tilan ja vuorovaikutuksen ensisijaisuus, ei ole vain irigaraylainen korostus, vaan se on käytetty käsite psykoanalyysin teoriassa (esim. Benjamin 1990; 1998) ja fenomenologisessa filosofiassa (ks. Crossley 1996), joista Irigaray ammentaa molemmista. Erityistä Irigaraylle on sukupuolieron saama paino. Välitilassa kahden kohtaaminen muodostaa eräänlaisen kaksoissilmukan tai kiasman (Irigaray 1996a, 25), jossa kumpikin hetken toisen kanssa viivähdyttyään palaa takaisin itseensä. Irigarayn mukaan meidän on kyettävä näkemään kohtaamisen osapuolina kaksi erilaista sukupuolta siten, että naisellakin on oma erityisyytenä ja identiteettinsä, johon hän kohtaamisen rikastuttamana palaa. Jos tätä naisen ja feminiinisen erityisyyttä ei tunnusteta eikä sille anneta arvoa, intersubjektiivisuus voi olla vain kahden miehisin subjektin välitila – onhan nais(is)en suhde subjektuuteen (aina ollut) länsimaisessa kulttuurissa erilainen ja ristiriitaisempi kuin mieh(is)en (Rojola 1996). Jos kertomus ajatellaan identiteetiksi välitilassa, on kertomuksena tunnustettava myös naisten tarinat ja toisaalta naisen myyttiä toistava teksti: moninainen, muuttuva, päämäärätön. Vasta sukupuolen peruseron uudelleen ymmärtämisen jälkeen voi Irigarayn mukaan eettisyys ja dialogisuus todella toteutua ihmisten välillä näiden sukupuolista riippumatta.

Irigarayn kirjoitukset ohjaavat etsimään identiteettiä välistä ja välittäjästä sekä symbolisemmin että konkreettisesti sanoista ja kosketuksista (ks. Irigaray 1996b, esim. s. 100, 121-128). Itselleni yksi tällainen välittäjä on juuri ker-

tomus. Henkilökohtaisilla kertomuksillamme kerromme itsellemme ja toisillemme, keitä me olemme, ja samalla kohtaamme kuulijamme jossakin välillä – kertomamme ei avaa kuulijalle tietä minuutemme sisään, hän ei koskaan tule tietämään meitä kokonaan. Jennifer de Peuterin (1998) ajatus narratiivisesta identiteetistä minän ja toisen, identiteetin ja eron välisenä dialogina tulee lähelle irigaraylaista tulkintaani identiteetistä, jossa keskeistä on erillisyyden ja yhteydessä olemisen itsestään selvä paradoksaalinen yhtäaikaisuus.

Narratiivinen identiteetti välitettynä ei ensisijaista kertomuksen tai päähenkilölle kerrotun identiteetin ykseyttä vaan dialogisen koherenssin, joka tarkoittaa ymmärrettävyyttä ja yhteyttä kuulijaan (ks. edellä 3.3). Elämäntarina on itsessään sekä erottautumisen että yhteyden rakentamisen väline. Sillä tavoitellaan ymmärrystä, mutta samalla sen on oltava riittävän erilainen, riittävän yllätyksellinen houkutellakseen kuulijaa (Linde 1993). Mikä kulloinkin on ymmärrettävää tai odottamatonta, riippuu tilanteesta; sekä ymmärtämisen että yllättymisen toteuttaa lopulta kuulija. Kertomus sijoittuu välitilaan. Kertominen, suullinen ainakin, on vuorovaikutuksellinen tapahtuma, jossa kuulijan tehtävänä on reagoida, osoittaa ymmärtävänsä, myötäillä, kyseenalaistaa – ilman ohjaavaa kuulijaa kertomus ei voi syntyä, sanat eivät saa merkitystä (Bakhtin 1986, 95-100), kertoja ei tavoita ketään vaan joutuu saman hämmennyksen valtaan kuin haastattelemani lääkärit toisinaan haastattelun alussa: *minä en tiedä, mitä pitäisi kertoa*. Pyysin lääkäreitä kertomaan ikään kuin kasvottomalle omaelämäkerran lukijalle, mutta tavallaan kielsin samalla kasvokkaisen kertomisen ominaislaadun, vuorovaikutuksellisuuden, yhteisen kerronnan, minuuden jakamisen. Vastavuoroisuus syntyy siitäkin, miten kuulija tuo oman kertomuksensa, omat tarinansa kohtaamiseen. Hän ymmärtää tai ei ymmärrä omasta sanojen kirjomasta kokemuksestaan käsin. Mukauttaessaan kerrontansa ja identiteettinsä kuulijansa rajoihin kertoja puolestaan tunnustaa toisen erilaisuuden.

Kertomuksen välittämä identiteetti ei synny samastumalla yhteen (sukupuoleenkaan) ja sulkemalla toinen oman itsen ulkopuolelle. Ennemminkin identiteetissä on kyse siitä prosessista, jossa (jokaisen) toisen erilaisuus, jokainen uusi kertomus, saa minut katsomaan uusiin horisontteihin, tulemaan hiukan joksikin uudeksi.

Toisen – miehen tai naisen – täytyy aina ja jatkuvasti *yllättää* meidät, vaikuttaa meistä *uudelta* ja *täysin erilaiselta* kuin millaisena hänet tunnemme tai mitä otaksumme, että hänen tulisi olla. Silloin voimme katsoa toista, pysähtyä katsomaan sitä ja tutkailla ja lähestyä itseämme kysymyksin. *Kuka sinä olet? Minä olen ja minä tulen* tämän kysymyksen ansiosta. (Irigaray 1996a, 93.)

Naisen keskeiseksi tehtäväksi tulee välittää naisen kertomus, naisen henkisyys ja viisaus, myös miehelle. Suhteessa mieheen nainen ei tällöin edusta materiaalista alkuperää, eikä äitiys ole naisen ainoa eikä aina ensisijainen tehtävä. Naiselle mahdollistuu oman erityisyyden – oman kertomuksen ja identiteetin – luominen muutenkin kuin äitiyden kautta. Yksilönkehityksen kertominen uudelleen välittäjiä kautta hyödyttää lopulta myös miestä. Kun hänen identiteettinsä ei enää perustu erillisyydelle, hänelle mahdollistuu suhteen luominen toiseen ilman sulautumisen pelkoa. (Irigaray 2002, 87–91.)

Naisen symbolein kerrottu identiteetti toteuttaa sukupuolen osalta sen, mitä käsittelin Mark Freemanin kautta narratiivisen identiteetin yhteydessä (luvussa 3.7): ero(j)a lähtökohtana. Sukupuoli on Irigaraylle – ja kai itsellenikin – eroista pohjimmaisin, mutta sekin toteutuu jokaisessa miehessä ja naisessa eri tavoin. Saman hellyyden ja herkkyyden tulisi kohdistua ylipäätään eroon minun ja toisen ihmisen, kertojan ja kuulijan, tutkijan ja tutkittavan välillä. Tällöin kuuntelen kertojaa kuten Irigaray toivoo miestä ja naista kuunneltavan: hyväksyen sen, että jokainen kertoo omin (vaikka kulttuurista lainatuin) sanoin, käsittein ja symbolein, oman minuutensa muutoksen tai pysyvyyden kertomuksen, oman ruumiillisen ja henkisen kasvunsa prosessin ja päämäärän (Freeman 1993; ks. Irigaray 1991, 83). Tasa-arvoinen kohtaaminen ja dialogi on mahdollinen vain, jos hyväksyn sen, etten kaikkea edes ymmärrä.

## 4.2 Oma suhteeni kysymykseen sukupuolesta

Irigaray siis ehdottaa kohdun, napanuoran, istukan, huulten symboliikkaa falloksen rinnalle toistamaan naisen ruumiin morfologiaa – symboliksi sille, mikä on välissä ja yhdistää, ei ole yksi eikä kaksi vaan kosketus, kuin huulet. Yhtä aikaa yhteydessä ja erillinen. Irigarayn kirjoituksia on tulkittu äidin ja tyttären preoidipaalisen suhteen ylistyksenä ja yrityksenä palata tähän esikielelliseen tilaan (Whitford 1991, 3). Paluusta kohtuun ei kuitenkaan ole kyse, vaan uuden, vielä koskaan lausumattoman identiteetin rakentamisesta tavalla, joka perustuu yhteyden säilyttämiselle. Kyse on suhteen kielellisestä representaatiosta. (Irigaray 1991, 106; Heinämäki 1997, 98.)

Irigarayta on luettu myös essentialistina, toisin sanoen hänen sukupuolieronsa on ymmärretty naisen ja miehen biologisina olemuksina. Anatomisen ruumiin sijaan hän kirjoittaa kuitenkin elävästä ruumiista ja sukupuolesta elettyinä merkityksinä (Heinämaa 1997, 42). Riippumatta siitä, ovatko mies ja nainen erilaisia enemmän biologiansa vaiko kulttuurinsa vuoksi, kulttuuri ja symbolinen (kielellinen) ovat luoneet ja luovat heidän välilleen hierarkian. Jos lakkaamme pitämästä myyttisen miehen ruumista ja symboliikkaa ainoina

arvokkaan ihmisyyden ja kelvollisen elämäntarinan tunnusmerkkeinä, ihmisyyden ja myös sukupuolikin ehkä avartuvat ja avautuvat uusille mahdollisuuksille ”kaavamaisen ja kivettyneen identiteetin” (Irigaray 1996a, 155, ks. myös Irigaray 1991, 97) sijaan.

Teoriaa, joka kuvaisi naiseksi tulemisen naisisin käsittein, ei ole vielä kulttuuriin kirjoitettu. Tehtävä saattaa olla mahdotonkin: sen lisäksi, että olisi luotava naisen kieli, naisiset käsitteet, olisi – samanaikaisesti – tunnustettava naisten keskinäinen erilaisuus ja muidenkin erojen (ihonvärin, seksuaalisen suuntautumisen jne.) merkityksellisyys subjektin ja kokemuksen synnyttäjinä. Toisaalta jo puhe naisen kielestä luo uudestaan perustavimman kahtiajaon miehiin ja naisiin sen sijaan, että tuon jaon ehdottomuus voitaisiin kyseenalaistaa (Benjamin 1990, 9). Feministiset keskustelut ja teoriat eivät ole ratkaisseet näitä ristiriitaisuuksia, feminismin väistämätöntä paradoksia (ks. Lorber 2000, 86); jotkut keskustelijat korostavat naisen ja miehen sukupuolieroa lähtökohdasta, mutta haluavat ymmärtää eron toisin, ei-dikotomisena, ei-hierarkkisena (kuten Irigaray). Toiset taas puoltavat koko eron keinotekoisuutta ja haluavat ylittää sen (esim. Lorber 2000). Itse olen tutkijanurallani kokeillut molempia ääripäitä. Välillä halusin lukea aineistostani sukupuolta siten, että miehen ja naisen olemassaolo kyseenalaistuu: korostin, että kaikki kertojat kertovat niin miehen kuin naisenkin äänellä. Tutkimusprosessin loppua kohti ajattelen sitten sukupuolierosta paljon suopeammin.

Kiinnostukseni lukea lääkäreiden tarinoista sukupuolta perustuu joka tapauksessa siihen, että ajattelen kulttuurimme tavan ymmärtää sukupuoli itsestään selvästi kaksinapaisena olevan seurauksiltaan ongelmallinen (ks. Frosh 1994, 11), myös lääkärille. Kun ero mielletään symmetriseksi ja navat vastakkaisiksi toisilleen, yksilön on suljettava joitakin mahdollisuuksia ulos itsestään ja tarinastaan varautuakseen riittävän selvästi, kiinnittyäkseen jompaan napaan. Ero ymmärretään vielä eriarvoisuutena. Tasa-arvoideologian Suomeen kasvanut sukupolveni ei kai useinkaan ajattele eriarvoisuuden (enää) koskevan miehiä ja naisia, mutta silti arvostamme niitä ominaisuuksia ja ilmiöitä, jotka kulttuurinen mielikuvituksemme kiinnittää maskuliiniseen: järkeä (enemmän kuin tunnetta), itsenäisyyttä (enemmän kuin riippuvuutta), erillisyyttä (enemmän kuin yhteenkuuluvuutta), henkisyttä (enemmän kuin ruumiillisuutta), edistystä (enemmän kuin rutiinia ja pysyvyyttä).

Tutkimuksellinen tehtäväni feministinä on ensinnäkin vakuuttaa lukijani lääkärin sukupuolta korostavan näkökulman mielekkyydestä ja ajankohtaisuudesta, toisaalta haastaa miehisen ja naisisen toisensa poissulkeva vastakohtaisuus. Haastamisen tarkoitus ei ole hävittää sukupuolta, vaan nimenomaan tarkastella eroa uudelleen: kysyä, miksi puhumme samaa ja *vastakkaista* sukupuolta olevista ilman, että koemme siinä ongelmaa. Olen lukenut aineistoni kertomuksia tavalla, joka korostaa jokaisen identiteetin moninaisuutta:

minä eroan jokaisesta haastattelemastani, mutta jokainen meistä eroaa myös itsestään. Sukupuolten kahtiajaksi ymmärretyen eron molemmat puolet voivat olla läsnä samassa kertomuksessa, samassa kerrotussa lääkärin minuudessa. Kyse ei ole androgyniasta, väittää Barbara Marshall (1991, 186), sillä androgynia korostaa pikemminkin kuin kyseenalaistaa feminiinisen ja maskuliinisen kaksinapaista vastakohtaisuutta. Eron kaksijakoisuuden kriittinen tarkastelu tarkoittaa ennemminkin uteliaisuuden säilyttämistä miehen tai naisen identiteettiä – omaa tai toisen – kohtaan; kumpikaan ei ole itsestään selvä, eikä toisen tunteminen paljasta toista, mies ei ole ei-nainen eikä nainen ei-mies. Utelaisuuden tuloksena ei ole identiteetti, joka on yhtä aikaa mies ja nainen, vaan miehen tai naisen identiteetti, joka jatkuvasti kysyy suhdettaan itseensä, toisiin ja toiseen sukupuoleen ja syntyy vastauksena noihin kysymyksiin. Edelleen dikotomian ylittäminen koskee itseäni tutkijana ja kirjoittajana – oman järkeni ja tunteeni, oman henkisyuteni ja ruumiini, oman itsenäisyyteni ja vastuullisuuteni yhtäaikaaisuutta.

Hierarkian purku sukupuolten väliltä tekee meidät herkemmiksi ja hellemiksi eroille sekä itsessämme että ihmisten välillä, ja tämä on minulle Irigarayn kirjoitusten keskeinen sisältö. Sovellan eron etiikkaa sukupuolten kohtaamisten ohella ihmisten kohtaamiseen ylipäätään, myös tutkijan ja tutkittavan väliin, korostetummin kuin Irigarayta yleensä tulkitaan, mutta uskoakseni kyse on toisin painottamisesta, ei tulkinnasta, joka haraisi irigaraylaista sukupuolieron perimmäisyyttä vastaan (ks. Irigaray 1996b, 35, 61; 2002, 137; vrt. Frosh 1994, 22).

Aineistojani olen pyytänyt ja pakottanut. Olen kysynyt lääkäreiden tarinoista sukupuolta silloinkin, kun kertoja ei ole siihen itse viitannut (Mills 1995, 39), olen lukenut näkymätöntä (Korvajärvi 1998, 44). Jouduin tätä kirjaa kirjoittaessani lukemaan kätkemääni sukupuolta esiin myös omista artikkeleistani. Ensimmäisissä niistä (Löyttyniemi 2000; 2001a,b) viittaankin sukupuoleen vain ohimennen jos lainkaan. Ajattelin sukupuolen kysymystä jo näitä tekstejä kirjoittaessani, mutta olin konstruktionisti puhtaammin kuin nyt: ajattelin, että sukupuolen voi halutessaan vaihtaa ja lopulta unohtaa kertomalla sen toisin, kertomalla oman tarinansa välinpitämättömänä kulttuurin luomalle kahtiajalle miehiin ja naisiin. Artikkelissa, jossa etsin lääkäreiden kertomuksista työttömyydelle annettuja merkityksiä (Löyttyniemi 2001a), valitsin haastatteluesimerkit tietoisesti siten, että ne vastustavat vallitsevaa käsitystä miehen ja naisen tavoista kertoa. Esimerkiksi Lassi pohti haluttomuuttaan etsiä työtä kotipaikkakunnan ulkopuolelta, koska hänen vaimollaan oli pitkäaikainen työpaikka ja Lassia parempi palkka: he tulisivat toimeen taloudellisesti, vaikka Lassi olisi vähän aikaa työttömänäkin. Lassi sanoo näin:

Talous nyt ei oo ihan rempallaan .. et vaikka nyt joutus työttömäksiin eikä ois mitään tuloja niin kyllä mä pärjäisin varmaan vaikka ku--- (naurahdus) aika pitkään. Vaimo on töissä ja hänellä ei o virkaa mutta palkka parempi kun mulla,

ja jatkaa vielä hetken kuluttua,

pistän perheen ja vaimon ja kaikki tosiaan sitten, jos tulee oikeen tosi kyseen, kyllä duunini edelle, ehkä siinä on yks syy et ei sitä oo tullu lähdettyä (..) etsimään työtä mistään tuolta (kauempaa, vl). Toisaalta ei oo ollu vielä sitä tilannetta, että ois sitä valintaa tarvinnu tehdä (koska kotipaikkakunnalla ollut töitä, vl), mutta mää oon kyllä melko varma, että jos ja kun se tulee niin että me asuttas eri paikoissa, niin koska se eii oo täysin välttämättömyys ainakaan toistaiseksi niin siihen nyt varmaan heti mennä.

Vaikka Lassi edellisessä lainauksessa korjaa aikomuksensa sanoa ”vaikka kuinka pitkään” ja vahvistaa vielä naurahduksellaan niin sanomisen epätohdennäköisyyden, ajattelen edelleen, että Lassi kyseenalaistaa vallitsevaa sukupuolijärjestystä, jossa miehen työ yleensä ratkaisee perheen asuinpaikan. Sukupuolieron näkökulma painottaisi esimerkiksi sen ääneen tarkastelemista, miten olemme tottuneet näkemään miehen ja naisen toistensa kääntöpuolina, joista toinen on nurja, toinen oikea. Jos Lassi olisi joutunut valitsemaan työttömyyden pitääkseen perheen koossa, hän olisi tehnyt (kyseenalaisen) ratkaisun, jonka uskoakseni helpommin soisimme naiselle. Ongelmallinen on valintojen arvojärjestys, tappava hierarkia, joka ei kyseenalaistu vain tai ainakaan helposti sillä, että mieskin uskaltaa valita vähempiarvoisen. Nyt sukupuoliero korostavasta näkökulmastani tuon tämän julki sen sijaan, että jättäisin lukijan tehtäväksi huomata Lassin ja muiden siteeraamieni lääkäreiden sukupuolelleen epätyypilliset lausumat.

Minulla on monta tarinaa siitä, miksi olen alkanut pikemminkin korostaa sukupuolta kuin häivyttää sitä – kyse ei ole yhdestä ja selkeästä selityksestä. Turhauduin yrittäessäni ensin kirjoittaa siten, että sukupuolen mainitsematta jättäminen saisi lukijani rikkomaan sukupuolten stereotyyppioita. En ehkä keksinyt oikeaa tapaa, tai sitten kyse on siitä, että voidakseni kommunikoida minun on tehtävä se sanomalla eikä vaikenemalla ja hyväksyttävä sanojen historiallisuus ja myyttinen ulottuvuus. Konstruktionistina hylkäsin nimenomaan nämä merkitysulottuvuudet, sukupuolieron ja dialogisuuden näkökulmasta taas kohdennan niihin, teen historiasta nykyhetkeä ja myyttistä minuuden materiaa. Nyt tuntuu, että näin voin paremmin ’hivuttaa’ merkityksiä.

Osittain sukupuolieron korostukseni selittyy sillä, että kaivatessani uudenlaista sukupuolen käsittelemisen tapaa löysin Irigarayn ja rakastuin hänen tapansa kirjoittaa, hänen kultivoituneeseen ambivalenssiinsa, kuten Elisabeth

Grosz sitä nimittää. Eikä merkityksetöntä ole sekään, että minusta on tuntunut väärältä yrittää hämärtää pienten poikieni sukupuolta. Sukupuolen keinotekoisuuden ja pelkän sosiokulttuurisen taustan korostaminen tuntuisi käytännössä tarkoittavan, etten tunnustaisi lasteni sukupuolta, vaan ajattelisin heidän olevan yhtä hyvin tyttöjä, poikia kuin androgyynejäkin riippuen siitä, miten he itse ja miten toiset heidät eri tilanteissa määrittävät. Sukupuolieron näkökulmasta pojat ovat poikia, jokainen omalla tavallaan. Kulttuuri ja yhteiskunta asettavat odotukset, mutta he voivat leikkiä päiväkodissa prinsessaa poikuitensa kyseenalaistumatta. Tutkimukseeni soveltaen se, että tiedän jonkin lääkärin kertomuksen miehen tai naisen kertomaksi, ei tarkoita, että tietäisin millainen kertoja sukupuolisena on ja miten hän tarinansa kertoo. Hän on minulle aina lopulta mysteeri (Irigaray 1996b, 104).

Feminismi ei ole yksi, eikä sen ehkä tulekaan olla. Ajattelen, että feminismejä, feministisiä keskusteluja, yhdistää ennen kaikkea käsitys, jonka mukaan sukupuoli on olennainen ajatteluamme ja kokemustamme jäsentävä ilmiö, ja nykyisellään tavoilla, jotka eivät ole ongelmattomia tai aitoa tasa-arvoa synnyttäviä. Tavoitteena on muutos, joka tuskin tulee tapahtumaan yhden uuden sukupuolen teorian kautta, vaan vähitellen, hienovaraisena ja hivuttavana näkökulmien kääntämisenä, toisin lukemisena, uudelleen tulkitsemisenä (esim. De Lauretis 1987, 25-26). Kultivoituneena ambivalenssina. Tämä muutos edellyttää joskus naisen erityisyyden korostamista, toisinaan taas sen ylittämistä (ks. Bordo 1993, 37; Salonen 2000). Jos oma lukijani väitöskirjani luettuaan ajattelee, jossakin, joskus, sukupuolesta ja miesten ja naisten erosta hiukan toisin, olen toteutunut feministinä minäkin.

## 5 Lääkäri ja sukupuoli

**K**iinnostukseni lukea sukupuolta lääkäreiden tarinoista voi perustella Omaelämäkerrallisen tutkimuksen ja professiotutkimuksen suunnista. Omaelämäkerrallinen aineisto sinällään kutsuu etsimään erilaisia tapoja ymmärtää tarinan ja kertojan sukupuoli. Jos kieltäydyn hyväksymästä lähtökohdaksi sukupuolen itsestäänselvyyttä, voin esimerkiksi kysyä, miten myyttinen mies ja nainen kulttuurisen kuvaston hahmoina esiintyvät tarinoissa, kussakin miehen tai naisen kertomuksessa. Lääkäriys mahdolluttaa molemmat: lääkäri on yhtä aikaa maskuliininen hahmo rationaalisuudessaan, objektiivisuudessaan, pyrkimyksessään hallita oireita ja sairauksia ja feminiininen hoivaavuudessaan ja empaattisuudessaan (ks. Silius 1995, 57). Esimerkiksi Hilla (ks. luku 3.7) kertoo samassa tarinassa kahdella äänellä. Hän rakentaa uraa lääketieteessä, jonka hän sanoo olevan itselleen omaa, ja arvostaa ominaisuutenaan ja uransa ratkaisuisia itsenäisyyttään. Toisaalta hän kertoo kasvaneensa ihmissuhteista, kuulumisesta, turvasta ja luottamuksesta ja hän sekä kaipaa tätä perustaa elämässään että toteuttaa sitä lääkärin työssään. Jos ajatellaan, kuten (aikaisemmin) omaelämäkertatutkimuksessa on ajateltu, että mies kertoo lineaarista elämän ja uran tarinaa kun nainen taas sitoo itsensä suhteisiin (ks. Hyvärinen ym. 1998), Hillasta tulee ongelma. Jos taas sukupuoli nähdään, kuten identiteetti, moninaisena, jatkuvan neuvottelun kohteena ja tuloksena, Hillan tarina on ehjääkin ehjempi: se sisältää monta mahdollisuutta.

Toinen suunta lähestyä lääkäriyden ja sukupuolen risteystä on ensisijainen kiinnostus lääkäriin. Professionaalinen ura siten, kuin se yleensä ymmärretään, on maskuliininen rakenne; tasaista etenemistä ja nousua, jota eivät katkaise äitiyslomat tai irrationaaliset poikkeamat uralta sivuun (Allen 1987; Davies 1995, 49-52). Yleensä lääkäreitä, heidän uriaan ja jaksamistaan uralla tutkitaan kuitenkin sulkeistaen terveydenhuollon ammattikulttuurien, käytäntöjen ja rakenteiden sukupuolittuneisuus. Professiotutkimuksen valtavirta ei tarkastele sukupuolta, mutta paljastaa sukupuolisokeutensa kuvatessaan ammattikunnan ja sen edustajan miehisin piirtein (Davies 1996; Riska 1993, 2001; Silius 1992, 62-63; Witz 1992, 60). David Allenin (1987) mukaan professionaalisuudelle keskeisen uran käsitteleminen muista elämänalueista irrallisena sfäärinä tekee siitä miehen työn, toisin sanoen vihjaa ääneen lausumatta työn olevan



kutsumus, joka edellyttää toteutuakseen taustalle ydinperheen ja kotiäidin huolehtimaan muusta.

## 5.1 Profession ja sukupuolen risteyksiä

Professiotutkimuksen valtavirran ohessa professioita on käsitteellistetty myös sukupuolen näkökulmasta. Kysymys koskee tällöin sitä, eroavatko miehet ja naiset toisistaan ammattinsa edustajina tai toisaalta sitä, miksi naiset niin helposti jäävät lasikatun alle (Lorber 1993), ammatillisen hierarkian alemmille portaille, uriin, jotka eivät etene. Näitä ammatillisen segregaaation ja hierarkisaation kysymyksiä ovat tahoillaan esittäneet professiososiologit, organisaatiotutkijat ja feministiteoreetikot, mutta usein toisistaan tietämättä ja välittämättä. (Riskä 2001, 9.) Elianne Riskä erittelee professiotutkimuksen teoreettiset suuntaukset funktionalistiseen, interaktionistiseen, uusweberiläiseen, uusmarxilaiseen ja postmoderniin/konstruktionistiseen ja analysoi sitä, miten – jos ylipäättään mitenkään – sukupuolen ja työn organisoinnin suhdetta on näiden suuntausten valossa tarkasteltu tai mahdollista tarkastella. Esimerkiksi funktionalistisen suuntauksen tunnetuin edustaja Talcott Parsons uskoo lääkärin rooliin sosiaalistumisen syrjäyttävän aiemmin omaksutut roolit, myös sukupuolen. Lääkärinä toimivalla ei siis olisi sukupuolta, eivätkä yksityisten elämänalueiden arvot ja normit siirry lääkäriroolin piiriin silloinkaan, kun sama yksilö pyörii molemmissa. (Riskä 2001, 12.) Tämän väitteen pääläelleen kääntäminen on oman tutkimukseni ydin.

Vaikka tunnen itse olevani enemmän kotonani narratiivin ja sukupuolen teorioissa kuin professiotutkimuksen kentällä, tutkin lääkäreitä ja heidän kertomanaan suomalaista lääkäriprofессиota. Riskän nimeämistä viidestä suuntauksesta tunnistan omimmaksi konstruktionistisen lähestymistavan. Siinä professio nähdään tietyllä historian ja kulttuurin hetkellä terveydenhuollon (ja muidenkin yhteiskunnan instituutioiden, esimerkiksi perheen) käytännöissä järjestyvänä kimpuna sosiaalisia suhteita, joissa sukupuolten symboliset merkitykset yhä uudestaan liitetään yksilöihin ja toimintatapoihin. Yleensä liittäminen tehdään tavalla, joka suosii miehistä symboliikkaa.

Konstruktionismini on työni loppua kohden taipunut sellaiseksi, että se painottaa inhimillisen toimijan, lääkärikin, ruumiillisuutta ja sitä kautta väistämätöntä sukupuolisuutta (Löylyniemi 2004). Luce Irigarayn kirjoitusten kautta olen sovitellut ajatteluuni sukupuolieron teoriaa (myös Braidotti 1994; Heinämaa 1996). Sukupuolieron painotus eroaa konstruktionismista, joka sijoittaa sukupuolen kulttuurin merkityksiin ja sosiaalisiin käytäntöihin. Sara Heinämaa lukee Irigarayta fenomenologina ja jatkaa eron teoriaa. Erona

ymmärtäen sukupuolesta tulee ennemminkin yksilöllinen olemisen tapa ja tyyli, joka ilmentää kullekin sopivissa suhteissa maskuliinista ja feminiinistä. Tyylinä sukupuoli on yhtä aikaa ruumiillinen ja kulttuurinen ilmiö. (Heinämaa 1996.) Tyylejä ei verrata miehen tai naisen normiin, vaan pikemminkin jokaista erilaista miestä ja naista ihmetellään yhtenä mahdollisuutena olla sukupuolinen ihminen (Salonen 2000, 156). Keskeinen tavoite on eron ymmärtäminen positiivisena, toivottuna tyylien rikkautena ilman, että erilaiset asetetaan paremmuusjärjestykseen.

Ruumista ja sukupuolieroa painottava tarkastelu myötäilee omaelämäkerrallista menetelmääni siinä, miten se painottaa yksilön ainutkertaisuutta ja erityisyyttä, joka ei kuitenkaan tarkoita riippumattomuutta ympäröivän yhteiskunnan ja kulttuurin symboleista ja merkityksistä. Päinvastoin yksilön ruumis ja kertomus nähdään elettyinä ja omiksi tyylyteltyinä kulttuurin merkityksinä. Sukupuoli toteutuu tässä ruumiin ja kulttuurin kohtaamisessa, ja siinä ruumis tulee eläneeksi todeksi myös sukupuolten merkitysten hierarkian.

Sukupuolieron näkökulma ei kuitenkaan mahdollista yhteiskunnan valtasuhteiden analyysia ja kritiikkiä yhtä helposti kuin puhtaampi konstruktionistinen tarkastelu (Salonen 2000, 158). Sen sijaan (sukupuoli)eron teoria avaa hivelevän mahdollisuuden etsiä eroja, kuunnella ihmetellen lääkärikertojan sukupuolelle yllättäviä työn merkityksiä ja odottamattomia uran kuvauksia. Se sallii erilaisuuden lääkäreiden välillä mutta myös kunkin yksittäisen kertomuksen sisällä. Se sallii erilaiset mieheydet ja naiseudet, mieslääkäriydet ja naislääkäriydet. Parhaimmillaan se auttaa murtamaan luutuneita käsityksiä ja huomaamaan, että käsitykset voi ehkä jättääkin liikkuviksi. Se voi kiepsauttaa totutut arvohierarkiat päälaelleen ja tehdä sitten kyseenalaiseksi erilaisen (urien, identiteettien) arvojärjestämisen ylipäätään, ja tätä kautta avautuu yhteiskunnan muutoksen ja kulttuurin mutaation mahdollisuus (ks. mts. 158; Whitford 1991, 11).

Sukupuolieron teorian ja professionaalisuuden risteykseen jää tutkimuksen pääteltyäni odottamaan teoreettinen lankakori, jonka sisällöstä voisi edelleen kutoa uudenlaista ajattelua professiosta. Lääkäriyden ymmärtäminen tyylinä ja uraerojen tarkastelu niitä hierarkisoimatta korostaisi profession sisäistä moninaisuutta ja erilaisuutta siten kuin esimerkiksi Lea Henriksson (1998; 2001) esittää tarpeelliseksi. Oma tuleva pohdintani ei toteuta puhtaasti sukupuolieron paradigmaa (Salonen 2000), vaan ennemminkin taivuttaa konstruktionistista, kulttuurien, instituutioiden ja identiteettien sukupuolittumisen tarkastelua hetkittäin sukupuolieron suuntaan silloin, kun näkökulma kääntyy yksittäisen lääkärin persoonalliseen tapaan ja tyyliin.

Celia Davies (1996, 663) hahmottaa niitä tapoja, joilla sukupuolta on käsitelty professiotutkimuksessa. Eri näkökulmat mahdollistavat erilaisia kysymyksiä ja vastauksia niihin, eivätkä ne eivät poissulje toisiaan.

1. *Naiset ongelmana*: naisten tyytymättömyys työhönsä tai naisten (liian) pieni tai suuri osuus profession edustajista.
2. *Sukupuoli yksilön määreenä*: sukupuolta tutkitaan empiirisesti tarkastelemalla eroja miesten ja naisten ammatillisissa asenteissa ja toiminnassa. Sukupuolta sinänsä ei problematisoida; miesten ja naisten väliset erot riittävät selittämään itsensä.
3. *Sukupuoli suhteena ja sosiaalisena konstruktiona*: Profession tutkimuksen 'new turn to gender' siirtyy pois päin sukupuoli-ilmion itsestäänselvyydestä. Sukupuolen ymmärtäminen suhteena tarkoittaa sen tarkastelemista kielessä ja sosiaalisissa käytännöissä rakentuvana. Miesten ja naisten sijaan kiinnostus kohdistuu kulttuuriin ja sen sisältämiin maskuliiniseksi tai feminiiniseksi ymmärrettyihin muotoihin. Nämä sukupuolen kuva(ukse)t nähdään resursseina, joista yksilölliset identiteetit, institutionaaliset ja professionaaliset käytännöt rakennetaan. Kyse on usein myös arvottavasta vallasta eli niistä tavoista, joilla nainen/feminiininen asetetaan hierarkiassa alemmaksi. Maskuliinisen ja feminiinisen suhteena syntyvä sukupuoli ei ole koskaan valmis ja lopullinen, vaan sitä joudutaan koko ajan ylläpitämään professionaalilla käytännöllä ja rakenteilla. Sama alttius muutokseen mahdollistaa myös sukupuolen – ja samalla profession – kyseenalaistamisen ja tietoisien muuttamisen.

Kolmannesta, konstruktionistisesta näkökulmasta sukupuolta ei olla, vaan se tehdään: sanaluokkakin vaihtuu substantiivista verbiksi. Identiteetit, organisaatiot ja käytännöt sukupuolittuvat ja sukupuolitaan sanoin, teoissa ja toiminnassa (Korvajärvi 1998). Se, että joku on mies tai nainen, ei kerro, miten hän toimii ja toteuttaa itseään, ja hän voi toimia eri yhteyksissä eri tavoin riippuen siitä, millaiset tyylit eri työ- ja alakulttuureissa hänen sukupuolelleen suvaitaan. Profession miehinen 'master status', toisin sanoen lääkäriin assosioituvien ominaisuuksien miehinen kokonaisuus, sukupuolen mukainen urien eriytyminen ja miesten ja naisten empiirisinäkin eroina havaittavat erilaiset tavat ja tyylit ymmärretään kaikki lääketieteen käytännöissä ja toiminnoissa tapahtuvana sukupuolittamisena (Riskä 2001, 143).

Merja Kinnunen ja Päivi Korvajärvi (1996, 16) esittävät vastaavanlaisen kolmijaon työelämän ja sukupuolen tutkimuksen lähtökohdissa: tutkimuksen kohteena on joko tasa-arvo, naisten toiminta tai sukupuolen tekeminen. Daviesin kolmijaon kahta ensimmäistä kohtaa voi ajatella jakona institutionaaliseen ja individualistiseen selittämisen tapaan (Riskä & Wegar 1993, 78-79). Näistä jälkimmäinen, yksilöllisiä identiteettejä, toimintatapoja ja asenteita tarkasteleva näkökulma, selittää miesten ja naisten keskimääräiset erot yksilöiden (biologisen) sukupuolen mukaisilla mieltymyksillä ja persoon-

nallisuuden piirteillä tai miesten ja naisten kokemilla erilaisilla rooliodotuksilla ja –ristiriidoilla, jotka ovat seurausta heidän sosiaalistumisestaan oman sukupuolensa rooleihin. Ensimmäisessä kohdassa (naiset ongelmana) naisia tarkastellaan joukkona, jossa heidän välisensä erot hämärtyvät mutta jossa on mahdollista tarkastella yhteiskunnallisia, rakenteellisia ja institutionaalisia seikkoja ja epätasa-arvoistavia vallankäytön muotoja siten, kuin ne vaikuttavat naisiin ja miehiin nimenomaan sukupuolensa edustajina.

Kolmannessa kohdassa (sukupuoli suhteena ja sosiaalisena konstruktiona) sukupuoli sijoittuu kulttuuriin, maskuliinisten ja feminiinisten merkitysten kohtaamisiin. Oma tutkimukseni kuuluu pääpiirteissään tähän. Yleisesti ottaen tarkastelen lääkärin sukupuolta ensinnäkin feminiinisten ja maskuliinisten oman elämän kerronnan tapojen suhteena ja toisaalta tekstin ja tutkijalukijan välisenä suhteena. Ajattelen tutkimustani professionaalisenä käytäntönä, jossa profession sukupuolta neuvotellaan. Suhteessa yksilökeskeisten ja institutionaalisten selitysmallien väliseen vaikeasti ylitettävään kuiluun tämä konstruktionistinen lähestymistapa pyrkii rakentamaan siltaa (Wegar 1993, 183-184). Kuten olen pohtinut narratiivisen identiteetin yhteydessä, niin naisten kuin miestenkin toiminnassa ja ratkaisuisissa on kyse yhtä aikaa yksilöllisistä valinnoista ja vapaudesta sekä siitä prosessista, jossa yksilön identiteetti, kertomus, päämäärät ja motiivit syntyvät hänen sijoituessaan kulttuuriin ja kiinnittyessään yhteiskunnan rakenteisiin ja instituutioihin. Yksilö, mies tai nainen, synnyttää itsensä siitä, mikä on hänelle mahdollista. Sukupuolen tarkastelu suhteena tarkastelee sukupuolen synnyttämisen tapahtumaa.

Sukupuolen ymmärtäminen suhteena ja toimintana avaa tutkimuksellisen mahdollisuuden tulkita ja lukea sukupuolisensitiivisesti paitsi empiirisiä aineistoja myös muita tutkimuksia ja teorioita (Korvajärvi 1998, 13). Luce Irigaray kohteli siten psykoanalyttista yksilönkehityksen teoriaa, kysyen, miten teoria tulee tuottaneeksi sukupuolta ja myös visioiden muutoksen mahdollisuutta. Itse luen seuraavassa sukupuolittaan lääkäreitä koskevaa lähdekirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia. Käytän jakona Daviesin edellä esitettyä kolmijakoa, mutta käsittelen rinnan sekä sellaista tutkimusta ja kirjallisuutta, jossa teemana on nimenomaan sukupuoli, että sellaista, jossa sukupuoli on vain yksi taustatekijöistä. Jälkimmäisessä tapauksessa korostuu se, miten minä teen sukupuolta lukemalla sitä tekstistä, jossa se on läsnä vain implisiittisenä, hiljaa. Itse ajattelen sukupuolta tekoina ja arvioin muitakin tutkimuksia omasta näkökulmastani. Pohjimmiltaan kyse on silti erilaisista tavoista käsittää, käsitellä ja käsitteellistää sukupuoli-ilmiötä, eikä niitä voi eikä tule asettaa paremmuusjärjestykseen muutoin kuin suhteessa tutkijan kysymykseen.

## *Institutionaalinen näkökulma suomalaiseen naislääkärikuntaan*

Kun näkökulma on instituutioissa ja rakenteissa, selityksiä sukupuolten työnjälle etsitään historiallisista kehityskuluista ja yhteiskunnallisista ideologioista ja normistoista, jotka mahdollistavat, ohjaavat ja pakottavat yksittäisen lääkärin uran ja elämän valintoja. Esimerkiksi Intiassa naisten pääsyn lääkärin ammattiin avasi alun perin tiukka uskonnollinen säädös, joka kielsi naispotilaalta mieslääkärin (Chidambaram 1993). Suomessa naislääkärien määrä lisääntyi toisen maailmansodan myötä, kun rintamalla olevien miesten sijaan opiskelemaan hyväksyttiin aiempaa enemmän naisia (Riskä & Wegar 1993, 82).

Naislääkärien osuuden lisääntyminen lääkärikunnasta on saanut muun muassa Elianne Riskan (2001; Riskä & Wegar 1993) kysymään, miten naisistuminen muuttaa professiota – humanistivatko naiset lääkäriyttä vai toteuttavatko he naiseuttaan ohjautumalla tietynlaisille, usein vähäistä (arvo)valtaa nauttiville urille. Naisten osuus kasvaa samanaikaisesti, kun lääkäriprofession asema muuttuu ja on esitetty tulkintoja profession menetetyistä valta-asemasta. Naislääkärien historiallinen tarkastelu toimii linssinä, jonka läpi näitä muutoksia voi tarkastella ja ymmärtää (Riskä 2001, 4). Rakennan seuraavassa lyhyehkön historiallis-institutionaalisen kuvauksen suomalaisista naisista ja lääkärikunnasta; itselleni oli oivalluksen paikka huomata, että omasta aineistostani ja omasta kokemuksestani tuttu naisen paikkaa koskeva ideologinen dilemma (oman uran itsestäänselvyys vs. äidin vastuu) ei ole pelkästään nykyajan ilmiö, vaan sillä on suomalais-historialliset juuret.

Valitsin tietoisesti *naislääkärit* linsiksi, jonka läpi katson terveydenhuollon ja yhteiskunnan instituutioihin. Ratkaisu on sikäli ongelmallinen, että se synnyttää uudelleen sukupuolettoman miehen illuusion: kysymys *sukupuolesta* kääntyy kysymykseksi *naisista*. Profession ja sukupuolen merkityksiä voisi miettiä myös kuulostellen, miksi koko kysymys *mieslääkärikunnasta* sekä miesten yhä suuresta osuudesta ja sen seurauksista tuntuu oudolta ja tarpeettomalta – ehkä se olisi tarpeellista esittää juuri siksi? Toivon, että kun myöhemmin siirryn tarkastelemaan lääkärin sukupuolta kulttuurisina ja omaelämäkerrallisina merkityksinä haastatteluaineistossani, onnistun esittämään kaksi sukupuolta. Profession tutkimukseen sukupuolen näkökulma on tullut kysymyksenä naisten asemasta historiallisesti miesten hallitsemassa ammattikunnassa, ja tämän institutionaalisen näkökulman suomalaiseen lääkärikuntaan esitän myös tässä.

Kysymys siitä, onko naisten osuuden kasvu muuttanut professiota ja jos niin miten, on erityisen kiinnostava juuri Pohjoismaiden historiallisen tarkastelun vastattavaksi, sillä täällä naislääkäreiden osuus on suuri. Suomessa

naislääkäreitä oli 21 % lääkärikunnasta vuonna 1950, ja määrä on noussut 1970-luvulta lähtien jyrkästi ja on nyt (vuonna 2002) 49 % (Riska 2001, 65; www.laakariliitto.fi). Määrällisestä tasapainosta huolimatta naisten ja miesten suuntautuminen lääketieteen eri sektoreille on säilynyt, mikä on sekä segregaatoin että hierarkian kysymys: erikoisaloittain tapahtuvan eriytymisen ohella eroa on myös urien etenemisessä siten, että sekä hallinnossa, tutkimuksessa että koulutuksessa miehet ovat paremmin edustettuina korkeissa viroissa, naiset taas alemmissa. Lasikatto näyttäisi kattavan myös suomalaisen lääketieteen ja terveydenhuollon organisaation (Riska 2001, 70). Toisaalta voi kysyä, eikö tässä professiososiologisessa tarkastelussa samalla rakenneta arvojärjestys siten, että naisvaltaiset erikoisalat nimitään vähempiarvoisiksi ja hierarkiassa ylös pyrkivä ura normiksi. Esimerkiksi yleislääketieteen matala status ei lääkäreiden keskuudessa ole yksiselitteinen (ks. Hyppölä 2000, 66). Haastattelemistani lääkäreistä moni sulki yleislääketieteen pois tietoisena ratkaisuna ennen kaikkea sen laajuuden ja vaativuuden vuoksi. Alojen hierarkkinen järjestäminen monimutkaistuu myös silloin, kun arvoa mitataan rahalla, sillä etenkin nuoren lääkärin säännöllisen työajan ansiot ovat terveyskeskuksessa paremmat kuin erikoistuvalla sairaalakollegalla (SLL 2003).

Riskan (2001) keskeinen väite on, että naislääkärien asema on historiallinen prosessi, jota on tarkasteltava osana lääketieteen, terveydenhuollon ja profession muuttumista ja erilaisia yhteiskuntajärjestelmiä vertaillen: terveydenhuoltojärjestelmä ja myös sukupuolten suhteita määrittävä sukupuolijärjestelmä vaihtelevat maittain. Esimerkiksi puhe menetetyistä professionaalista autonomiasta tai proletarisoitumisesta (ks. Murphy 1990) kaikkua eri tavoin suomalaisessa ja amerikkalaisessa keskustelussa, sillä Suomessa (ja muissakin Pohjoismaissa) lääketieteen käytäntö on alusta asti rakentunut julkisen sektorin varaan. Sen sijaan Yhdysvalloissa suunta 1800-luvulta nykypäivään on ollut yksityisyrityksyydestä kohti järjestelmää, jossa lääkärit ovat palkattuina työntekijöinä ja taloudellisesti ja hallinnollisesti profession ulkopuolisista tahoista riippuvaisia. Suomessa palkollisen status merkitsi lääkärille varmuutta toimeentulosta jo 1800-luvun lopulla, kun ensimmäiset naiset astuivat ammattikuntaan, vaikka naisille julkisen sektorin virat olivatkin vuoteen 1925 saakka sallittuja vain poikkeusluvalla.

Suomalainen lääkärikunta on muodostunut ja sukupuolittunut nykyisellelleen osana hyvinvointivaltion rakentamisen projektia (Riska 2001). 1960-luvun yhteiskunnallisesta murroksesta lähtien virallinen ideologia on puoltanut sukupuolten tasa-arvoa, ja naisten kouluttautumisesta ja työssäkäynnistä on tullut normaali käytäntö, jota tuetaan työn ja perheen yhdistämisen mahdollistavilla palveluilla ja lainsäädännöllä (Julkunen 1994). Suomessa ja muissa Pohjoismaissa naiset eivät mielläkään perhettä työssäkäynnin ja uran ehdot-

tomana esteenä, mikä osaltaan selittää naislääkärien suurta määrää (Riska 2001, 129).

Hyvinvointivaltion rakentamiseen liittyi myös vuoden 1972 Kansanterveyslaki ja sen painotus perusterveydenhuoltoon, ja uusissa terveyskeskuksissa avautui työtilaisuuksia nuorille lääkäreille, joista naisia on ollut suhteellisesti suuri osa. Naisille perusterveydenhuolto tarjosi työympäristönä suhteellisen epähierarkkisen vaihtoehdon sairaaloille, joiden organisaatio oli jyrkän hierarkkinen ja maailma miehinen (Riska 2001). Tällä hetkellä terveyskeskuksissa työskentelevistä lääkäreistä naisia on 60 % ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä tasan puolet ([www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi)), joskin jälkimmäinen osuus lienee nousussa, sillä yleislääketieteen erikoisalakseen valinneista nuorista lääkäreistä naisia on enemmistö (Hyppölä 2000, 48). Terveyskeskusta ei silti tule tarkastella vain naisisena työympäristönä, jota luonnehtivat ”vähäinen ammatillinen autonomia, työn rutiininomaisuus, matala palkka ja matala professionaalinen status” (Riska & Wegar 1993, 84). Päinvastoin omien haastatteluittenikin perusteella nuori lääkäri, niin mies kuin nainenkin, arvostaa terveyskeskustyössä nimenomaan mahdollisuutta itsenäiseen ja monipuoliseen työhön. Isobel Allenin brittiläisiä koskevassa tutkimuksessa nuoret lääkärit sukupuolesta riippumatta saattoivat valita yleislääketieteen ennen kaikkea välttääkseen sairaalamailman hierarkian ja kilpailuhengen (Allen 1988, 100). Terveyskeskustyön kääntöpuolena ovat sitten rutiinien, työmäärän ja vastuun liiallisuus silloin, kun työn organisointi ontuu (ks. Vehviläinen ym. 2003).

Toisaalta hyvinvointivaltion rakentaminen loi työmahdollisuuksia naisille muuallakin kuin lääketieteessä. Vaikka hyvinvointivaltioprojekti vakiintui varsinaisesti vasta 1960-luvulla, sitä pohjustavia ratkaisuja tehtiin sotien aikaan 1940-50-luvuilla, jolloin suomalaista terveydenhuoltoa jo luonnehti kehittynyt avoterveydenhuolto (Henriksson 1994, 100). Palkkatyöäitiyden normia edeltävä sukupuolten yhteiskunnallis-ideologinen työnjako korosti naisten yhteiskunnallista äitiyttä (Rantalaiho 1994). Kun sosiaali- ja terveystyöhön tarvittiin erilaisia hoitoalan ammattilaisia, siinä nähtiin naisille haastava työkenttä, jossa äitiyttä saattoi toteuttaa. Sodan jälkeenkin hoitotyön ammatillistuminen on rakentunut (perhe)ideologialle, jossa ammatillinenkin hoivatyö nähdään naisille kuuluvaksi. (Henriksson 1994.) Toisaalta ammattikuntien rajat neuvotellaan aina suhteissa toisiinsa (Abbott 1988). Terveys- huollossa eri ammattiryhmien työnjako tuli toistamaan ydinperheen suhteita, joissa sairaanhoitajuus samastetaan perheenäidin hoivatyöhön ja lääkäri on miehinen auktoriteetti (ks. Davies 1995). Norjalaisessa tutkimuksessa (Gjerberg & Kjølørød 2001) ja myös omassa haastatteluaineistossani niin nais- kuin mieslääkäritkin tunnistivat yhä tämän perherakenteen ja odotuksen siitä, että lääkärin ja hoitajan suhde on kuin miehen ja naisen. Etenkin *nuori* naislääkäri tulee helposti kohdeksi eri tavoin, vaikka hierarkkinen perhemalli lieneekin

murtumassa tai ainakin monimerkityksistymässä vähitellen tasaveroisuuteen perustuvan tiimityön myötä (Lindgren 1999, 4. osa). Sukupuolisokeat profesioiteoriat ovat joka tapauksessa pitäneet lääkärin ja hoitajan sukupuolijakoa luonnollisena, feministinen kritiikki on puolestaan kyseenalaistanut luonnon selitysvoinman ja toisaalta teorioiden väheksyvän asenteen hoivaan (Henriksen 2000, 97).

Terveydenhuollon sukupuolen mukaisesti jakautuneilla työmarkkinoilla 'naisistunut' lääkärinkunta on poikkeus säännöstä. Alkujaan naiset päästettiin reilut sata vuotta sitten lääkäreiden ammattikuntaan, joka Suomessakin oli konkreettisesti miesten maailma ja jonka perustana oli tieteellisen tiedon parremuus ja ammattitaidon erityisyys suhteessa naisten harjoittamiin perinteisiin parantajan tai kättilön ammatteihin ja myöhemmin naisten miehittämiin hoiva-alan ammatteihin (ks. Henriksson 1998, 122-123). Naislääkäri astui ikään kuin (vajaaksi) mieheksi miehen paikalle, ja aluksi naislääkäri saikin hoitaa vain naisia ja lapsia (Riskä & Wegar 1993). Nykyisetkin naislääkärit vastaavat sukupuoltaan koskeviin odotuksiin lääkäreinä sikäli, että he miehiä useammin suuntautuvat ns. feminiinisiä ominaisuuksia hyödyntäville aloille, esimerkiksi lastenpsykiatriaan ja lastentauteihin. Näiden lisäksi vuoden 2003 alussa suomalaisten työikäisten lääkäreiden erikoislääkärinoikeuksista oli yli puolet naisilla geriatriassa, ihotaudeissa, keuhkosairauksissa, naisten-taudeissa, nuorisopsykiatriassa, psykiatriassa ja syöpätaudeissa (ja muutamalla pienemmällä alalla). Yleislääketieteeseessä naisia oli tasan puolet. ([www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi).)

Pohjoismainen tasa-arvoajattelu muuntuu työelämässä sukupuolineutraaliuden normiksi (Korvajärvi & Kinnunen 1996, 236). Ammatillisuutta ajatellaan sukupuolettomana tai ainakin sukupuoli pannaan merkille vain satunnaisesti. Asiat ovat kiinni itsestä, ei sukupuolesta. Vain kodin yksityisessä maailmassa sukupuoli nimeää miesten ja naisten työt, riippumatta siitä, kuka ne työt tekee. Sukupuolineutraaliuden verho peittää kuitenkin sen, että erilaisiin töihin ja paikkoihin kiinnitetään mielikuvia paikan täyttäjistä, jolla usein on kuvissa tietty sukupuoli (mts.). Toisaalta 'naisten työt' kuuluvat edelleen useammin naisille myös kahden palkansaajan perheissä: Liisa Rantalaiho (1994, 25) lainaa Joan Ackerilta 'hiljaisen kompromissin' ajatuksen siitä, että päävastuu kodista ja perheestä on palkkatyöäidinkin harteilla. Kompromissin tekevät myös suomalaiset naislääkärit sekä Suomessa (Töyry ym. 1997) että muualla: lastenhoidon ensisijaisen vastuun normittaminen äidille ohjaa brittiläisten naislääkärien uria aloille, joilla työmäärän säätely on helpompaa mutta joilla myös etenemismahdollisuudet ja arvostus ovat olemattomat verrattuna perinteeseen (ja jäykkään brittiläiseen) sairaalauraan (Elston 1993). Ymmärrys vanhemmuudesta kuitenkin elää ja muuttuu. Englannissakin yleislääketieteeseen



suuntautuvien miesten määrä on kasvussa, ja he perustelevat valintaa muun muassa mahdollisuudella järjestää enemmän aikaa perheelle (Allen 1988).

Nancy Chodorowin (1978) mukaan länsimaisen yhteiskunnan perusrakenteena on jako yksityiseen ja julkiseen sfääriin, toisin sanoen jako kotiin ja kodin ulkopuoliseen yhteiskuntaan (ks. myös Eräsaari ym. 1995; Korvajärvi & Kinnunen 1996). Kahtiajako toistaa sukupuolijärjestystä, jossa naisen ensisijainen paikka on yksityisessä, kodin piirissä, ja mies taas kuuluu yhteiskuntaa rakentamaan. Kahtiajakoinen yhteiskunta ei Chodorowin mukaan muutu (vain) yksilöiden valitessa toisin: vaikka laadittaisiin lakeja tasa-arvon puolesta ja järjestettäisiin naisille mahdollisuus lähteä kotoa työelämään ja vaikka miehet jäisivätkin useammin kotiin lapsia hoitamaan, kodin ja kodin ulkopuolisen vastakohtaisuus ja –hankaisuus säilyy. Sitä toistaa niin työelämä kuin pienten lasten vanhemman syyllisyydellä silattu kokemuskin. Chodorowin ratkaisu on silti jaetussa vanhemmuudessa, joka murtaisi seuraavan sukupolven psyyken rakenteissa naisen ja hoivan assosiaation.

Suomessa nykyaikaistuva yhteiskunta ei rakentunut eurooppalaisittain kovin ehdottomalle yksityisen ja julkisen kahtiajaolle, jossa naisen paikkana olisi koti ja miehen kotina julkinen sfääri. Suomi tarvitsi myös naiskansalaisiaan kansakunnan rakentamisen projektissa. Kotiäitiyskään ei ehtinyt vakiintua käytäntönä, vaikka sen asema ideologisesti onkin ollut Suomessa vahva (Rantalaiho 1994, 21). Suomalaiselle sukupuolimallille onkin ehkä ominaisempaa ristiriitainen suhde naisen paikkaan eli palkkatyön tavoittelun ja äitiyden ylevöittämissä yhtäaikaisuus (Julkunen 1994, 182; Anttonen 1994). Joka tapauksessa 1960-70-lukujen murroksesta peräisin oleva suomalainen ideologinen sukupuolisopimus siirsi ensimmäisen kerran sopimusvastuuta ja hoivavastuuta perheestä ja lapsista myös miehelle. Käytännössä uudistus tarkoitti lähinnä naisen lisääntyneitä mahdollisuuksia yhdistää työ ja perhe (Julkunen 1994).

Itselleni keskeistä institutionaalis-historiallisessa tarkastelussa on ollut hämmennyksen huomata, miten erilaiset ja historian eri vaiheisiin viittaavat ideologiat ja itsestäänselvytykset on kovin helppo tunnistaa. Ne kiinnittyvät instituutioihin ja rakenteisiin mutta ovat tarttuneet myös minuun, lääkäriyteeni ja elinpiiriini. Ne elävät minussa rinnakkain, ja seuraavissa alaluvuissa palaan tutkimusaineistoihini väittäkseni, että ne elävät myös haastattelemissani lääkäreissä. Tunnen yhtä aikaa tasa-arvon ja sukupuolineutraaliuden ja toisaalta naisisen hoivaamisvietin luonnollisuuden argumentoivat voimat. Minulle on kirkasta ja selvää se, että voin – ja minun ehkä myös kuuluu, etenkin kun olen yhteiskunnan kalliisti kouluttama – tehdä omakseni ja tärkeäksi kokemaani työtä, mutta samanaikaisesti lastenhoidon järjestämisen päävastuu ja siivottoman kodin häpeä on minun, ei miehen. Naiset joustavat tai muovaavat uraansa lastenhoidon vuoksi; miehen työ on se, joka sijoittaa perheen. Olen oppinut,

ettei lääkärin sukupuoli pitäisi olla merkitystä hänen ammatilliselle arvoleen, ja silti tuntuvat tutuilta haastattelemieni nais- ja myös mieslääkäreiden kokemukset siitä, ettei potilas tai sairaanhoitaja pidäkään lääkärinä naista, nuorta naista vallankaan. Sukupuolen(i) perimmäinen olemus ei löydy siivoamalla tätä ideologista sekamelskaa, vaan sukupuoli on tuo sekameteli: alati ambivalentti, ristiriitainen, erilainen, loputtoman neuvottelun aihe.

Institutionaalinen näkökulma näyttää, miten yhteiskunnan ja terveydenhuollon rakenteet ja ideologiat kohtelevat kutakin naista yhtenä naissukupuolen edustajana. Rakenteiden näkökulma osoittaa epätasa-arvon mekanismeihin, mutta se on sokea hänen omalle tavalleen ja tyyliin olla nainen. (Epä)tasa-arvon kysymystä voi lähestyä toisestakin suunnasta. Eron näkökulma saa miettimään kriittisesti myös itse uran ajatusta, jolloin ongelmalta ei enää näytä niinkään naisten juuttuminen vähemmän arvostetuille aloille ja naisiksi määritettyihin työnkuviin, vaan ongelma on hierarkia itse: miksi oikeastaan on arvokkaampaa edetä ja päästä pitkälle urallaan, eikö yhtä arvokasta vaikka erilaista työtä tee yleislääkäri, joka vuodet ja vuosikymmenet kulkee potilaittensa rinnalla ja kuuntelee vaivoja, jotka eivät useinkaan ole sankarillisesti parannettavissa? Miksi pitäisi arvostaa vain suuria tekoja ja edistystä, kun tarvitaan myös kykyä olla ja pysähtyä kuuntelemaan? Eikö naisten urien pysähtyneisyyden ongelmaksi nimeäminen itse asiassa pönkitä hierarkkista sukupuolieroa – samalla, kun se nostaa keskusteluun tärkeän ja monia naisia koskevan rakenteellisen syrjinnän ongelman?

## *Sukupuoli yksilön määreenä*

Sukupuoli on itsestään selvä kategoria, jonka mukaan yksilöt tutkimuksissa jaetaan usein edes miettimättä jaon perusteita. Aina havaittuakaan sukupuolieroa ei tule pohdituksi. Esimerkiksi Katja Rynänen (2001; ks. tämän kirjan luku 2.5) tutkimista lääketieteen opiskelijoista miehet tunnistivat naisia useammin omaksi identiteettisanakseen rationalistin, naiset puolestaan humanistin, mutta huolimatta kulttuurisesta orientaatiostaan Rynänenkään ei pohdi eroa enempää. Koska oma mielenkiintoni kohdistuu nimenomaan sukupuoleen monisyisenä ja ambivalenttina ilmiönä ja suhteena, en helposti tyydy pelkkään empiiristen erojen toteamiseen: jos havaittua eroa ei kiinnitetä sen tuottaneeseen tutkimusprosessiin ja laajempiin kulttuurisiin yhteyksiinsä, se helposti luonnollistuu. Arvioin seuraavaksi tästä omasta, sukupuolen keskeisyyttä ja kulttuurisuutta korostavasta näkökulmastani käsin joitakin aiempia tutkimuksia, joissa lääkärin sukupuolta on tarkasteltu yksilön määreenä.

Suomalaisia nuoria lääkäreitä on tutkittu laajasti ja kattavasti kyselytutkimuksella, joka on toteutettu neljästi vuosina 1988, 1993, 1998 ja 2003 (Kataja

1989; Virjo 1995; Hyppölä 2000). Sukupuoli ei ollut varsinaisesti tutkimuksen kohteena, mutta esimerkiksi Lääkäri 98 –tutkimuksen loppuraportissa (Hyppölä 2000) tarkastellaan sukupuolen mukaisia eroja erikoistumissuunnitelmissa ja ammatti-identiteetissä. Miehet kokivat useammin olevansa teknikoita, parantajia, yrittäjiä, tutkijoita ja johtajia, naiset puolestaan kutsumuslääkäreitä, terveyskasvattajia, lohduttajia, kuuntelijoita ja sosiaalisen työn tekijöitä. Ero todetaan merkittäväksi ja mielenkiintoiseksi, mutta sitä ei pohdita enempää. Ero ikään kuin riittää selittämään itsensä, sen, että miehet ja naiset kokevat ja ilmaisevat identiteettinsä keskimäärin eri tavoin. Mitä tämä tieto eroista tarkoittaa, miten se tulkitaan, mistä se johtuu ja mitä siitä seuraa, ovat kysymyksiä, joita ei kysytä. Tässä mielessä – oman sukupuolta problematisoivan tutkijuuteni näkökulmasta – kysyminen loppuu siinä, missä sen pitäisi alkaa (Code 1993, 30).

Vuonna 1997 tehtiin kyselytutkimus (Töyry ym. 1997) suomalaisten lääkäreiden työoloista, terveydentilasta ja terveyskäyttäytymisestä. Tässä tutkimuksessa sukupuolen näkökulma oli mukana tutkimuskysymyksenä, joka koski ”sukupuolieroja lääkärin työhön sijoittumisessa, urakehityksessä, stressin lähteissä ja perherakenteen vaikutusta näihin seikkoihin”. Työnkuivissa todettiin eroja miesten ja naisten välillä. Naiset muun muassa ilmoittivat miehiä useammin tärkeimmäksi stressin aiheuttajaksi työn ja perheen yhteensovittamisen, ja naiset olivat myös selvästi miehiä useammin tehneet kompromisseja joko perheen tai työn hyväksi rajoittamalla lasten lukumäärää, työskentelemällä osa-aikaisesti tai luopumalla koulutusmahdollisuuksista perheen vuoksi tai työpaikasta aviopuolison työn vuoksi. Tutkimuksen verkkojulkaisu on taulukkoraportti, jossa tulokset on esitetty taulukoiden lisäksi niitä kommentoivina lyhyinä tekstiosioina; pohdintaa raportti ei sisällä – mutta sisältääkö se lopulta tuloksiakaan? Tarkoitan kysyä, mitä oikeastaan ymmärretään tutkimuksen tuloksilla ja voiko niitä irrottaa pohdinnasta. Jos tutkimuksen tuloksina mielletään kaikki se, mitä tutkija aineistonsa perusteella päättelee ja mitä päättelyistä seuraa lukijan tavalle ymmärtää tutkimuksen kohteena ollutta ilmiötä tai konkreettisille tavoille puuttua ilmiöön, pelkät prosenttiosuudet eivät tahdo riittää tuloksiksi. Ainakin sukupuolen monimutkaisen ilmiön osalta ’tulos’ on erinäköinen riippuen siitä, tulkitaanko naisten perhesidonnaisuus yksilöiden luonnolliseksi valinnaksi, yhteiskuntaan rakentuneeksi pakoksi vai sukupuolen ilmentymäksi tietyssä kulttuurisessa kontekstissa tai tulkitaanko ongelmaksi naisten suurempi perhevastuu vai siitä seuraava stressi.

Suomen Lääkärilehdessä samasta kyselytutkimuksesta julkaissussa artikkelissa kirjoittajat (Töyry ym. 1999) pohtivat sitä, miten havaitusta työn ja perheen naisisesta stressistä huolimatta naislääkäreiden keskinäisessä vertailussa stressioireita ja uupumusta oli vähemmän, jos lääkärillä oli lapsia. Kirjoittajat arvelevat tämän viestivän muutoksesta, jota naisistuminen

tuo lääkäreiden työskentelytapoihin. Tämän tulkinnan sävy vihjaa naisisen tavan arvokkuudesta, mutta toisaalta tekee tyhjäksi havaitun sukupuolieron ongelmallisuuden tai tarpeen puuttua naisten tekemään 'hiljaiseen kompromissiin' (ks. sivu 143). Naisen perhevastuu luonnollistuu, mutta yleisemmin: sukupuoli tutkittavana ilmiönä on hankala juuri siksi, että jokainen tulkinta tuo mukanaan omat ongelmalliset seurauksensa. Ehkä ilmiötä pitääkin juuri siksi koko ajan pyörittää?

Tämän jakson aluksi mainitun laajan kyselytutkimuksen ensimmäisen kierroksen, Nuori lääkäri -tutkimuksen (Kataja 1989), aineistoa on tarkasteltu myös sukupuolen näkökulmasta (Neittaanmäki ym. 1993; 1994). Kirjoittajien lähtökohtana on paradoksi sukupuoliroolien ja professioiden sukupuolirakenteen ajattelun pysyvyyden ja toisaalta lääkärikunnan naisistumisen välillä, ja heitä kiinnostavat kyselytutkimukseen vastanneiden nuorten mies- ja naislääkäreiden kotitaustat ja erot ammattiin hakeutumisen syissä. Naiset ilmoittivat miehiä useammin ammatinvalintansa selitykseksi kutsumuksen, koulumenestyksen ja kiinnostuksen ihmiseen. Hyvä palkka, ammatin arvostus ja lääkäri lähisuvussa puolestaan olivat perusteluina miehillä naisia useammin.

Kirjoittajat näkevät omaksutut sukupuoliroolit yksilön ratkaisujen taustalla. He pohtivat lopuksi sitä, mikä on naisistuvan lääkärinammatin tulevaisuuden suunta; säilyykö sukupuolirooleihin perustuva työnjako ammatin sisällä, käyttävätkö naiset ammatin suomat mahdollisuudet hyväkseen ja muuttavatko he professiotaan? Toisin sanoen kysymys on lopulta siitä, kuinka pysyviä tämänhetkiset sukupuoliroolit ovat yksilön identiteetteinä ja sukupolvesta toiseen. Artikkelissa viitataan sukupuoliroolien mukaisen työnjaon oletettuun pysyvyyteen (Neittaanmäki ym. 1994, 244), mutta pysyvät roolit lähtökohtana ei jätä kirjoittajille oikein tilaa edes tarkastella naislääkäriin paradoksia, miesten tai naisten keskinäisiä eroja tai tulevan kehityksen suuntaa. Muuttumattoman roolin käsite ei selitä muutosta.

Chambers & Campbell (1996) tekivät kyselytutkimuksen brittiläisistä yleislääkäreistä selvittääkseen sukupuolten välisiä eroja työtyytyväisyydessä ja työsitoumuksissa. Myös heidän kysymyksensä koskee lopulta ammattikunnan tulevaisuutta naislääkärien määrän lisääntyessä. Kyselyn perusteella naiset saivat miehiä enemmän tyydytystä työssään potilassuhteista ja toisaalta tekivät työtunteja vähemmän, koska päävastuu omien lasten hoidosta oli heillä. Voisi siis sanoa, että myös tässä tutkimuksessa naislääkärit toteuttivat myyttistä naiseuttaan – tai rakensivat vastauksissaan myyttiä myötäilevän kuvauksen itsestään. Kirjoittajat pohtivat lopuksi selitystä havaitsemalleen sukupuolten erolle. He esittävät vaihtoehtoisina selityksinä henkilökohtaiset mieltymykset ja perinteiset roolit ja sanovat suosivansa näistä ensimmäistä: jos kyse lopulta on jokaisen omista valinnoista, tyytyväisyys edellyttää, että kaikille annetaan mahdollisuus kehittää itseään omien mieltymystensä mukaisesti.

Kirjoittajat tulkitsevat sukupuoliroolit eräänlaisena yksilön ulkoisena pakkona, joka pahimmillaan estää toteuttamasta omia mieltymyksiä. Heille sosiaalinen ja yksilöllinen näyttävät olevan kaksi toisistaan erillistä maailmaa, eikä yksilöllisillä toiveilla näin ollen olisi sosiaalista alkuperää sen paremmin kuin sosiaalisilla roolipaineilla ideaalitalanteessa pääsyä yksilön kokemusmaailmaksi. He eivät esitä kysymystä siitä, mistä havaitut erot mieltymyksissä ja arjen järjestelyissä juontuvat, jos selitys on yksilöllinen ei-sosiaalisen merkityksessä, mutta käsittääkseni taustalla on tällöin jonkinlainen luonnollinen ero miehen ja naisen orientaatioissa. (Eikö silloin ole lähellä ajatus, jonka mukaan perheellisen naisen halu töihin ja lääkäriksi on aina pyrkimistä pois päin siitä, mikä olisi luonnollista?) Oman tutkimukseni johtoajatuksena on yksilöllisen ja sosiaalisen välisen rajan läpäisevyys ja toisaalta sukupuoli ilmiönä, jossa luonnollinen, kulttuurinen, yksilöllinen ja sosiaalinen ovat läsnä yhtä aikaa. Myytit ja sosiaaliset odotukset ilmenevät myös henkilökohtaisina mieltymyksinä ja vastenmielisyyksinä (vrt. Ronkainen 1999, 63), ja tästä näkökulmasta yksilön ja sukupuolia koskevien yhteisöllisten odotusten jyrkkä erottaminen johtaa helposti ajatukselliseen umpikujaan.

Elisabeth Gjerbergin norjalaisia lääkäreitä koskevan tutkimuksen olisi voinut sijoittaa myös edellisen, institutionaalisen näkökulman otsikon alle. Gjerberg (2002a) korostaa kuitenkin kummankin näkökulman, rakenteellisen ja yksilöllisen, riittämättömyyttä yksinään ja yhdistää ne omassa tarkastelussaan. Hän on kiinnostunut selittämään sitä, miksi miehet ja naiset eroavat erikoisalavalinnassaan: valtaosa norjalaisista lääkäreistä erikoistuu, mutta vaikka naisten valitsemien erikoisalojen kirjo on kasvanut, he ovat edelleen aliedustettuina esimerkiksi suurilla sairaala-aloilla sisätaudeissa ja kirurgiassa. Gjerberg katsoo erikoistumista yksilön näkökulmasta, niinä valintoina, joita kukin lääkäri tekee oman elämänsä varrella, mutta näkee samanaikaisesti rakenteellisten ja institutionaalisten seikkojen ohjaavan ja ehdottavan, miten valita. Uran kulku on tällöin se ”monimutkainen prosessi, jossa paitsi työn ehdot ja perhetilanne myös tarjolla olevat elämänlaadun osatekijät (velferdstilbud) ja ideologiset virtaukset yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa olennaisesti suuntaavat tehtyjä valintoja” (Gjerberg 2002a, 13).

Gjerberg tutki pääasiassa lääkäreitä, jotka olivat valmistuneet 1980-luvun alkupuolella. Useimmat heistä olivat syntyneet 1950-luvun alkupuolella, ”uuden ajan rajalla”, perinteisten sukupuoliroolien vielä hallitessa yhteiskunnan työnjakoa. Vaikka naiset Norjassa periaatteessa olivat saaneet jo 1800-luvun lopussa muodollisen yhtäläisen oikeuden korkeakoulutukseen, he alkoivat toden teolla kouluttautua vasta 1970-luvun tasa-arvoajattelun lyödessä läpi. Läpilyönti osui tutkimuksen lääkäreillä elämänsä vaiheeseen, jossa he olivat tekemässä omaa uraa koskevia ratkaisuja, ja heidän yksilöllisillä valinnoillaan ja kiinnostuksellaan oli aiempia (nais)sukupolvia enemmän sopivalta

tuntuvia vaihtoehtoja. Norjassa naislääkärien osuus ammattikunnasta on silti lisääntynyt hitaammin kuin muissa Pohjoismaissa, ja vuonna 2000 se oli 31 %. 1970-luvulla opintonsa aloittaneet kohtasivat selvästi sukupuolen mukaan sisäisesti eriytyneen ammattikunnan, ja sekä naisisten esikuvien puute että historiasta kantava kaiku naisen luonnolle sopivista aloista eivät määränneet mutta houkuttelivat naislääkäriä valintaa joillekin aloille ja pois toisilta.

Gjerbergin erikoisalavalintaa koskevat tulokset näyttävät puhuvan sitä vastaan, että naisten kiinnostus alkujaan suuntautuisi – ikään kuin luonnostaan – eri tavoin kuin miesten. Mies- ja naislääkäreiden välillä ei ollut merkittävää eroa erikoisaloissa, kun tarkasteltiin laillistuksen jälkeisiä ensimmäisiä työpaikkoja. Sukupuolen mukainen eriytyminen tapahtui vasta sen jälkeen, ja naiset luopuivat miehiä useammin kirurgiasta ja sisätaudeista. Vaihto ajoittui usein lasten syntymään – työn ja perheen yhteensovittaminen tuli liian vaikeaksi. Verrattuna muihin Pohjoismaihin Norja on ollut 'kotiäitimaa' (mts. 58). Sielläkin äitien työssäkäynti on lisääntynyt 1960-luvulta nykypäivään, mutta edelleen naisen perhevastuu on suurempi kuin miehen. Vain pieni osa norjalaisista naislääkäreistä, joilla on lapsia, lyhentää työaikaansa, mutta todennäköisyys kasvaa lasten määrän myötä. Toisaalta lasten määrän lisääntyminen lisäsi naislääkäriä todennäköisyyttä olla erikoistumatta, miehillä tätä eroa ei ollut. Silti äitiyden ja työn yhteensovittamisen vaikeus ei Gjerbergin mukaan riittänyt kokonaan selittämään naisten poistumista sisätaudeilta ja kirurgiasta, sillä merkittävä osa heistä vaihtoi ajan suhteen yhtä vaativalle sairaala-alalle, lasten- tai naistentauteihin. Etenkin kirurgiassa, jossa naisten aliedustus on selvin, lienee vallalla miehiä suosivia tapoja ja käytäntöjä (Nore 1993). Jotkut naislääkäreistä viittasivat esimerkiksi perinteisiin machoasenteisiin selityksenä kirurgiasta luopumiselle (Gjerberg 2002b, 602).

Gjerbergiä seuraten nykyisyydellä on juurensa historiassa, ja nykyisyyttä ymmärtää usein paremmin, kun tuntee nämä juuret. Aiemmat, historiallisesti muovautuneet stereotyyppit miehen ja naisen sopivista ja mahdollisista urista eivät automaattisesti väisty, vaikka sukupuolten määrälliset suhteet muuttuisivatkin (Gjerberg 2002a, 27) tai tasa-arvosta tulisi poliittisesti korrekti ideologia. Kertakaikkisen muutoksen sijaan miehen ja naisen yhteiskunnalliset suhteet työhön, uraan ja perheeseen ovat moninaistuneet ja menettäneet itsestään selvyytensä. Samalla on tullut vaikeammaksi nähdä miehenkään työuraa irrallaan perheen ratkaisuista. Gjerberg esittää, Noreen (1993) viitaten, että nuorimpien kirurgien kohdalla vastuu perheestä kuuluu enenevässä määrin myös miehelle – kirurgilla ei useinkaan ole enää kotirouvaa. Useimmat naimisissa olevista mieslääkäreistä ovat naimissa työssäkäyvän naisen kanssa ja jakavat lasten- ja kodinhoidon, ja kirurgi-isän on vuorollaan haettava lapset päivähoitosta. Historiallinen jatkuvuus ja muutos tapahtuvat rinnakkain; Gjerberg päätyy varovasti painottamaan lääkäriä urien sukupuolirakenteessa jälkimmäistä.

Viimeisenä esimerkkinä yksilöllisestä näkökulmasta sukupuoleen otan seurantatutkimuksen, jonka viimeisestä kyselylomakkeesta on peräisin myös oma avovastausaineistoni. Artikkelissa, jossa tarkasteltiin lääkäriuran alun fragmentaarisuuden suhdetta psykososiaaliseen hyvinvointiin (Virtanen ym. 2003), oli keskeisimpänä löydöksenä yhteys katkeilevan työssäolon ja muita alhaisemman koherenssin tunteen (ks. 3.3) välillä – mutta vain naisilla. Vaikka kirjoittajat tarkastelevat yksilöitä ja heidän koherenssejaan, he etsivät sukupuolierolle mahdollisia selityksiä myös yhteiskunnasta ja instituutioista, muun muassa perheinstituution vakiintuneista käytännöistä, joissa nainen yhä kantaa työn ja perheen kaksoistaakkaa miestä useammin. Toinen mahdollinen selitys voisi heidän mukaansa olla naisille tyypillisempi kliinisen epävarmuuden kokemus työstä poissaolon jälkeen, mutta tässäkin kirjoittajat eivät näe yksilön ominaisuuksia kulttuurista irrallisina, vaan päinvastoin epävarmuus (ja kaikenlainen häilyvyys, tekee mieleni lisätä psykoanalyysitarkasteluni jälkeen) on kulttuurin naiseen kirjoittama piirre. Kirjoittajat jäävät odottamaan lisätutkimuksia. Tieto, kuten kertomus, on prosessi, jota olen kirjoittajakumppanieni kanssa jatkanut. Tarkastelemme uran, koherenssin ja sukupuolen kohtaamisia laadullisessa avovastausaineistossa (sivut 181-185 tässä kirjassa; Löyttyniemi ym. 2004).

## *Sukupuoli suhteena*

Kun sukupuolta tarkastellaan Celia Daviesin (1996) kolmijaon mukaisesti suhteena, se ei ilmiönä palaudu yksittäisten lääkäriyksilöiden ominaisuuksiin, vaan kyse on kulttuurisesta ilmasta, josta hengitämme kuvaannollisen hapen käyttövoimaksi ja muodoksi sukupuolistaville mielikuville, itsemäärittelyille ja vuorovaikutukselle (Korvajärvi & Kinnunen 1996). Jaossa miehiin ja naisiin on kyse tekojen seurauksista, esimerkiksi siitä, miten sekä miehet että naiset ylläpitävät kahtiajakoa kiinnittämällä naiset feminiiniseen merkitysmaailmaan, tekemällä heistä ”emootion eksperttejä” (Riskä 1993, 7).

Kristina Eriksson on väitöskirjassaan (2003; myös Eriksson & Eriksson 2002) tutkinut etnografisella otteella sukupuolen tekemistä osaksi ja osana ruotsalaista lääketieteen käytäntöä. Hän on havainnoinut ruotsalaisia lääkäreitä – kirurgeja ja gynekologeja – työssään ja haastatellut heitä sekä työyhteisissä että pariskuntina kotona. Hän etsi aineistosta niitä tapoja, joilla lääkärit tuovat sukupuolen merkityksiä työhönsä ja kertomuksiinsa työstä – tulokset voi tiivistää käsitykseen, jonka mukaan ”sukupuolella ei ole merkitystä, mutta sillä on merkitystä” (Eriksson & Eriksson 2002). Lääkäriin sukupuolen paradoksi syntyy siitä, miten sukupuolisten merkitysten liittäminen lääkäriin tapahtuu sukupuoleettomuuden ideologian rinnalla. Vastaavasti Korvajärvi

& Kinnunen (1996, 233) kirjoittavat suomalaisesta työelämästä, jonka keskeinen sukupuolistava käytäntö on sukupuolen samanaikainen läsnäolo ja poissaolo. Erikssonin tutkimuksessa sekä nais- että mieslääkäreiden puheessa professionalisuus sinällään liitetään neutraaliin sukupuolettomuuteen, mutta professionalisuuden normit ovat samat kuin kulttuurissa maskuliinisuuden. Sukupuoli tulee sitten esiin naisessa, ja usein heteroseksuaalisena jännitteenä siellä, missä ammatillisella areenalla läsnä on nainen. Seksuaalisuuden ja sitä kautta sukupuolen luonnollistava puhetapa samalla erotisoi valtasuhteet, sillä useimmin seksualisoidaan naiskandidaatin ja ammattihierarkiassa ylemmän mieslääkärin tai toisaalta mieslääkärin ja naishoitajan suhde (Eriksson & Eriksson 2002).

Erikssonin mukaan nainen voi tulla ammattikuntaan sukupuolettomuuden ideologian turvin, mutta tasapainoilee ollakseen yhtä aikaa riittävän lääkäri, mikä useimmiten tarkoittaa maskuliiniseksi määrittyviä tapoja ja tyylejä (ks. myös Lindgren 1999, 124), ja toisaalta ollakseen samalla nainen ja naisellinen. Sama kyky toimia rationaalisesti ja tunteet halliten on joissakin yhteyksissä kelvon lääkäriyden edellytys, toisissa taas epänormaalin naiseuden merkki (Eriksson 2003, 218). *Kypsymisen* lääkärinä ajatellaan tapahtuvan pois päin naisiseksi mielletystä: tunteellisuudesta, häilyvyydestä ja irrationaalisuudesta selkeyteen ja rationaalisuuteen. Sen sijaan *naisena* kypsyminen ymmärretään kohti äitiyden ensisijaisuutta (Eriksson 2003, 230). Uraan keskittyvä tai muuten ihanteellista – rationaalista ja näennäisen sukupuolettonta – lääkäriyttä edustava naislääkäri nähdään jotenkin outona naisena. Ainakin hänestä tulee ”oikea valkyria” (mts. 100), kylmä ja vaarallinen. Niin ikään ruotsalaisia kirurgeja tutkinut Gerd Lindgren kirjoittaa samasta ristiriidasta periaatteellisen tasa-arvon kannatuksen ja sukupuolittavan käytännön välillä: mieskirurgit palkitsevat vuorovaikutuksessa naiskollegaa hänen naisellisyydestään, ja nainen, joka näkyvästi ja kuuluvasti vaatii tasa-arvoa ja miesten kanssa samoja palkitsemisen perusteita, koetaan outona, häiritsevänä ja ei-viehättävänä (Lindgren 1999, 116).

Ja toisin päin: mieslääkäri voi tulkita uran etenemättömyyden liialliseksi feminiinisyudekseen (Eriksson 2003, 206). Erikssonin tutkimuksen keskeinen juoni kulkee sen osoittamisessa, miten eri tavoin ja eri yhteyksissä näennäisesti sukupuolettoman lääkäriyden maskuliininen normi synnytetään rakentamalla sen vastakohtaksi nainen ja feminiininen. Tämä mieli- ja kielikuvittaminen tapahtuu jatkuvasti sekä lääkärin työn käytännössä että työstä puhuttaessa, vaikkakin eri tavoin professionaaleissa ja yksityisissä yhteyksissä. Eriksson analysoi esimerkiksi valkoisen takin symboliikkaa. Lääkärin takin symbolinen merkitys on peittää näkyvistä ja etäännyttää ruumiissaan sukupuolinen ja tunteva ihminen. Tunteellisuus nähdään kyseenalaisena lääkärille, ja samanaikaisesti tunteet ja läheisyys kytketään naisiseen, jolloin nainen tulee



edustamaan ammatillisena epäilyttävää. Naise(llise)n ruumiin merkit eivät kuulu (ideaaliin) lääkäriin; ”ei voi olla pukeutunut lyhyeseen hameeseen ja korkokenkiin tai olla kovin meikattu ja (samalla) lääkäri” (mts. 109), paitsi ehkä sitten, kun on edennyt ammattihierarkiassa kyllin ylös. Pieni koko, suuret rinnat tai raskaana olevan naisen maha merkitsevät anomaliaita silloin, kun ne kuuluvat kirurgille, jonka ei suoraan sanota edustavan maskuliinista mutta jonka kulttuurinen kuva on suuri ja voimakas (mies).

Sukupuolittamisessa ei ole kyse niinkään tasa-arvoon sitoutumattomista yksilöistä, vaan siitä, että sukupuoli on monikerroksisesti läsnä lääkärin ruumiissa, (kerrotuissa) identiteeteissä, kielen ja vuorovaikutuksen totuuksissa muodoissa ja terveydenhuollon insituutioissa. Tasa-arvon tavoitteen tunnustaminen ei yksin riitä muutokseen, mutta Lindgren korostaa kuitenkin todellisuuden moninaisuutta, muutoksen mahdollisuutta ja pysyvyyden ja muutoksen rinnakkaisuutta. Monet terveydenhuollon organisaatioissa meneillään olevat muutokset, esimerkiksi tiimityöhön siirtyminen, saattavat raivata tilaa sellaisille vuorovaikutuksen muodoille, jotka purkaessaan sukupuolittunutta hierarkiaa haastavat myös totutut sukupuolten suhteet (Lingren 1999).

Erikssonin tai Lindgrenin tavoite ei ole, kuten ei ole omanikaan, niinkään todistaa, että lääkäriys sukupuolittuu. Sukupuoli on tutkijan valitsema näkökulma ja siten läsnä lääkäriydessä jo lähtökohtaisesti, ja kyse on siitä, millaisia puolia lääkärin käytännön työstä ja identiteeteistä sukupuolen näkökulma kääntää esiin. Sukupuolen hämmentäviä sekä-että-kokemuksia on omassakin aineistossani. Yhtäältä lääkärin sukupuolella ei pitänyt olla merkitystä, toisaalta sillä oli väliä sittenkin. Kysyin useilta haastattelemiltani lääkäreiltä jossakin vaiheessa suoraan, mitä merkitystä heidän työnsä oli sillä, että olivat naiset tai mieslääkäreitä. Joskus tämä kysymys sijoittui kohtaan, jossa kertoja ensin vihjasi sukupuolesta, toisinaan taas esitin sen haastattelun loppupuolella omana kertomuksen ulkopuolisena tutkijan näkökulmanani.

*Maijan* haastattelu on esimerkki edellisestä. Pyysin häntä kertomaan jostakin syystä mieleen jääneestä potilaasta. Maija jäi pohtimaan keski-ikäistä miestä, joka tuli hänen vastaanotolleen impotenssi-ongelman vuoksi. Tilanne hoitui, potilaan ongelmakin vähitellen, mutta Maijaa ihmetytti, miksi potilas oli valinnut lääkärikseen nuoren naisen. Perustellakseen omaa hämmästyttävää vaihtoa kerronnan näkökulmaa ja luopui hetkeksi ammatillisesta positiostaan. Hän puhuikin nyt naisena, joka tiesi, ettei itse valitsisi gynekologikseen miestä. Tartuin innoissani hänen kertomaansa, olin tunnistanut sukupuolettomuuden diskurssissa murtuman (Vuori 2001, 284), jonka kautta pääsisimme yhdessä pohtimaan lääkärin ja potilaan kohtaamisen sukupuolisuutta. ”Tunsitko itsesi siinä tilanteessa (potilaan kanssa) naiseksi”, kysyin ja sain lähes vihaisen vastauksen: ”No en minä nyt sentään naisena, minähän olin lääkäri”.

Lauran sukupuoli sai haastattelutilanteessa kertojan moniäänistymään, hänen kokemuksensa kahdentumaan, hänet hämmentymään tai hämmästy-  
mään. Hänkin kertoi mieleenjääneestä potilaasta, iäkkäästä veteraanista, joka  
sairaalakierrolla suuteli kädelle ja kehui nuoreksi ja nätiksi. Laura muisteli  
tapausta hauskana, kunnes palasimme siihen uudelleen haastattelun loppu-  
puolella. Sukupuoli putkahtaa siellä puheenaiheeksi, kun palaan tarinassa  
taakse päin ja kysyn Lauralta uudelleen hänen ammatinvalinnastaan. Laura  
oli vielä lukiossa tähdännyt teknilliselle uralle, koska hän on ”aina ollu pik-  
kusen semmonen feministi kumminkin”. Laura oli toisin sanoen halunnut  
tietoisesti rikkoa sukupuolensa mukaisia odotuksia, mutta arvioi nyt oikeaksi  
ratkaisun päätyä lääkäriin:

Emmä välttämättä olisi osannu pitää puoliani niitten miesten kanssa kuitenkaan,  
lääkiksessä nyt on kumminki molempia, ettei tarvi semmosten asioitten kanssa  
ainakaan mieltiä ja päätänsä vaivata millään tasa-arvokysymyksillä taikka mil-  
lään semmosilla, se on itsestäänselvyys että ei oo mieslääkäriä ja naislääkäriä  
vaan kaikki on samanlaisia.

Tartun kuitenkin Lauran feministi-identifikaatioon. Kysyn, tivaan, onko hän  
työssään koskaan ollut tilanteessa, jossa olisi tarvinnut feminististä näkökul-  
maa, ja merkitsemättä mitenkään ristiriitaa edelliseen arvioonsa Laura ker-  
too senhetkisestä työpaikastaan, jossa hänen lähimmät miestyötoverinsa ovat  
”hiukan semmosia no ei nyt mitenkään sovinnistisesti suuntautuneita mutta (...)  
niitten kanssa joutuu vähän pitään puoliansa”. Käytännössä Lauran työpai-  
kalla usein teetetään naisihmisellä tietyt, hänelle sopiviksi katsotut tehtävät  
ja nuorelle naiselle herkästi kasataan töitä, ”kun on kiltti naisihminen joka  
tekee tunnollisesti työtä”. Kahvipöytäkeskusteluja käydään naisten ulkonäöstä,  
läskeistä ja kalorirajoitusten tarpeellisuudesta tai naisista, ”jotka on jotain  
tiettyä tarkoitusta varten”. Laura ja muut naispuoliset työntekijät joutuvat  
tasapainoilemaan tunkeiluksi ja loukatuksi tulemisen ja huumorin kannalta  
ottamisen välillä. Eivätkä naissukupuolen toiseutta tee vain miehet, vaan  
Laura on kokenut vaikeaksi myös naisesimiehen puuttuvan solidaarisuuden  
ja vähättelevän asenteen nuorta naiskollegaa kohtaan.

Tämän keskustelun jälkeen palaan kädelle suutelemaan miespotilaaseen,  
joka kääntyy yhtä ristiriitaiseksi.

Juu mä oon näitten vanhojen vaarien kanssa, silloin mulle tuli semmonen pieni  
vähän paniikki tai semmonen identiteetikriisi, hetkellinen että hyvänen aika  
että mä oon kylläki lääkäri että mul on valkoinen takki päällä et miten se noin  
tekee (naurahdus). Se nauratti pääasiassa se tilanne kuitenkin, mut semmonen

vähä hämmäntävä tilanne ettei sen nyt ihan näin pitäny tapahtua kuitenkaa (nauraa äänessä).

Hauska kokemus näyttikin hämmäntävältä, kun siihen sotkettiin sukupuoli. Lauran kertoma on hyvä esimerkki siitä, miten lääkäri ei neuvottele sukupuoltaan vain kulttuurin maskuliinisesta ja feminiinisestä symboliikasta vaan myös sukupuoliuuden odotuksesta. Lauran dilemmassa ei tulkintani mukaan ole kyse niinkään omien feminiinisten ominaisuuksien ylentämisestä tai väheksymisestä, ei myöskään tarpeesta perustella kykyä toimia myös maskuliinisesti. Enemminkin Lauran sukupuolen neuvottelua käydään siitä, onko lääkäri-identiteetillä sukupuolta ylipäättään, ja sukupuoliuuden vaatimus tekee vaikeaksi edes kysyä miehisen ja naisisen merkityksiä ja suhdetta omassa kokemuksessa tai suhteissa työtovereihin ja potilaisiin.

Aina sukupuoli ei ole yhtä dilemmaattinen. Kysymys hyvin hoidettuna mieleen jääneestä potilaasta saa Auran kertomaan kohtaamisesta, jonka minä olen taipuvainen kuulemaan sukupuolen värittämänä. Aura kertoo kahdesta iäkkäästä miespotilaasta, jotka lähettivät hänelle kukkia kiitokseksi tutkimisesta ja toimenpiteestä, jotka hänen mielestään olivat pieniä kukkien motiiviksi. Toinen potilaista oli ”semmonen ylikohtelias ja herrasmies”. Kuulin jo haastattelutilanteessa sukupuolen läsnäolon, sillä kysyin seuraavaksi, oliko kyseisessä tilanteessa tai joissakin muissa merkitystä sillä, että Aura itse oli nainen. Viittasin samalla hieman aiemmin sivuamaamme teemaan: Aura oli pohtinut mies- ja naislääkärin eroa ylipäättään ja kuvannut ”stereotyyppiseksi kuvaksi” kutsumansa miehen, joka uskoo enemmän kaikkivoipaisuuteensa ja nauttii kiireestä, paineesta ja päivystämisestä ja jolle ura on kunnianhimon paikka selvemmin kuin naiselle. Aura tuntee miehen ja naisen (mies- ja naislääkärin) stereotypiat, kuten moni muukin haastatelluista, mutta tunnistaa ne samalla stereotyyppioiksi, koska hänellä on ”semmosiakin kurssikaverimiesystäviä, jotka sanoo, että päivystäminen on kamalaa”. Vaikka myyttisen miehen kertomus on tutumpi miehen identiteettinä, ja naisen kertomus vastaavasti naisen identiteettinä, sukupuolten kahtiajaolle perustuvassa kulttuurissa, jokainen luo Auraa mukailleen sittenkin oman tyyllisensä sukupuolen myyttejä yhdistellen (ks. Stanley 1992, 247).

Miettiessään oman sukupuolensa merkitystä konkreettien tilanteiden kautta Aura uskoo naiseutensa perusteella ymmärtävänsä naisen ruumiin kokemusta (hän mainitsee vaihdevuosi- ja gynekologiset vaivat). Toisaalta hän kokee osittain olevansa väärä henkilö vastaanottamassa silloin, kun potilaan vaiva on miehinen tai elämäntilanteen ongelma, johon mies kaipaisi miehen mallia, ei naista, joka ”hyssyttää ja paapoo”. Sukupuolella on siis merkitystä hänen työssään, ja samalla hän tulee liittäneeksi omaan identiteettiinsä kulttuurissa naisiseksi tyyliksi merkityn kohtaamisen tavan. Hänen kertomuksessaan suku-

puoli ei kuitenkaan ole dilemman paikka, kokemuksen kahtia leikkautumisen kohta, kuten oli analysoimissani Maijan ja Lauran kertomuksissa.

Viidestätoista haastatellusta naislääkäristä kahdeksan kertoo jonkin Maijan tai Lauran esimerkin kaltaisen tilanteen, jossa naissukupuoli hämmentävästi jakaa kokemuksen kahtia. Miesten kertomuksista löydän vain yhden vastaavan, tilanteen, jossa lääkärin entinen työtoveri ja pienen potilaan sukulainen tuli lauantai-iltana juovuspäissään kadulla halaamaan ja kehumaan potilaan hyvää hoitoa. Hämmennys siitä, että omalla lääkäriminällä on myös sukupuoli, ei siis koske vain naisia, mutta miksi se esiintyy naisten kertomuksissa useammin? Tähän voisi vastata lähtien yksilön käsitteen feministisestä kritiikistä, jonka mukaan sukupuoli tulee näkyviin naisessa – sukupuolettoman yksilön mallina on mies (Pateman 1988). Kyse on uskoakseni myös omasta lukijan sukupuolestani. Minun on paljon vaikeampi tunnistaa sukupuolen jälkiä miesten kertomuksista, ja jos lähdän tietoisesti etsimään niitä, päädyn kiusallisen usein poimimaan itsestään selviä armeijan ja isyyden kokemuksia. Sen sijaan naisten kertomuksia kuunnellessani ja lukiessani olen tunnistanut useita naiskertojan usein silloinkin, kun sukupuoleen ei viitata suoraan. Kyse ei ole niinkään siitä, että kokisin, etten ymmärrän miehen kertomaa. Kyse on pikemminkin siitä, että lähtiessäni etsimään hänen kokemuksensa miehistä pohjavirtaa en löydä sitä (Irigaray 1996b, 37-38).

Elianne Riska (2001) on haastatellut naispatologeja, jotka jo alan valinnallaan haastavat sukupuolensa empaattisen ja hoivaavan stereotypian. Näkökulmana on naislääkäriin toiminnan tapa, ja sukupuoli on lääketieteen käytännön ja kielen sukupuolittunut rakenne ja samanaikaisesti naisten omakseen luoma identiteetti. Haastatellut lääkärit kertoivat työstä, jossa heidän osakseen tuli vähemmän (fyysisesti liian raskaaksi miellettyjä) ruumiinavauksia, enemmän kudoksenäytteitä lapsilta. Eräs lääkäri kertoi patologiipiireissä tutun vitsin kulkevan siitä, miten lapset kuuluvat naisen työnkuvaan, vaikka sitten kuolleina (Riska 2001, 113). Tunnistan itsekin toki toteamuksen vitsiksi – harva kai sanoisi sitä vakavissaan – mutta se on yhtä kaikki tehokas tapa muistuttaa naisen ja lapsen, naisen ja hoivan, katkeamattomasta myyttisestä yhteydestä.

Riskan haastatteleuille patologeille naiseus oli myös ominaisuuksia, jotka voi tulkita professionaaleiksi hyveiksi. Heidän strategiansa ammattikuntaansa kuulumiseksi oli rakentaa patologin identiteettiä naisisesta huolellisuudesta ja järjestelmällisyydestä ja siten soveltuvuudesta mikroskopoimaan (*gender inclusion*, ks. Witz 1990).

Elianne Riskan (2001) vastaus kysymykseen, muuttavatko naiset lääketiedettä ja lääkäriyttä sisällöllisesti ja jos niin miten, ei ole yksi ja yhtenäinen, eikä voisi sitä ollakaan, jos lääkäriyttä ja sukupuolta tarkastellaan (vaihtelevissa) käytännöissä syntyvinä. Ehkä vastausta tärkeämpi on lopulta kysymys itse: sen näkyväksi tekeminen, miten sukupuolineutraaliuden normin ja sukupuoli-

liskean professioteorian rinnalla on toinen todellisuus, jossa sukupuoli on väliä. Sen jälkeen voivat nais- ja mieslääkärit yksin ja yhdessä kysyä, mitä he haluavat muuttaa, ja pyrkiä siihen.

Riskan tutkimusta patologeista voi tarkastella esimerkkinä konstruktionistisesta lähestymisestä professioon. Riska näkee naislääkäreiden rakentavan identiteettejään ja toimintakäytäntöjään yhtä aikaa maskuliinisen ammattikulttuurin ehdoilla ja sitä kyseenalaistaen ja kiusaten. Yhden 'naisen äänen' sijaan hän kuuntelee erilaisia lääkäriänsä, heidän monia ääniään ja tyylejään. Hänen kysymyksensä on toisaalta hyvin lähellä sitä, jonka Marko Salonen sanoo tyypittävän sukupuolieron paradigmat (Salonen 2000, 156): "miten yksilö toimii tai voisi toimia sukupuolisena olentona" patologian kulttuurissa. Hän (tai Eriksson (2003) tai naiskirurgeista kirjoittava Joan Cassell, 1998) ei lopulta kuitenkaan kyseenalaista miehen ja naisen symbolista kahtiajakoa, joka rakenteistaa ammattikulttuurin diskurssit ja käytännön. Miehet ja naiset rakentavat oman ammattikuvansa ja identiteettinsä kahtiajakautuneen kulttuurin ehdoin: sukupuoli on kulttuurinen ilmiö, joka merkitsee ruumiin (Riskä 2001, 105). Cassell puolestaan soveltaa Bourdieun habituksen käsitettä tavoittaakseen naiskirurgiuden kulttuuriset ja ruumiilliset ulottuvuudet, mutta arvioi jokaista naista suhteessa naisiseen normiin. Tällöinkään eron ymmärrys ei ole radikaalia sillä tavoin, kuin sukupuolieron teoria ja esimerkiksi Sara Heinämaan tyylin käsite sen radikalisoi (Heinämaa 1996, 162; Salonen 2000, 156).

Sukupuolen konstruktionistinen tyhjäksi tekemisen projekti (Lorber 2000) on ehkä tavallaan mahdoton toteuttaa heti onnistuneesti, sillä jo puhe sukupuolesta ja miehistä ja naisista kutsuu niiden totut ja myyttiset merkitykset mukaan keskusteluun. Tarkoitukseni ei siis ole niinkään kritisoida esimerkiksi Elianne Riskan tapaa toteuttaa feminististä projektia, joka Judith Lorberin (2000, 86) mukaan tarkoittaa "sukupuolijärjestystä ylläpitävien sosiaalisten ja psyykkisten prosessien ja käytäntöjen rakenteellista analyysia yhdistettynä niiden tapojen analyysiin, joilla yksilöt voivat ylittää (undo) sukupuolen". Ennemmin haen Riskan ja Lorberin konstruktionistisesta lähestymisestä kontrastia sille, miten sukupuolieron näkökulmasta voisi toteuttaa feminismiä lääkäriyden tarkasteluissa. Sukupuolieron irigaraylainen korostus ei (ainakaan aluksi – lopusta ei voi vielä tietää) koeta häivyttää sukupuolta, vaan ennemminkin alleviivaa sen, ottaa sen kyseenalaistamattomaksi lähtökohdaksi, ja näkee sukupuolieron säilyttämisessä mahdollisuuden kaikkien ihmisten välisten ja sisäisten erojen vaalimiseen. Mies ja nainen siis säilytetään, mutta luovutaan näiden ilmenemisen tapojen itsestäänselvyydestä. (ks. Lorber 2000, 88 – konstruktionistisesta näkökulmasta voi lopulta päätyä kysymään samoin).

Olen varovasti koettanut lukea omista haastatteluaineistoistani miesten ja naisten kerronnan tapoja ja tyylejä siten, että en toistaisi stereotyyppistä eroa mutta voisin kuitenkin tunnistaa kulttuurin läsnäolon. Jäljempänä (luvussa 5.5)

pohdin lääkärin sairauden tai muun ruumiin rajoituksen symboliikkaa. Etsin dikotomian ylitystä oman lukijuuteni tietoiseksi ja näkyväksi tekemisestä. Sen sijaan, että esimerkiksi väittäisin kroonisesta sairaudestaan identiteettiään kertovan mieslääkärin haastavan voimaa ja hallintaa korostavan myyttisen Miehen (minkä hän toisaalta myös tekee, mutta näin tulkiten itse myyttinen Mies, miehinen normi, ei järky), ihmettelen aidosti miestä, jonka mieheyttä en tunnista heti mutta joka lopulta muuttaa *minua*, käsitystäni miehisestä. Tämä muutos ei tapahdu kieltämällä myytin olemassaolo, päinvastoin, tutkailen ”sukupuolijärjestystä ylläpitävien sosiaalisten ja psyykkisten prosessien” tapahtumista itsessäni. Kyse on tutkailun jälkeen ja ohella toisenlaisen ajattelutavan koettelusta, uuteen horisonttiin tähyämisestä ja sen valkenemisestä, ettei kertomuksessa kohtaamani mies ole ymmärrettävissä suhteessa miehiin tai naisiin myyttiin, vaan olemisen tapana ja tyylinä, joka on yhtä aikaa kulttuurinen, psyykinen, ruumiillinen ja kielellinen kysymättä näiden välisiä seuraussuhteita (Braidotti 2002, 8; Heinämaa 1996). Ajattelen ja koen, että oman tulkintoja tekevän itseni ottaminen kulttuuristen sukupuolittavien käytäntöjen paikaksi tekee mahdolliseksi kulttuurisen yleisen ja tyylin erityisyyden yhtäaikaisuuden minussa – enhän tunne ja koe itseäni vain kulttuurin tuotteena, vaan olen myös oma poeettinen mielikuvitukseni (Freeman 1999), muutoksen mahdollisuus.

Haastan oman lukijanikin mukaan itsetarkkailuun (Löyttyniemi 2003). Olen antanut Empulle, jonka itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogia tulkitsin luvussa 3.7, antamani peitenimi ei paljasta häntä mieheksi tai naiseksi. Tarkoitukseni on nimenomaan pakottaa lukijani huomaamaan, mistä kerronnan muodoista tai sisällöistä hän uskoo sukupuolen tietävänsä. Kertoojaa kuunnellaan ja arvioidaan eri tavoin riippuen siitä, onko hän nainen vai mies. Kertojan sukupuolen jättäminen epäselväksi on yksi keino koetella sukupuolen luonnollisuutta. Jos lukija/kuulija ei tiedä omaelämäkerrallisen kertojan sukupuolta, hän herkistyyneen kaikenlaisille vihjeille, joista sen voisi päätellä. Samalla hän tulee ehkä tietoiseksi vihjeiden tulkinnanvaraisuudesta ja omasta osuudestaan sukupuolen määrittämisessä. Kertojan sukupuoli toteutuu neuvotteluna kertojan ja kuulijan välillä.

## 5.2 Sankarilääkärin sukupuoli

Sukupuoli sekä on että ei ole läsnä siellä, missä lääkäri kohtaa potilaan, työtoverin tai haastattelijan. Dilemma ei ole vain lääkärin: sukupuoli ylipäättään inhimilliselle kokemukselle ja kanssakäymiselle muotoa ja merkitystä antavana ilmiönä väistää käsitteellistä vangitsijaansa, minkä sietoa Silvia

Gherardi (1994) painottaa. Haastattelemieni lääkäreiden sukupolvi (joka on myös omani) on kasvanut tasa-arvoideologian Suomeen. Tasa-arvodiskurssi on kasvanut meihin, me emme vain *ajattele* asioiden olevan kiinni meistä itsestämme, me uskomme, koemme ja tunnemme niin. Me teemme valintojamme yksilöinä, emme niinkään miehinä tai naisina. Sukupuoli on ikään kuin pakotettava tarkastelun näkökulmaksi, se on etsittävä teorioista, jotka sanovat, että yhteiskunnan rakenne (Chodorow 1978; Eräsaari ym.1995; Pateman 1988), professiot (Davies 1996; Riska 2001; Silius 1992), terveydenhuollon työnjako (Henriksson 1994; 1998; Riska & Wegar 1993), terapeutin kohtaaminen (Frosh 1994), ruumiillisen toimijan kokemus (Irigaray 1996a; Braidotti 1994) tai kielellinen kommunikaatio ovat kaikki sukupuolen merkittäviä; sukupuolen kahtiajako on ajattelumme 'superordinate logic' (Benjamin 1998, 38; myös Gherardi 1994).

Luen seuraavassa sukupuolta ensin kahdesta sanomalehtikirjoituksesta, sitten omista aineistoistani (5.3). Näiden analyysien kirjoittaminen osui tutkijanurani kohtaan, jossa olin (ja olen) ambivalentti konstruktionistisen sukupuolen kulttuurisen rakentumisen ja sukupuolieron tyylillisen korostuksen välillä. Kysyn kertomuksilta sukupuolieroa: miten sukupuoli ilmenee niissä, millainen on kunkin nais- ja mieslääkärin kertomisen tapa ja tyyli (ks. Heinämaa 1996)? Silti lähtökohtani on konstruktionistinen sikäli, että esitän ensin kulttuurisen, maskuliinisen lääkärin myytin, jonka rakentumista yksilön kertomuksiin sitten lähdän kuuntelemaan, ja samalla vihjaan kausaalisuudesta, jonka suunta on kulttuurista sukupuolituttuun yksilöön. Suvi Ronkainen (1999), joka on luonut synteisiä subjektiviteetin konstruktionistisen ja toiminnassa ilmenevää tyyliä korostavan näkökulman välille, rohkaisee viipymään vastakkain aseteltujen välissä ja ikään kuin kohauttamaan olkapäitä kategorisoineille, näkemään niiden yli. Sukupuolieron ja konstruktionismin näkökulmien välillä on painotusero; yhteistä niille on kiinnostus sukupuoleen siten, kuin se ilmenee kulttuurissa.

Loppuvuonna 2002 satuin lukemaan kahtena peräkkäisenä päivänä sanomalehdestä artikkelin, jonka päähenkilönä oli mieslääkäri. 19.10.2002 päivätty ilmaisjakelulehti Tamperelainen esittelee lääkäri Jukka Tuovisen jo etusivullaan otsikoiden *Tampereen 2000:s lääkäri valmistui*, ja juttu jatkuu seuraavalla aukeamalla. Kuvassa sympaattisen näköinen, tummaan pikkutakkiin pukeutunut kollega esittelee ylpeänä appivanhemmiltaan opintojensa alussa saamaansa solmiota, joka on kuvitettu akuutisti ambulanssein, stetoskoopein, sidetarpein ja punaisiin ristein. Artikkelin juhlistaa 2000:nnetta Tampereen yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta valmistunutta lääkäriä, ja lääkärin tarinan rinnalla kerrotaan tarinaa tiedekunnasta, jota uhkasi laman aikaan lopettaminen mutta johon kuluvana vuonna 2002 valittiin ennätyselliset 105 uutta opiskelijaa ja jonka LL-koulutusohjelman korkeakoulujen arviointineuvosto on valinnut

korkealaatuisen koulutuksen yksiköksi kahdesti peräkkäin. Jukka itse toteaa: ”Olen saanut hyvät lähtövalmiudet Tampereen yliopistosta, mutta omaa osaamistaan on tärkeää ylläpitää ja kehittää.”

Jukka kertoo ”viihtyneensä” opiskelijana tavallista pidempään, ”viisi lasta ja vaimo taitavat olla vain tekosy”. Hän pääsi opiskelemaan jo vuonna 1990, mutta hoiti artikkelin mukaan ensin neljä vuotta lapsiaan ennen kuin varsinaisesti aloitti opiskelun. Hän kertoo lääketieteen tulleen tutuksi jo lapsena ja muistaa kulkeneensa kunnanlääkäri-isänsä mukana kotikäynneillä ja heränneensä puhelimen sointiin aamuyöstä. Hän on kiinnostunut yleislääkärin työstä ja suunnittelee lisäksi perehtyvänsä geriatriaan. Työmatkaa Mänttään kertyy 84 kilometriä, mutta hän ei halua repäistä perhettä juuriltaan ja tutuiksi tulleiden naapurien keskeltä muuttaakseen lähemmäksi.

Vaikka Tamperelaisen artikkelin ilmestymisen aikaan 90-luvun alun lamasta oli kulunut vuosia kauemmin kuin tehdessäni tutkimushaastatteluistani, lama kiinnittää Jukka Tuovisen lääkärin tarinaa yhteiskunnalliseen ja historialliseen aikaan. Hänen opintonsa alkoivat lama-aikaan, ”mikä heijastui hänen mukaansa kaikkeen. –Tiedekuntaa uhkasi pitkään lopettaminen ja henki oli sen mukainen. Tekemisen meininki kasvoi uhan väistyttyä.” Alussa viitattu keskittyminen lastenhoitoon saa tekstissä vasta myöhemmin taustakseen tämän opintojen alun sijoittumisen lama-aikaan, mutta teksti ei ota kantaa siihen, viihdyttikö lama osaltaan Jukkaa opiskelijana ja lastensa hoitajana pidempään kuin tavallista. Sukupuolen itsestäänselvyyksien ravistelijana minun on kysyttävä itseltäni, miksi olen taipuvainen lukemaan niin.

Yksi tapa kokeilla sukupuolen merkitystä on vaihtaa sukupuolta (vrt. Irigaray 1991, 185). Jos artikkelissa haastateltu lääkäri olisi nainen, lukisinko yhtä helposti hänen hoitaneen lapsia kotona usean vuoden ajan (vain) siksi, ettei lääkärin työhön valmistumisella ollut työnsaannin vaikeuduttua kiirettä – uraa kun joutuisi joka tapauksessa odottamaan? Todennäköisesti en. Vaikka kunnioitan sydämestäni lääkäri-isää, joka ainakin lehtiartikkelin perusteella näyttää antavan aikaa niin työlle kuin perheellekin, kulttuurinen ymmärrykseni nimeää hänet poikkeukselliseksi mieheksi. Odotus siitä, että pieniä lapsia kotona hoitava vanhempi on äiti, on vahva, ja se on yhtä aikaa kulttuurissamme jaettu odotus ja oman lukijuuteni kiusallisen lannistumaton perusta.

Tamperelaisen ilmestymistä seuraavana päivänä, sunnuntaina 20. lokakuuta 2002, Aamulehti esittelee niin ikään etusivulla uutisen siitä, miten ”kirurgi Teittinen taisteli kolmessa sairaalassa”. Kuvassa vakavaimainen valkotakki katsoo suoraan lukijaan leikkaussalilamppujen valaistessa häntä yläviistosta. Kari Teittinen on yksi eteläsuomalaisessa kauppakeskuksessa sattuneen ”pommi-iskun synnyttämistä arjen sankareista”, joka ”dramaattisen yön tunteina pelasti ihmishenkiä” kolmessa eri sairaalassa ja joka lopulta antaa räjäyttäjälle anteeksi.



Minua hieman hätkähdyttää Karin nimeäminen *arjen* sankariksi, useimmille kun arki on jotain muuta kuin yön pimeinä tunteina pelastettuja ihmishenkiä ja julkisesti ansaituksi myönnettyä kunniaa. Karin tarina toistaa länsimaisen kulttuurin kertomusperinteessä romanssin rakennetta, jossa hyvä sankari käy taisteluun pahaa vastaan (Murray 1989). Häntä ei olisi tarpeen edes nimetä 'sankariksi', lukija tunnistaisi sankaruuden ilmankin kertomuksesta, jossa lopullinen voittoa taistelu moraalien palauttamiseksi käydään normaalista (arki)elämästä irrallisessa tilassa, Karin tapauksessa öisissä leikkaussaleissa. Kertomus Jukasta taas on ennenkin komedia, kuvaus siitä, miten totunaiset sosiaalisen elämän kaavat höltyvät ja mahdollistavat uudenlaisia yhteisöllisyyden muotoja (emt.).

Kirurgin työ, jota tehdään tavallisen elämän ulkopuolisissa tiloissa ja jossa operaatioissa kulminoituu pitempiaikainen taistelu sairautta tai väkivaltaa vastaan, tarjoaa materiaalia romanssin sankaritarinalle helpommin kuin päivästä toiseen yhteisöllisyyttä rakentava terveyskeskustyö ja sen yhdistäminen perhe-elämän kanssa. Silti 'arjen sankarin' paradoksaalinen käsite ei ehkä kuulu sankarikirurgille. Itse olisin ollut valmiimpi kutsumaan arjen sankariksi Tampereläisen haastattelemaa Jukka-lääkärinä, joka päivästä toiseen, vuodesta toiseen rakentaa arkea kunnioituksesta sekä Jukkaa itseään, hänen lapsiaan, potilaitaan, vaimoaan että naapureitaan kohtaan. En kiellä Karin sankaruutta, päinvastoin toivon, että jos minua tai läheisiäni kohtaa onnettomuus, meitäkin on hoitamassa hänenlaisensa "42-vuotiaana jo kokenut sydän- ja verisuonikirurgi", joka "tunnetaan kirurgipiireissä rauhallisena ja nopeana virtuoosina". Lääkäri, joka on kaikkea sitä, mitä itse en ole: rauhallinen, kokenut, käsistään taitava ja päätöksissään nopea ja vankkumaton. Silti minusta tuntuu, että 'arjen sankarin' arvon myöntäminen hänelle tekee entistä näkymättömämmäksi sitä arjen sankaruutta, jota useimmat ihmiset tavoillaan toteuttavat arjessaan mutta josta vain harva palkitaan kuten Kari: koko sivun kokoisella valokuvalla Aamulehden B-osan etusivulla lokakuuisena sunnuntaina.

Sankaruuksia on monenlaisia, yhteismitattomia – oman lääkäriyttä sukupuolittavan tavoitteeni kannalta ei ole olennaista yrittää ratkaista, onko Jukan vai Karin sankaruus parempaa. Olennaista on ihmetellä sitä, että heistä vain toinen on helppo kulttuurisessa kertomusperinteessämme nimetä sankariksi: minäkin tunnistan Karin kertomuksessa pelottoman, pahaa (pommimestä) vastaan, hyvän puolesta taistelevan sankarin. Jälleen voi kuitenkin etsiä sankarin sukupuolta vaihtamalla sen: jos Kari olisi Kaarina, miltä kuulostaisi hänen yön työnsä, joka alkoi kaikessa dramaattisuudessaan perjantai-iltana kahdeksan aikaan, juuri hänen tehdessään lähtöä töistä kotiin juhlimaan poikansa 9-vuotissyntymäpäivää? Ainakin hän tarvitsisi kotia ja lapsia hoitamaan puolison – Karilla tehtävän hoitaa kotiäitinä toimiva vaimo – eikä vain yhdeksi

sankaruuden yöksi vaan niiksi vuosiksi ja vuosikymmeniksi, joiden aikana kirurgin kokemus ja näkemys hankitaan.

Aamulehden artikkelissa näkökulma on kirurgin, ja isää turhaan kotona odottanut 9-vuotiaakin vain kirkastaa leikkaussalin lamppujen valaisemaa sankaruuden sädekehää: edes lapsen syntymäpäivä ei saa sankaria luopumaan hänelle osoitetusta tehtävästä ja velvollisuuden kutsusta (mistä olen hänen pelastamiensa pommin uhrien ja heidän lastensa puolesta äärettömän kiitollinen). Jokainen näkökulma, jokainen kertomisen positio, rajaa kuitenkin sen, mitä näemme: kieli ja valittu tarinamalli luo aina yhtä aikaa sen, mistä voi puhua, ja sen, mistä vaietaan (Billig 1999). Sankaritarinassa ei kuulu kysyä esimerkiksi sitä, miten puoliso jaksaa yksin pyörittää lapsiperheen arjen tai mitä ajattelee lapsi, jonka näkökulmasta isä on aina poissa. Väitän silti, että lukijan olisi tykönään paljon vaikeampi välttää näiden kysymysten kohtaamista, jos kertomuksen kirurgi olisi nainen – niin lähellä itsestäänselvyyttä on kehityopsykologinen, psykoanalyysista ammentava käsitys siitä, että äiti on lapsen kehityksen kannalta ensimmäisten elinvuosien ainoa, tärkein ja korvaamaton läsnäolija (Vuori 2001).

Tulkintani mukaan myytti sankarilääkäristä elää aineistoni lääkärikertomuksissa, sitä kommentoidaan, sitä tavoitellaan tai siitä poiketaan. Mutta siis: on helpompi nähdä sankarilääkärin asemassa mies kuin (perheellinen) nainen.

### 5.3 Lääkärin maskuliininen myytti

Anne Spencer ja David Podmore (1987, 2) listaavat kymmenen naisten professionaalisen marginalisoitumisen tekijää. He kirjoittavat miesvaltaisista professioista, eikä lista liene suoraan sovellettavissa suomalaiseseen lääkäriprofessioniin. Silti tunnistan monet listan ilmiöistä sekä omasta kokemuksestani että aineistostani ja väitän, että ne ovat osa lääkärikulttuurin merkityks maailmaa, joskin usein piiloista ja mielenkiintoisella tavalla sukupuolen suhteen epämääräisempää. Esimerkiksi syytökset katkonaisista urista ja itsen halvalla myymisestä kohdistuivat lääkäriyöttömyysvaiheessa nuoreen lääkäriin sukupuolesta riippumatta. Valitsin Spencerin ja Podmoren listasta tähän viisi kohtaa, joiden kautta tarkastelen lääkäriprofession sukupuolista perustaa.

- a) Stereotypiat naisesta: nainen on 'tunteellinen', 'epävakaa', 'päättämätön'.
- b) Stereotypiat professiosta ja sen edustajasta: työ voi esimerkiksi olla fyysisesti vaativaa ja kilpailuhenkistä, eikä siksi sovellu naiselle.

- c) Professionaalisen sitoutumisen käsite – kaikki tai ei mitään –periaate, johon naisilla ajatellaan olevan vaikeuksia sitoutua.
- d) Ajatus naisten urien suunnittelemattomasta luonteesta. Miesten urat nähdään suunnitelmallisina ja lineaarisina, kun taas naisten urat ovat täynnä katkoksia ja aukkoja.
- e) Ajatus kilpailua pelkäävistä naisista – naiset suostuvat töihin pienemmällä palkalla ja alentavat koko ammatin arvoa ja arvostusta.

Naisen tunteellisen, epävakaisen, päättämättömän stereotypian ja toisaalta vaakan järjen ensiarvoisuuden (kohta a) tunnistan selvemmin kulttuuristamme ylipäänsä, en erityisesti lääkäreiden ammatillisesta kulttuurista. Silti stereotypia hiipii lääkäriinkin tarpeena osoittaa olevansa muuta – järkevä, vakaa, kykenevä päättämään – ja toisaalta kauhuna siitä, mitä tapahtuu kiireisessä päivystyksessä, jos epäroivä ja pimeä, naiselliseksi määrittyvä puoli saa lääkärissä vallan. Irigarayn ja sukupuolieron näkökulmasta kauhu ei lievity sillä, että vakuututaan naisenkin kyvystä olla järkevä ja luja, vaan arvon antamisella tunteelliselle, muutosalttiille, ei-ehdottomalle ihmisyydelle sellaisenaan sen sijaan, että se nähdään järjen lipsumisena tai identiteetin kääntöpuolena. Lääkäriin klininen työ edellyttää usein kykyä päättää, mutta yhtä usein se edellyttää kykyä vain kuunnella potilaan 'epävakaita' tunteita ja hyväksyä asioiden moniselitteisyys ja päättämisen mahdottomuus.

1980-luvun puolivälissä keskusteltiin lääkärikunnan naisistumisen seurauksista. Helsingin Sanomat uutisoi 9.2.1986 asiaa pohtineen työryhmän kannanottoa ja siitä käytyä keskustelua. Kirjoituksen mukaan Lääkäriliitto tuki ainakin epävirallisesti työryhmän ehdotusta lääketieteen opiskelijoiden mieskiintiöistä Helsingin yliopistossa, ”elleivät muut konstit auta lääkärikunnan liian naisistumisen pysäyttämiseksi” (HS 1986, 8). Huoli naisistumisen seurauksista koski yllä olevan listan kohtia b-d: ajateltiin, ettei naislääkärien koulutus ollut täysin hyödynnettävissä (palaan tähän seuraavassa kohdassa), ja toisaalta suuret erikoisalajat kirurgia ja sisätaudit raskaine päivystysvelvollisuuksineen nähtiin fyysisesti naiselle liian raskaina, mistä syystä naisistuminen johtaisi näillä aloilla lääkäripulaan.

Kohdan b) väitettä käsittelen myöhemmin kappaleessa 5.4, jossa pohdin kirurgin ja kirurgian sukupuolta. Käytän esimerkkinä erään naislääkäriin tarinaa, joka kuvaa työn fyysisestä raskaudesta ja haasteellisuudesta nauttivan tulevan kirurgin. Hän ei epäile omaa jaksamistaan, mutta kertoo turhautumisesta työpaikalla, jossa hänet niputetaan toisten naisapulaislääkärien kanssa ”tyttöjoukoksi” tai parveksi ”tipusia” ja samalla vihjataan joukon avuttomuutta ja fyysistä heikkomuutta. Vihjataan, mutta ei ehkä sanota suoraan, toisin sanoen ajatus naisten heikkomuudesta peittyi ääneenlausutun tasa-arvoideaalin alle mutta elää siellä yhtä kaikki.

Kaikkinaisen vahvuuden, myös fyysisen, ihanne on yksi myyttisen lääkärin ominaisuus, jonka omaksuminen oman lääkäriyden osaksi lienee jokaisen lääkärin identiteetti-tehtävä; ainakin siihen on otettava tavalla tai toisella kantaa. Itsestäni tuntuu lähes mahdottomalta, että naislääkärin heikkomuutta enää käytettäisiin julkituotuna perusteluna koulutus- tai työvoimapolitiisille ratkaisuille. Silti heikkouden pelko on olemassa ja tulee näkyviin esimerkiksi lääkärin sairastuessa. Näin ainakin voisi kirjallisuuden valossa olettaa (Mäenpää 2000; Edelstein & Beider 1982; Hahn 1985; Spiro 1987; West 2000), ja siksi yllätyin haastatteluita tehdessäni siitä, miten itsestään selväksi osaksi itseään useat haastattelemani kollegat kertoivat oman sairautensa. Palaan omaan yllättyneisyyteeni ja ihmetykseeni kohdassa 5.5. ja pohdin, ettei oma sairauden mahdollisuus ole ehkä torjuttu niinkään lääkärin psyyken alisiin maailmoihin, vaan se on osa dialogista tiedostamatonta (Billig 1999): ammatillisissa yhteyksissä ei ole aikaa, paikkaa eikä käytäntöä kertoa omaa sairautta osaksi identiteettiä tavalla, joka ei merkitsisi heikkomuutta. Itse en ainakaan muista opiskeluaikani omaa sairastamista tai sairastamisen mahdollisuutta käsitellyn lainkaan.

Joka tapauksessa myyttiseen professionaalin kuvaan ja kertomukseen kuuluvat hallinta ja haavoittumattomuus, ja sellaisena kuva on maskuliininen. Vaikka lääkärin haavoittuvuuden pelko koskee jokaista lääkäriä sukupuolesta riippumatta, sen symbolinen yhteys naisiseen ja vähempiarvoiseen on yhä olemassa, Irigarayta (esim. 1996a) mukaillen koko länsimaisen kulttuurimme perustana. Käännän Spencerin ja Podmoren edellä esittämät naista koskevat stereotypit myyttiseksi kuvaksi professionaalista lääkäristä, ja myyttillä tarkoitan eräänlaista kulttuurista peruskertomusta, jota sellaisenaan tuskin koskaan lausutaan ääneen mutta johon kukin lääkäri suhteuttaa omaa professionaalisuuttaan. Rakentamani myyttinen lääkäri on siis rationaalinen, vakaa ja kykenevä tekemään päätöksiä. Hän on henkisesti vahva ja fyysisesti haavoittumaton, ikään kuin tiedollisesti hallitsemansa sairausilmiön yläpuolella myös ruumiineen. Hän sitoutuu työhönsä ehtoitta, ja työ on hänelle elämän keskeinen sisältö. Hän etenee urallaan suunnitellusti ja katkottomasti. Hän on tarkka sekä omasta että koko ammattikuntansa arvosta ja arvostuksesta eikä toimi tavalla, joka kyseenalaistaisi profession tieteellistä ja eettistä perustaa. Hän ei tingi palkastaankaan, joskin rahalla on hänelle kaksinaismerkitys (Löyttyniemi 2000): kutsumusta lähentelevä sitoutuminen lääkäriyteen mitätöi rahaa, mutta samanaikaisesti korostuu palkan merkitys lääkärintyön arvon mittarina. Tällaisena myyttisellä lääkäriellä on profession miehisen historian muovaama maskuliininen luonne ja arvomaailma.

Ruotsalaisia lääkäreitä tutkinut Kristina Eriksson (2003; ks. sivu 150) erottaa käsitteenä lääkäri-ihanteen ja hegemonisen lääkäriyden, joista jälkimmäinen on lähellä omaa myyttistä lääkäriyttäni: kyse on kulttuurissa jaetusta

ymmärryksestä siitä, millainen lääkäriys on kunniallisinta ja tavoiteltavaa. Lääkäri-ihanne, omaan tutkimukseeni hieman sovellettuna, on sitten lääkärin tavoite omaksi identiteetikseen, joka neuvotellaan myytin asettamaa normia ja odotuksia vasten. Erikssonin mukaan mies- ja naislääkärin ihanne suhteutuu hegemoniseen lääkäriyteen eri tavoin: miehen ihanne on lähempänä hegemonista kuvaa, kun taas naiselle ihanteellista on tasapainoilu: hänen on yhtä aikaa tavoiteltava näennäisen sukupuoletonta mutta piiloisesti maskuliinista hegemonista lääkäriyttä ja toisaalta osoitettava olevansa 'normaali nainen'. (Eriksson 2003, 45-46). Verrattuna hegemoniseen lääkäriyteen myytti on piiloisempi: se ei välttämättä ole tietoisesti tavoiteltu ihanne ja identiteetti miehellekään, vaan myytti niitä merkityksiä, joita sana *lääkäri* vaivihkaa kuljettaa jokaisen lääkärin identiteettineuvotteluihin tietoisista ja itse valituista ihanteista riippumatta. Myyttinen lääkäri on niitä merkityksiä ja se kertomus, joita tulemme automaattisesti liittäneeksi lääkäriin.

Keskustelen seuraavaksi kohdista c-e aineistojeni ja joidenkin lääkärikirjoitajien kanssa ja luotaan myytin erilaisia seuraamuksia miehille ja naisille.

### *Professionaalinen sitoutuminen – kaikki tai ei mitään*

Vaatus ”antautumisesta lääketieteelle” (kuten *Susanna* haastattelussaan kertoo opiskelijoita sisätautikurssilla kehoitetun) on ristiriitainen: tunnistan sen sekä itsessäni että aineistossani myyttisenä ihanteena ja odotuksena, joka yhtä aikaa on olemassa ja joka tulee osata kyseenalaistaa. Haastatteluissani on vain yksi naislääkäri, *Eija*, joka vakavissaan, ilman itseironian häivähdyttä, tavoittelee lääkäriyttä elämäntapana, ei työnä pelkästään. Hänen lääkäri-identiteettinsä ihanne muistuttaa ’vanhan hyvän ajan lääkäriä’ (ks. Lehto 1991, 49) ammattiroolin kaikenkattavuudessaan. Tunnistan tuon ’vanhan hyvän ajan lääkärin’ ammattikulttuurisen kuvaston hahmona, mutta silti Eijan haastattelu hämmensi minua. Kaipasin sitä monimerkityksistävä ironiaa, johon olin tottunut sekä haastatteluista tehdessäni että ennen niitä, kollegoiden kanssa keskustellessani, työlle omistautumisen kertomuksissa.

Samanlaista hämmentävää vierautta koen lukiessani Anna-Liisa Sjögrenin sydänlääkärin muistelmia (Sjögren 1991). Sjögren kertoo elämästään ja työstään lääkärin, joka elää työlleen ja lämmöllä muistamilleen potilaille. Sjögrenillä ei ole elämäkumppania eikä lapsia, mutta siitä huolimatta en lukiessani ole aina selvillä siitä, miten hänen vuorokauteensa mahtuivat iltaan asti venyvää apulaislääkärin työ sairaalassa, yksityisvastaanotto, päivystykset ja tieteellinen työ. Hänelle tuo kaikki on enemmän kiitollisena vastaan otettuja mahdollisuuksia kuin velvollisuus tai edes rationaalinen valinta. Vanhan hyvän ajan lääkärin kertoo omaksi kuvakseen myös intialaissyntyinen, Yhdysvalloissa

toimiva infektio­lääkäri Verghese (1995). Verghesen lääkäri on moniäänisempi, ristiriitaisempi kuin Sjögrenin. Verghese tunnistaa monilla tavoin oma toiseutensa (jota voisin itse nimittää hänen kokemakseen ’second-sexingiksi’): yrityksen olla kuin kuka tahansa lääkäri ja halun kokea todella kuuluvansa maahansa ja yhteisöön­sä, mutta samanaikaisesti ihonvä­rinsä ikuisen merkin muukalaisuudesta. Verghese kirjoittaa ajasta, jolloin aids oli tulossa yleiseen tietoisuuteen, aluksi vain homoseksuaalien miesten tappavana tautina. Hän kuvaa yhtä aikaa omaa vierauttaan kotimaassaan ja sitä vierautta, jonka hän kohtasi potilaidensa oudossa, vielä selittämättömässä taudissa ja vaietussa homokulttuurissa. Verghese eli potilaidensa rinnalla, kuunteli heidän kertomuksiaan, liikuttui heidän kokemuksistaan, auttoi heitä kestä­mään sairauden kärsimyksen ja yhteisön vihamielisyyden. Samalla Verghesen oma toiseus sai vielä yhden, ammattikulttuurisen säikeen: hänen omistautumistaan ei mitattu eikä myöskään palkittu toimenpiteinä ja suoritteina, ja samalla hänen työnsä lääkäri­nä ikään kuin toisarvoistui.

Kaikessa ristiriitaisuudessaan Verghese kertoo arvokkaan lääkäri­n ’antautumisesta lääketieteelle’. Lukiessani tarinaa hänen ristiriitansa tuntuvat vain lisäävän hänen lääkäripersoonansa syvyyttä, yhtä ristiriitaa lukuun ottamatta. Kirjan kuvaamien tapahtumien lomassa Vergheselle syntyy kaksi lasta, joita hän ehtii tavata vain harvoin: iltaisin ja öisinkin hakulaite kulkee hänen mukanaan ja hälyttää aina, kun joku potilaista tarvitsee häntä. Hän elää – kirjassaan ainakin – enemmän potilaidensa kuin lastensa elämää ja tarinoita. Hänen puolisonsa pelkää lasten terveyden puolesta, ja ymmärrän puolisoa samalla kun ihailen Verghesen potilaitaan kohtaan osoittamaa inhimillisyyttä: hän ei suo­jautunut maskein ja käsinein aids-potilasta koskettaessaan. Silti on helppo sanoa jälkikäteen hänen tehneen oikein: tapahtumien aikaan kukaan ei vielä tiennyt, mikä ja miten aidsin tartuttaa. Verghesen tarina avaa lukijalle (vanhan hyvän ajan) lääkäri­n kokemushorisontin, merkitysmaailman, jossa arvokasta on antautua työlle. Tässä yhdessä kohdassa, suhteessa lapsiin, hänen horisonttiinsa katsominen on minulle vastentahtoista, ja siinä kohdassa pysähdyn kysymään kuten Kari-kirurgin kohdalla yllä: eikö tapa, jolla Verghese antautuu työlleen arvotu minussa ja kulttuurissa eri tavoilla riippuen siitä, onko Verghese lastensa isä vai äiti? Kummaksi miellän – miellät – hänet helpommin?

’Vanhan hyvän ajan lääkäri­n’ sukupuoli ei ole yksiselitteinen. Työlle omistautumisen ehdottomuus vihjaa hänen olleen (olevan?) tyypillisesti perheetön tai perheen isä, ei lapsista ja kodista vastuullinen äiti (ks. Lehto 1991, 49). Silti Verghesen kaltainen lääkäri, joka antaa aikaa potilailleen ja elää heidän kanssaan tuntevana ja tunteiden ohjaamana ihmisenä ennemmin kuin tieteen turvin etäisenä, saa naisiset piirteet suhteessa tunteita kaihtavaan myyttiin. Myös Kristina Erikssonin haastattelemien lääkäreiden puheessa tällainen lääkäri määrittä­yi vielä kypsyttömäksi ’tyttö­lääkäriksi’ (Eriksson

2003, 225). Kyse ei ole miestä tai naista pakottavasta jaosta maskuliiniseen ja feminiiniseen, vaan omassakin haastatteluaineistossani on mieslääkäreitä, joiden lääkäriydessä on keskeistä lämpö ja läheisyys. Lämmön ja läheisyyden ja toisaalta viileän etäisyyden vastakohtaisuus kuitenkin sukupuolittuu kulttuurissa. Erikssonia mukaillen voisi väittää, että naislääkärin tasapainoilu sukupuolittuvien merkitysten ja käytäntöjen välillä on vaikeampaa. Mies edustaa ruumiillaan sukupuoletona lääkärin ihannetta ja voi turvallisemmin valita maskuliinisen tai feminiinisen tyylin. Sen sijaan naisen ruumiissa tulee näkyväksi lääkärin sukupuoli, ja hänen lämpönsä tulkitaan helpommin hänen luonnokseen, jonka taas nähdään vetävän pois päin vakaasta, kylmiäkin faktoja käsittelemään kykenevästä lääkäristä.

Lääkäriys elämäntapana tuntuu joka tapauksessa itselleni vieraalta professionaalisuudelta: tunnistan ajattelutavan, mutta en kykene kuvittelemaan omakseni. Vain Sjögreniä lukien suomalainen elämäntapalääkäriys määrittäisikin helposti vain *vanhan* ajan lääkäriydeksi, menneeksi maailmaksi, mutta kohdattuani saman tarinamallin aineistossani nuoren kollegan kertomuksena en voi karkottaa sitä kokonaan menneisyyteen. Se on yhä mahdollista kertoa. Silti ajattelen, että se myyttinen professionaalinen sitoutuminen, josta aineistoni lääkärit pääsääntöisesti neuvottelevat omaa lääkäriyttään, ei ole karismallaan, persoonansa erityislaadulla ja isällisellä otteella potilaitaan elämäntapanaan hoitava vanhan ajan (kunnan)lääkäri, Sjögrenin ja Verghesen tavoin työilleen omistautuva, vaan kyse on enemmän uraa ja määrätietoisuutta korostavasta professionaalisuudesta.

Rakentamalleni myyttiselle lääkärille työ ei ole kerran valittu tai peritty elämäntapa, vaan ammattitaidon ja uran edistämisen ensisijaisuutta. Identiteettiä neuvoteltaessa uran ensisijaisuus kuuluu myös kyseenalaistaa, jolloin yhtä aikaa elämäntarinaaan avautuu tilaa muullekin ja toisaalta mahdollistuu rationaalinen sitoutuminen eli eri vaihtoehtoista valitseva lääkäri ja kertoja. Myytti moniäänistää uran merkityksen jo määritelmällisesti (ks. luku 4; Barthes 1994): myytti menettää myyttiluonteensa, jos se kerrotaan identiteetiksi tai omaksi sitoutumisen tavaksi sellaisenaan. Otan jokusen esimerkin haastatelluista, joissa näkyy työlle omistautumisen dilemmaattisuus, sen samanaikainen arvokkuus ja kyseenalaisuus.

Pyysin elämäntarinan jälkeen *Askoa* kertomaan vielä erikseen lääkärin tarinan, kääntämään näkökulmaa vähän ja kertomaan, miten hänestä on opiskelija työvaiheiden jälkeen tullut juuri se lääkäri, joka hän nyt on. Asko sijoittaa ensin itsensä kolmen sukupolven ketjuun koulutuksellisessa nousussa. Hänen isovanhempansa olivat maanviljelijöitä, hänen vanhemmillaan on opistoasteen koulutus, ja hän itse astui tuntemattomaan maailmaan aloittaessaan opintonsa lääketieteellisessä. Tätä oman silloisen ymmärtämättömyytensä taustaa vasten hän esittää ”karrikoidun esityksen” kasvustaan lääkäriksi: ”kaks ensimmäistä

vuotta mää luin ihan helkutisti, sitten mää en lukenut neljänä vuonna enää mitään”. ”Lääkisaika kasvatti” siihen, ettei kaikkea tarvitse osata eikä liikaa yrittää. Tenttikirjojen ”tahkoamisen” sijaan Asko alkoi tehdä tutkimusta toisen opiskeluvuoden keväällä ja käytti siihen paljon aikaa.

Asko kasvaa ymmärtämään, että kaikki tai ei mitään -periaatteen sijaan hän voi itse valita, mikä häntä kiinnostaa, ja keskittyä sitten siihen. Haastattelun aikoihin, parisen vuotta Askon lääkäriksi valmistumisen jälkeen, hänen väitöskirjansa oli loppusuoralla. Valmistuttuaan hän on väitöskirjan tekemisen ohessa tehnyt päivätyötä lääkärinä ja päivystänyt lisäksi iltoja ja viikonloppuja aluesairaalassa ja terveyskeskuksessa.

(M)ää joskus sitä laskin että päivystin varmaan viiskytää kertaa (...) sen kymmenen kuukauden aikana, ja sitten terveyskeskuksista niin sieltä tietysti kun tuli siellä tutuks niin sieltä sitten tuli tommosia keikkahommia lisäksi, että mää tein kyllä ihan hullun lailla ennen sitä armeijaa niin töitä. Emmää tie sitte, kai oli vähän into päällä, ja kyllähän sie joskus oli semmonen vitsikin siellä aluesairaalassa, että se on jaettu se päivystyslista mun ja kaikkien muiden välillä.

Kysyn, miten Askon aika riittää, ja hän hymähtää, ettei se oikein tahdo riittääkään. Hän olikin vähentänyt päivystyksiä, koska ”ne yöt on niin tappavia, et sä valvot koko yön ni se ei oo sen rahan väärtti että sä oot kaks päivää ihan naatti ja oot silmät ristissä koitat tehdä jotain tutkimuspapieria nin eihän siitä tuu mitään”.

Voin tuntea silmäluomieni painon ja kuvitella uneen karkaavat ajatukset kuunnellessani Askoa. Kerrotun minän narratiivisesta näkökulmasta tutkijan kysymykseni koskee silti enemmän sitä, millaisen lääkärin Asko kertomuksellaan rakentaa oman itsensä kuvaksi ja minulle esiteltäväksi. Hänen esittämänsä sosiaalisesti kelpoon, ammattikulttuurisesti arvokkaaseen lääkäriin (ks. Linde 1993) kuuluu halu sitoa aikansa ja ruumiinsa lääketieteeseen, mutta ei sittenkään kaikki tai ei mitään -periaatteella, vaan myös omia ehtoja asettaen. Lisäksi sitoutumiseen kuuluu ottaa etäisyyttä, minkä Asko tekee kertoessaan lämpimän ironisella sävyllään, samalla, jota kaipasin mainitsemani naislääkärin kerrontaan. Lämpimällä omaelämäkerrallisella ironialla Asko etäännyttää itseään hieman tarinansa päähenkilön tavasta tehdä töitä ”hullun lailla”. Ironiassa on muutoksen mahdollisuus (Gherardi 1995, 145-147), ironia kutsuu arvioimaan uudelleen sitä, mikä ironisesti kerrotaan, tässä tapauksessa yletöntä työmäärää. Vastaavasti luin (luvussa 3.5) Lassi-lääkärin myös itseironian avulla irtisanoutuvan menneestä minästään, joka sivulleen vilkuilematta tähtäsi kirurgin uralle ja väitöskirjaan. Lassi kertoo lääkäriminän, joka etäännytyy Askoa kauemmas lääketieteelle antautumisen vaatimuksesta ja joka päinvastoin haluaa tehdä omat ratkaisunsa myös perheen tarpeet huomioon ottaen.



Myös *Erkin* suhde työmääräänsä on ristiriitainen. Erkki hahmottelee elämäntarinansa sisällysluettelon paperille haastattelun alkajaisiksi, ja yksi alaluvuista saa otsikokseen ”Lisää vapaa-aikaa”. Otsikon voisi laajentaa koko kertomuksen otsikoksi, sillä Erkki puhuu paljon siitä, miten työ vie liian paljon aikaa. Hän on erikoistumisvirassa, ja käytännössä apulaislääkärin työn hoitaminen edellyttää jatkuvasti palkatonta ylityötä; päivät venyvät illasta tunneilla, ja välillä on mentävä aamulla ennen työpäivän alkua latomaan röntgenkuvia taululle röntgenmeetingiä varten. Ylityötä ei ole mahdollista ottaa vapaina takaisin (ei ollut ainakaan vielä haastattelun aikaan, ennen työaikalain soveltamista lääkäreihin), eikä siitä myöskään makseta korvausta. Työn päälle tulevat vielä päivystykset. Erkki päivystää kotona, mutta viikonlopun aikana ”sie saa juosta kerran kahteen tuntiin”, eli lepo jää vähiin. Haastattelua edeltävänä iltana Erkki oli päivystänyt, hän oli tullut kotiin kahdeltatoista yöllä, ja aamulla oli oltava seitsemältä klinikalla ”jossakin ihmeellisessä seminaarissa”. Ja kaiken päälle painostus tieteellisen tutkimuksen tekemiseen.

Jo ensimmäisiä haastatteluita tehdessäni loppuvuonna 1996 käytiin keskustelua työaikalaista, joka tuli koskemaan lääkäreitä vuonna 1997. Erkki kommentoi kertomuksellaan keskustelua työaikalaista ja lääkäreiden mahdollisesta siirtymisestä vuorotyöhön; hän toivottaa lain tervetulleeksi. Hänellä on yksityisvastaanotto, jota hän piti kahtena iltana viikossa ennen työaikalakiakin ja jolla hän voisi korvata laista seuraavan palkanalenemisen. Vapaa-aikaa laki tuskin hänelle lisäisi, mutta työ olisi päivystystyötä mielekkäämpää ja työ-aikojen suhteen hallitumpaa ja itsenäisempää. Useimmat haastateltavistani pitivät lakia tervetulleena, kun asiaa heiltä kysyin. Käytännössä laki lienee vaikuttanut työtuntimäärään. Lääkäriilyn apulaisneuvottelupäällikkö Mikko Kankaan mukaan jotkin sairaalat ja klinikat ovat perinteisesti edellyttäneet palkatonta ylityötä, mutta valitukset näistä klinikoista ovat vähentyneet tai jopa loppuneet työaikalain voimaantulon jälkeen (Kangas, henkilökohtainen tiedonanto 28.11.2003). Lainsäädännöllä on mahdollista haastaa myytti, mutta tuskin kumota sitä kokonaan. Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen kysymys on, miten (nuoret) lääkärit nyt suhteuttavat omaa professionaalisuuttaan kaikki tai ei mitään –sitoutumisperiaatteeseen.

Erkin äänessä on hitu lämmintä ironiaa, mutta hän kritisoi työmäärää myös suoraan samalla, kun kertoo omaa kelpoisuuttaan ja pätevyyttään sen kautta. Tarinassa ei ole kuitenkaan kyse ’vain’ sanoista, vaan tarinat kiinnittyvät maailmaan ja elämään. Institutionaalista näkökulmasta nuoreen lääkäriin kohdistuva paine tehdä töitä enemmän kuin työpäivään mahtuu, päivystää päälle ja vielä kirjoittaa väitöskirjaa, on sukupuolen suhteen epätasa-arvoistavaa. Epätasa-arvo ei koske kaikkia samalla tavoin, mutta perheellistä naislääkäriä ja pienten lasten äitiä minun on vaikeampi kuvitella Erkin asemaan, jossa vuorokauteen mahtuu niin venyvä virkatyö, yksityisvastaanotto kuin päivys-

tysselvöllisuuskin. En haluaisi kuvitella siihen pienten lasten isääkään (Erkillä ei ollut lapsia haastattelun aikaan), mutta niin kauan kuin yksilönkehityksen teorit eli mallitarinat ensisijaistavat äidin pienen lapsen hoitajana, äiti kantaa syyllisyyden (Vuori 2001).

*Minnan* kertomus on esimerkki siitä, miten lääketieteelle antautumisen halu ja vaatimus moniäänistävät identiteetin, mutta eivät niinkään synnytä työmäärälle kriittistä, kertomuksen päähenkilöä lämpimästi ironisoivaa kertojaa. Jos *Minnan* tarina pitäisi tiivistää yhden juonen ympärille, se olisi perheeseen ja työhön sitoutuneiden minien rinnakkaiselo, ei niinkään niiden kohtaaminen tai törmääminen. *Minnalla* on pieni lapsi, ja hän sanoo asettaneensa asiat sellaiseen järjestykseen, että perhe tulee ensin ja muut asiat, myös työ, vasta sitten. Hän teki myös loppuvaiheissa olevaa väitöskirjaa haastattelun aikaan, mutta oli väiteltävään päättänyt keskittyä kliiniseen työhön. Tulevan erikoisalansa hän oli valinnut kiinnostuksen perusteella, mutta perusteli valintaa myös päivitysselvöllisuuden puuttumisella ja siten mahdollisuudella olla ”joskus kotonakin”. Tutkimustyössä *Minnalla* oli vapaat työajat, ja hän teki toisinaan töitä viikonloppuna ja oli yhden arkipäivän lapsen kanssa kotona.

Ennen lasta *Minna* teki töitä paljon, vapaita viikonloppuja ei juuri ollut, ja äitiyslomallakin hän luki ja kirjoitti vauvan päiväunien aikaan, iltaisin ja viikonloppuisin. Hän ei pidä mahdollisena ajatusta, että olisi jonkin aikaa lapsen kanssa kotona hoitovapaalla tilanteessa, jossa työ vaatisi esimerkiksi päivystämään viikonloppuja, ”mut nyt mä en aio sitä tehdä koska mun pitää saada nää tutkimushommat myös päätökseen”. *Minna* pitää työstään, mutta sitoutuminen siihen ei ole vain hänen vapaa valintansa: sitä myös tutkimusryhmässä häneltä odotetaan. Hän ei pitänyt koko äitiyslomaa (vanhempainlomaa), ja aikaisen työhönpaluun ratkaisun kertominen tarinassa avaa sen moniäänisyydelle. Lainaan pätkän purkamaani haastattelua näyttääkseni, mitä tarkoitan monilla äänillä ja äänten vuorottelulla:

1. sillon ku mä sit olin päättäny et mä rupeen lasta hankkim-
2. =aikanani aattelin et kyllä tää täs joskus edistyy että saadaan projektit pois niin
3. sit kuitenkin päätti sitä lasta hankkia ja muuta niin
4. sit niinku kuitenkin mäki
5. mä tein kyllä kotona
6. mä oon tehny kotona paljon töitä
7. että et tota mähä tein sillai et ku Teemu nukku viiden tunnin päiväunia ni mä pystyin kirjojtelee hirveesti,
8. mä tein tarvittaessa iltoja
9. mun mies tuli kotiin taas töistä ja viikonloppuja ja muita sillai,
10. mut sit tuntuu niinku nyt et et myi hirveesti sitä aikaa

11. mut tuli itelle semmonen jotenki paniikki sillon ku sit kuitenkin päätti ilmoittaa sen et (naurahdus) nyt olen raskaana ja jään (naurahdus) pois niin se tuli että
12. mutta emmä sitte koko äitiyslomaa kuitenkaa pidä,
13. et tuli sellanen niinku et jotenki halus kuitenkin ---
14. emmä tie kai siitä tuli sit vaan luvattua (hymähdys) että tulen takaisin
15. eikä siit varmaan ois tullu sit mitään vaikkei olis tullukkaan
16. mut sit kuitenkin oli jo tullu ja

Minnan kerrontaa voi tässä kuunnella kahden äänen neuvotteluna. Äänistä toinen on se, jolle etusijalla on perhe, toinen taas painottaa sitoutumista työhön. Perheäni aloittaa tämän episodin päätöksellä lapsen hankkimisesta. Työääni huomauttaa heti seuraavalla rivillä, että tarkoitus oli alun perin saada tutkimusprojekti ensin pois alta, mutta, perheäänellä, ”sit kuitenkin päätti sitä lasta hankkia” (rivi 3). Työääni vaatii puheenvuoron heti perään ja vakuuttaa, että Minna oli tehnyt paljon töitä (projektin venyvyys ei siis ollut hänen laiskuudestaan johtuvaa) ja jatkoi ahkeruimistaan lapsen synnyttyäkin (rivit 4-9). Minna toistaa tässä työöänellään moneen kertaan saman vakuutuksen siitä, että hän teki koko ajan myös töitä, ja tämän toiston tulkitsen kertovan vahvasta kerrontaa ohjaavasta työhön sitoutumisen odotuksesta (odotusanalyysistä ks. edellä 3.5 ja 3.7; Löyttyniemi 2001b; 2003; Hyvärinen 1994; 1998; Komulainen 1998).

Rivillä 10 perheäni kääntää taas kerronnan näkökulman omakseen; Minnasta tuntuu nyt, haastattelun hetkellä, että hän myi ”hirveästi” aikaa työlle. ”Hirveä” on arvioiva termi ja kerrontaa ohjaavan odotuksen ilmaisun sekin; perheänen arvion mukaan työ vei liikaa aikaa verrattuna siihen, mikä olisi ollut toivottavaa. ”Mutta” kääntää näkökulman ja vaihtaa ääntä jälleen rivillä 11, jossa työääni perustelee työntekijän määrää. Rivillä 13 työääni edelleen selittää (selittelee) äitiysloman lyhyttä, mutta ei onnistu vakuuttamaan perheääntä. Rivillä 14 perheäni ironisoi ja arvioi hymähdyksellä epäilyttäväksi työäänien perustelun, joka tässä ulkoistuu Minnan omasta tahdosta ja velvollisuudentunnon tutkimusryhmälle annetuksi lupaukseksi. Nyt kertoessaan Minna arvioi (perheäänellä), ettei lupauksen rikkomisesta olisi ollut seuraamuksia, mutta hän oli ratkaisunsa jo tehnyt (rivi 16).

Minnan kertoma lääkäri elää perheeseen ja työhön sitoutumisen dilemmaa. Kumpikin sitoumus vetäisi hänet kokonaan, mutta hän haluaa jakaa, ja kertomuksensa perusteella onnistuukin siinä. Hän ei vaienna kumpaakaan äänistään, molemmat saavat esittää vaatimuksiaan ja toiveitaan, ja elämän palapeli (Salmi 1996) on sitten vain koottava uskollisena kummallekin.

Lääkärimyytin maskuliinisuuden kannalta olennaista on kuitenkin se, että sekä kliininen työ päivystyksineen että Minnan tutkimustyö painaa sitoutu-

maan jos ei nyt aivan kaikki tai ei mitään -periaatteella niin joka tapauksessa enemmän kuin pienen lapsen vanhempi voi, muuten projektit eivät etene tai kliinisessä työssä ammatitaito kartu; hän kertoo, ettei tutkimusryhmässä ”kukaan ehdi mitään äitiyslomiaan pitää”. Myytti on syntynyt silloin, kun lääkärin yksityiselämästä huolehti kotona vaimo. Vaikka käytännön työn järjestelyt ja työaikalaki nyt mahdollistavat usei(mmitte?)n yksityiselämän ja työn yhdistämisen, kuva työhön itsensä upottavasta lääkäristä on yhä arvokkaan ja arvostetun lääkärin kuva, johon nuoretkin lääkärit itseään soveltavat tai josta kieltäytyvät. Lääkäriäidille sovittelun hintana on syyllisyys ehkä joka tapauksessa, Minnan sanoin ”aina sitä kai itelleen hakee joitan pientä huonoo omaatuntoo” siinä, missä ei tunne riittävänsä, aikansa riittävän, sekä lapselle että työlle.

Ehdotusta lääketieteen opiskelijoiden mieskiintiöistä Helsingin tiedekunnassa perusteltiin 1980-luvun puolivälissä sillä, ettei naisten koulutusta voinut täysin hyödyntää pitkien perhevapaiden vuoksi (HS 1986). Lääkärikunnan naisistumisen pelättiin johtavan erikoislääkäripulaan ja toisaalta tutkimustyön näivettymiseen naisten hidastellessa uraputkessa. Helsingin Sanomien mukaan muun muassa medisiinariilitto vastusti jyrkästi kiintiöitä. Medisiinariiliton puheenjohtaja esitti, että naisten karsiutuminen kirurgin uralta johtui enemmän ammattikunnan sisäisistä asenteista ja alan perinteisestä miehisyydestä kuin naisten haluttomuudesta sitoutua raskaaseen ja aikaavievään työhön. Edelleen hän perusteli kielteistä kantaa kiintiöihin sillä, että vain harva naislääkäri pitää äitiyslomansa täysimääräisenä eikä yhden tai kahden lapsen synnyttämisen vie aikaa työelämäältä paljoakaan enempä kuin miehen vasta valmistuttuaan suorittama varusmiespalvelu. Ihanteeksi neuvoteltiin nytkin ensisijainen ja kertakaikkinen sitoutuminen kliiniseen ja tieteelliseen uraan ja tavalla, joka teki muista sitoumuksista naisisen ongelman.

Luin peräkkäin Anna-Liisa Sjögrenin muistelmat ja toisen lääkärin omaelämäkerrallisen kirjan, Juhani Seppänen *Ensimmäinen sana on isä* (Seppänen 2000), ja nämä kaksi asettuivat siksikin ajatuksissani dialogiin. Seppänen suhtautuu pikemminkin epäilevästi koko töissä viihtymisen tavoitteeseen – ”ehkä jälkiteollisessa yhteiskunnassa ihmisen olisi parasta vieraantua työstään ettei vieraantuisi itsestään ja perheestään” (mts. 147). Hänen kertomuksessaan lääkäriys on jonkinlainen miellyttävä sivumaku, ja kirjan varsinaisena aiheena on isyys, jolle suhde työhön elämän välttämättömyytenä jättää paljon aikaa ja tilaa; työ ei vie kaikkea. Ihailen tapaa, jolla Seppänen luo mieheyttään isyydestä, mutta samalla hänen kertomuksensa tuntuu tahtomattani vaaralliselta. Kyse on uskoakseni siitä, minkä hän itse muotoilee näin:

Objektiivisesti tarkastellen minut saattoi nähdä työurallaan turhautuneeksi mättömäksi mieheksi, joka kääntyi kompensatorisesti isyyden tehtävien puoleen

omaa egoaan pönkittääkseen. Johtopäätösten vedon jätän muiden huoleksi, mutta jos näin on ollut, eikä ole onnellista että vaihtoehto on ollut tarjolla? (Seppänen 2000, 143).

Työhön sitoutumisessaan ehdoton lääkärimyytti ikään kuin kuuluu kyseenalais-  
taa, mutta vain osittain: liika luopuminen on ammattikulttuurisesti arveluttavaa. Sjögrenin kuvaaman ja Eijan haastattelussaan ihanteeksi ottaman elämäntapa-  
palaäkäarin ja Juhani Seppäsen isyydestään kirjoittavan kollegan tarkastelu  
rinnakkain tekee minut joka tapauksessa kriittiseksi omia vierauden ja vaaran  
tunteitani kohtaan. Ehkä tunteet voisi koettaa korvata erojen vaalimisella (ks.  
6.1 eron etiikasta), toisin sanoen käsityksellä, jonka mukaan lääkäriyksiä on  
erilaisia ja yhteismitattomia, samoin kuin tapoja, joilla työhön sitoudutaan.

### *Perheen ja työn sitoumukset*

Perhe tai lapset ei ole haastatteluissani ainoa asia, jolle lääkärit haluavat ajan  
riittävän työn ohella. Lääkäri 98 -tutkimuksessa mahdollisuus harrastuksiin  
ja itsensä toteuttamiseen oli tullut tärkeämmäksi lääkäreiden arvomaailmassa  
verrattuna viisi vuotta aiemmin tehtyyn kyselyyn (Hyppölä 2000, 64). Haas-  
tattelemistani lääkäreistä yksi lääkäri oli suuntautunut myös taiteelliselle  
uralle (ja samalla hyvin vahvasti sitoutunut lääketieteeseen), ja esimerkiksi  
kyseenalaistamatonta uralle sitoutumisen ajatusta vastustava Lassi oli haastat-  
telun aikaan lapseton. Perhe on kuitenkin haastatteluaineistossani yleisimmin  
esiintyvä työn ulkopuolinen sitoumus (haastattelemistani miehistä seitsemällä  
ja naisista viidellä oli lapsi(a) haastattelun aikaan), joten painotan pohdintani  
siihen. Perhe on myös kulttuurin keskeinen sukupuolen neuvottelun paikka  
(Oliver 1997).

Avovastausaineiston perusteella tulkitsemme, kirjoittajakumppanini ja minä  
(Löyttyniemi ym. 2004), että äitiydestä käsin on mahdollista rakentaa maailma,  
johon perhe ja lapset tuovat merkityksen riippumatta siitä, edistyykö lääkärin  
ura vai ei. Käytännössä perheen asettaminen etusijalle voi olla yhtä vaikeaa  
kuin Minnan kertomuksessa edellä, mutta joka tapauksessa työn ja äitiyden  
yhtäaikaisuus tuottaa sitoutumisen muotoja, jotka eivät noudata kaikki tai ei  
mitään -periaatetta uran suhteen eivätkä kavahda katkoisuutta. Kulttuurim-  
me myytit ja yksilönkehityksen teoriat vetävät miestä maskuliiniseen. Toisin  
sanoen miehen on ehkä vaikeampi rakentaa isyydestään uskottavaa haastetta  
lääkärimyytin kaikki-periaatteelle, vaikka Tamperelaisen esittelemä Jukka-  
lääkäri (5.2. yllä) ja Juhani Seppänen (2000) niin tekevätkin. Elämäntarina  
voi kuitenkin antaa isyydelle enemmän tilaa kuin uran näkökulma: haastatte-  
luaineistoni seitsemästä isästä neljä antaa isyytensä tulla osaksi lääkäriyttään

tavalla, joka tuottaa ammattiin sitoutumisen *paljon*-periaatteen – ei siis kaikkea kuitenkaan.

Tarinan rakentamisessa tämä tarkoittaa etenkin kolmen haastattelemani mieskertojan (Yrjön, Aaron ja Terhon) kohdalla sitäkin, että ihmissuhteet, perhe ja isyys kulkevat koko ajan rinnakkain ja lomittain uran kertomuksen kanssa; ura ei määrää elämäntarinaa. Tästä ei voi suoraan päätellä paljonkaan siitä, ovatko juuri nämä kertojat niitä, jotka eleyssä elämässään myös toteuttavat perheen ja työn rinnakkaisuutta, vaan päättely kulkee toiseen suuntaan: koska he voivat kertoa elämän, jossa lääkäriys ja isyys sopeutuvat toisiinsa, he voinevat elämässäänkin perustella sopeuttavia ratkaisujaan. Toisaalta nämä kolme ovat tulleet isiksi jo opiskeluaikanaan, eli heidän lääkäriytensä on kasvanut osaksi lapsiperheen arkea lähes alustaan asti. Esimerkiksi *Yrjö*, joka tuli isäksi ensimmäisen kerran jo ennen lääkäriopintojaan, kertoo näin:

Vanhimman tyttären syntyminen se oli tietysti isoimpia käännekohtia tässä elämässä (...) Mä rupesin tekeen sillain esimeks työvuorot että mä valvoin aika paljon, mul oli pitkiä vapaita ja pystyin järjestään sillain et mä olin ton tyttären kans sitte kotona aika paljon, että (tyttären) ei tarvinnu olla paljon tarhassa (...) Vaimo opiskeli tossa välillä, (...) silloinki painottu se et mää hoidin kun hän opiskeli niin tyttärtä.

Sama lomittaisuus jatkuu opiskeluaikana, jolloin Yrjö luki tenttiin kantaen ja taputellen samalla olkapäällään koliikkia itkevää keskimmäistään, ja se jatkuu kertomuksen nykyhetkessä, jolloin Yrjö työskenteli terveyskeskuslääkärinä.

Mä teen siihen viiteentoista kolmeenkymmeneen, siihen saakka mä teen niin paljon kun vaan tarvii tehdä ja ei siinä mitään, ilman rutinoita, mut jos viistoista kolkkytä mulle tullaan sanoon (naurahdus) että nyt tää vie pitäs kattoo niin siinä vaiheessa mä sanon että kiitos ja näkemiin. (...) Se on ihan käytännöstäki tietysti, meil on toi nuorimmainen tarhassa niin että sen saa haettua.

Muutamat muut haastateltavistani esittivät näkemyksen lääkärin akateemisen koulutuksen ja tulossa olleen työaikalain mahdollisesti tarkoittaman vuorotyön ajatuksellisesta yhteensovittamattomuudesta. Yrjölle vuorotyön mahdollisuudessa ei ollut kyse profession arvosta ja arvostuksesta, vaan mahdollisuudesta saada lisää liikkumavaraa perheen ja työn yhteensovittamiseen ja lisää aikaa olla ”kotona likkojen kans”. Samalla hän tulee haastaneeksi edellä rakentamani myyttisen, maskuliinisen lääkärin, joka ei tunnusta muita arvoja ohi professionaalien erityisen arvokkuuden säilyttämisen. Yrjö kertoo myytin tilalle lääkärin, jonka arvo on kyvyssä jakaa sitoumustaan toisten tarpeiden ja tilanteiden mukaan. Hänenkään lääkärinsä ei silti ole yksinäinen, vaan työn

asettamat odotukset vetävät kertomusta ja laimentavat hetkittäin ”pyrkimykseksi” työajan rajoittamisen ehdottomuuden:

Työasioista ja muista niin oon jättänyt niitä vähemmälle, päivystyksiä ja muita, etten mä tee niitä enää niinkään paljoo, pyrkiny ainaki siihen.

Tulkintani mukaan kyse on yhtä aikaa institutionaalisesta paineesta päivystä, omasta motivaatiosta tehdä työtä enemmänkin kuin muut sitoumukset helposti antavat myöten ja kertomisen tilanteeseen liittyvästä herkkyydestä, jolla Yrjö osoittaa tuntevansa nuoren lääkärin ristiriidan sitoumustensa keskellä – eläähän hän tuota ristiriitaa itse *pyrkiessään* välttämään ylityöt ja liiat päivystykset.

*Aarolla* sitoumus perheeseen on myös keskeinen kertomuksen teema, mutta sen pariin asettuu oma aika, oman itsen kehittäminen, ei pelkästään työ ja ura kapeasti ymmärrettyinä. Lasten läsnäoloa kertomuksessa olisi kai vaikea välttääkään, kun kertominen tapahtui Aaron kotona lastenhuoneessa, jonka oven taakse lapset oli haastattelun ajaksi siirretty jatkamaan leikkejään. Aaron ensimmäinen lapsi syntyi opiskelun alkuaikoina, ja nyt jälkikäteen Aaro kohtelee lämpimällä ironialla silloista, ”hirveen nuorta” minäänsä, joka tarvitsi vielä aikansa kasvaakseen vastuuseensa. Tämä tapahtuu kertomuksessa vasta opiskelun loppuvaiheessa:

Sit kun mä tajusin sen oman vastuun ja oman asemani tässä systeemissä niin sen jälkeen tää tämmönen suoriutumismotiivi on ollu hirveen voimakas. Mä päätin että mä en missään tapauksessa viivästyä opiskelujani, että mun täytyy valmistuu heti, koska taloudellisesti ja muutenki sit se vastuu korostu.

Vastuulla on muitakin merkityksiä kuin taloudellinen. Jo opiskeluaikana Aaro oli elänyt hetken aikaa kahdestaan esikoisen kanssa ennen kuin vaimo sai siirron opiskelemaan samalle paikkakunnalle, ja valmistumisen jälkeen huonossakin työllisyystilanteessa vaimon opiskelupaikka satoi Aaronkin hakemaan töitä vain kotipaikkakunnalta. Aaro ei tarinassaan juuri käy ajastaa neuvottelua työn ja perheen välillä, vaan pohtii sitä, miten aika ei riitä mihinkään muuhun: ”ehkä se kuuluu tähän vaiheeseen, ettei ne nyt ne lapset niin kauheen kauaa pieniä oo”. Aaro kertoo olevansa kiinnostunut asioista ja asioiden taustoista myös oman alansa ulkopuolelta, hän on suorittanut jonkin verran opintoja yhteiskuntatieteissä ja haluaisi jatkaa, hän nauttii ylipäätään lukemisesta. Ristiriidan paikka on siinä, missä häntä ”ärsyttää ja pelottaa se, että mä yhä enemmän luen sanomalehden niin että mä luen ainoastaan otsikot”. Toisaalta omat lapset ovat tuoneet kokemusta ja herkkyyttä, jonka Aaro sanoo olevan ”suurenmoinen apu” hänen työskennellessään raskaana olevien naisten kanssa. Hän nauttii työstään ja haluaa olla hyvä herkällä alallaan, ja samalla

hän tietää omaksi vahvuudekseen sensitiivisyytensä, kykynsä aistia ääneen lausumatonta, ”haistaa”, mitä potilas haluaa. Isyys sekä repii että rakentaa Aaron omakseen kokemaa minuutta, myös hänen lääkäriminäänsä.

*Kalevin*, kuten useimpien muidenkin haastateltavieni, kertomus tavoittelee tapahtumien elettyä järjestystä, vaikka kerrottua arvioivat paluut (Hyvärinen 1994; Tannen 1993; Löyttyniemi 2001b), poikkeamat kronologiasta, väistämättä elävöittävät suoraviivaista kulkua. Opiskeluajastaan hän kertoo vetäen yhteen, tehden kokonaisarviota. Todettuaan käyttäneensä opiskeluun ”ne lasketut kuusi vuotta” hän palaa ”merkittäviin tilanteisiin”. Niihin sisältyy syventävien opintojakso, josta monien mutkien kautta lopulta tuli hänen yhä jatkuvan tutkimustyönsä alku, osittain johtuen äkkiä alkaneesta lamasta ja vaikeudesta saada kesäksi muuta, kliinistä työtä. Näihin vaiheisiin astuu kertomuksen näyttämölle myös silloinen tyttöystävä, nykyinen vaimo, jonka tapaaminen lukeutuu Kalevin opiskeluvuosistaan poimimiin merkittäviin tapahtumiin.

Tapaaminen sijoittuu opiskelun ensi vuosiin, ja ”tarina tyttöystävästä” ikään kuin avaa elämäkertomuksen uudelleen. Kalevi käy vielä läpi opiskeluvuodet ja jatkaa yli valmistumisen kerronnan nykyhetkeen ja kohti tulevaa kietoen nyt yhteen työnsä, perheen ja lapset sekä vaimon kanssa yhteiset visiot, kun aiemmin kertomuksessa näkökulma oli hänen yksin. Kalevi valmistui samoihin aikoihin kuin perheeseen saatiin esikoinen, ja tämä muutosten aika toi mukanaan ajankäytön muutoksen:

Mä sain assistentin hommia silloin, joka oli erikoistumisvirka, elikkä tavallaan alotin erikoistumaan siitä suoraan .. ja lapsi alkoi kasvaa ja viedä yhä enemmän ja enemmän aikaa, jolloin tavallaan tää painopiste siirtyi töistä paljolti sinne kotiin.

Tässä lainauksessa kuuluu se keveys, jolla Kalevi kertoessaan ylittää julkisen ja yksityisen, lääkärin uran ja isyyden rajan; ’ja’ rinnastaa ne, vain pieni tauko edellä osoittaa siirtymän sfääristä toiseen. Kalevi jatkaa lainausta siihen, miten sekä hän että hänen vaimonsa olivat tottuneet tekemään paljon töitä ennen lapsia – Kalevi siis tutkimustyötään opiskelun ohessa: ”Siihen mennessä mä olin tehny paljolti semmosta kahentoist-neljäntoista tunnin työpäivää niin opiskeluaikana kun sitte kesätöinä .. ja niin vaimokin.” Nyt elämä on asettunut uomiin, joissa ”satsaa enemmän siihen kotielämään” ja joissa työpäivän pituus on yhdeksän tuntia ja lisäksi pari-kolme päivystystä kuussa. Kalevi kokee työnsä haastavana ja mielekkäänä, ja hän on sitoutunut siihen, mutta vain sopivassa määrin. Kaleville tämä on tasapainon tila; hänkin mainitsee jonkin harrastuksen jääneen lasten myötä, mutta se ei saa samanlaista luopumisen



merkitystä kuin Aaron tarinassa. Kertomus ei vedä sen paremmin työn kuin kodinkaan suuntaan, niiden välillä ei ole ristiriitaa.

Silti se 12-14-tuntisen työpäivän lähtökohta, johon nähden Kalevi satsaa vähemmän työhön ja enemmän kotiin, on aika lähellä myyttisen lääkärin täydellistä sitoutumista. Niissä avovastausaineiston vastauksissa, joissa tulkitsimme naislääkärien raivaavan äitiydestä tilaa täydellisen uraan sitoutumisen odotuksen kyseenalaistamiselle, voi lukea naisten ”kotielämään satsaamisen” tarkoittavan kotiäitiyttä tai ainakin uran luomisen tilapäistä toissijaisuutta. Kaleville taas perheeseen asetettu painopiste tarkoittaa työpäivän lyhentämistä vain yhdeksään tuntiin. Käytännössä perheen asettaminen arvona työn ja uran edelle tarkoittaa siis erilaisia ratkaisuja ja ideaalituloja. Sukupuoli on mukana tilojen neuvottelussa, mutta ei yksioikoisesti. Kalevia kuunnellessani olen taipuvainen ajattelemaan, että hänelle yhdeksän tunnin työpäivä on keskittymistä perheeseen, koska miehen paikka lähtökohtaisesti on yhteiskunnan julkisessa puoliskossa, työssä perheen elättäjänä, luomassa uraa. Vastaavasti tulkitsin Minnan työn ja perheen ristiriitaa kulttuurimme kehityopsykologisia itsensänselvyyksiä vasten – ne kirjoittavat nimenomaan äidille lapsen varhaisen vastuun ja samalla syyllisyyden ja viittaavat äidin kuuluvan kotiin.

Uran ja perheen sitoumukset lienevät paitsi sukupuoli- myös sukupolvikysymys. Siitä voi lukea vihjeen Nuori lääkäri -lehden artikkelissa, jossa selostetaan PWG:n (Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors) kevätkokousta vuonna 1993 (Ailus 1993). Kokouksessa oli käsitelty EY:n valmisteilla ollutta työaikadirektiiviä. Euroopan lääkärijärjestöjen yhteistyöelin (Comite Permanent, CP) oli hyväksynyt näkemyksen, jonka mukaan lääkäreiden työaikoja ei pitäisi säädellä direktiiveillä. Sen sijaan PWG:n kokouksessa nuorempi lääkärisukupolvi hämmästeli näkemystä ja piti puolestaan lääkäreillekin tärkeänä työaikasäädösten suojaa. Artikkelin kirjoittaja selittää näkemyseroa näin:

CP on perustellut esitystään mm koulutuksellisilla aspekteilla. Kokonaistyöajan pituus on vanha kiista senioreiden ja apulaislääkäreiden välillä. Seniorit kun ovat helposti sitä mieltä, että alle 80 viikkotunnin ei lääkärin työtä voi oppia, koska eivät ole sitä itsekään vähemmällä saaneet. PWG korostaa kannanotossaan, että erikoistumiskoulutuksen laatu ei välttämättä korreloi työpaikalla vietettyihin tunteihin, vaan saatuun opetukseen ja sen hyvään suunnitteluun ja toteutukseen. (Ailus 1993, 16.)

Näkemyseron julkituotuja perusteluja kuvataan tässä eriävinä käsityksinä lääkärin koulutuksen laadusta. Sukupuolen näkökulmasta samalla neuvotellaan lääkärimyytin ehdottomuudesta. Jos lääkärikoulutuksen ajatellaan vaativan 80 tunnin viikkotyömäärää, lääkäriksi oppiva voi olla vain perheetön tai sel-

lainen, jonka kodin ja lapset hoitaa joku muu. Tämän kirjoituksen perusteella sukupolvessa tapahtunut muutos suhteessa myyttiin on Euroopan laajuinen ilmiö. Nuori suomalainen lääkärisukupolvi, jonka kertomuksia olen tutkinut, on kasvanut 1960-1970-lukujen perintönä tasa-arvoajatteluun. Silloin, kun he viittaavat tasa-arvoon suoraan, kuten Laura (sivulla 153), tarkoituksena on usein häivyttää sukupuoli ja korostaa miesten ja naisen samanlaisuutta. Ajattelun tasa-arvon kuitenkin kuuluvan kerronnan taustalla usein silloinkin, kun sitä ei lausuta ääneen. Tasa-arvodiskurssi ja puhe uudesta isyydestä mahdollistavat sen, että mieslääkäri tarvitsee ja vaatii työltä enemmän aikaa perheelleen. Naiselle tasa-arvoideologian yleensä ajatellaan tarkoittavan miehen kanssa yhtäläistä mahdollisuutta kodin ulkopuoliseen työhön ja uraan (ks. Julkunen 1994), mutta samalla perheellinen nainen neuvottelee omaa identiteettiään suhteessa äidin kaiken vaativaan myyttiin ja perheideologiaan. Äitiys auttaa haastamaan lääkärin uran ehdottomuuden, mutta samalla se pakottaa enemmän kuin isyys miestä. Tasa-arvon merkitys identiteetin neuvottelussa on sukupuolille erilainen samalla, kun sen merkitys on erityinen jokaisessa miehen, naisen ja lääkärin tarinassa.

Kristina Eriksson (2003) tulkitsee tasa-arvon eroa vielä jyrkemmin. Hän haastatteli ruotsalaisia lääkäreitä paitsi työssä myös pariskuntina kotona. Lääkäriyden ja sukupuolen neuvottelun areena siis muuttuu, vaikka ammatillisiin ja kotoisiin yhteyksiin kiinnittyvät merkitykset eivät olekaan erillisiä. Pariskunnan luodessa yhteisyyttään keskeistä neuvottelua käytiin perheen sisäisen työnjaon ympärillä, ja ajatus naisen (luonnollisesta) halusta ensisijastaa lapset tarjoutui selitykseksi, joka vaikuttaa niin miehen kuin naisenkin ammatillisissakin yhteyksissä: lääkärit kuvasivat muun muassa 'superlääkärin' kirjoittamatonta normia, jonka mukaan leikkauksesta ei lähdetä kesken, vaikka "pikkukaveri istuisi päiväkodin rappusilla odottamassa" (Eriksson 2003, 271), eikä sairaan lapsen kanssa jäädä kotiin – "onhan lapsella äiti". Vaativan lääkärin työn ja perheen yhteensovittamisen liki mahdottomuus oli pari- ja perheneuvottelujen lähtökohta, ja tasa-arvo, usein kotityönjaon ja lastenhoitovastuun tasajaon merkityksessä, oli ääneenlausuttu tavoite ja ideaalitila. Käytäntö sitten poikkeaa. Poikkeamien selityksiä analysoidessaan Eriksson päätyy tulkintaan, jonka mukaan lääkäriheteroparista mies neuvottelee tasa-arvon ja modernin isyyden avulla itselleen valinnan mahdollisuuden ja vapauden, jonka rajat asettaa vain työn vaativuus. Sen sijaan nainen kysyy tasa-arvoaan mieheltään ja omalta naiseudeltaan, jonka kulttuurinen olemus on olla (ei vapaa vaan) vastuussa sekä kodista ja lapsista että parisuhteen harmonian vaalimisesta (mts. 333).

Eriksson väittää, ettei tasa-arvo ristiriitaista miehen identiteettiä, vaan päinvastoin tarjoaa uuden areenan, perheen, toteuttaa miehistä autonomiaa. Oma tulkintani on lievempi. Ehkä tutkimuksessani elämäntarinan kahdenkeskinen

kertominen haastattelijalle antaa enemmän tilaa koetella paitsi lääkäriyden myös sukupuolen totuttuja merkityksiä kuin Erikssonin haastattelutilanne, jossa pariskunnan saattaminen keskustelemaan kodin työnjaosta jo kutsuu esiin tasa-arvokeskustelun ja miehen ja naisen vastakkaiset näkökulmat (vrt. Lindgren 1999, 140). Yhteen kertojaan ja tarinan moniäänisyyteen keskittyen on helpompi painottaa miehen tasa-arvopuheen ja uuden isyyden ideologian tarjoamaa muutoksen mahdollisuutta sukupuolten perinteisissä suhteissa. Tutkija-lukijalla on myös vastuu siitä, kumpaa hän painottaa – kulttuurin totunnaiset käsitykset ja sukupuolten myytit vetävät myös hänen tulkintaansa. Tulkitsen kyllä, että äitimyytin ja lääkärimyytin vaatimukset täydellisestä sitoutumisesta kohtelevat äitiä vanhempana julmemmin kuin isää. Silti se, millainen ristiriita työstä ja sukupuolesta kussakin (naisen tai miehen) tarinassa tulee – vai tuleeko lainkaan – vaihtelee; Arthur Frankia (1993, 43) soveltaen voisi sanoa, että sukupuoli selittävänä tekijänä ei auta arvaamaan, miten kukin mies- tai naislääkäri vanhemmuutensa kertoo.

Palaan vielä omaan aineistooni ja perheen merkityksiin parissa kertomuksessa, joissa ristiriita ei asetu perheen ja raskaan työn väliin, vaikka koskettaakin niitä molempia (Inari), tai joissa uratoiveiden ja isyyden välinen valinta on edellisiä ehdottomampi (Terho). Kaikkiaan haastatteluaineistoni naislääkäreistä viidellä oli lapsi(a) haastattelun aikoihin. Heistä yksi oli äitiyslomalla, kaksi kliinisessä työssä ja kaksi päätoimenaan tutkimustyössä. Viimeksi mainituista Minna oli edellä esimerkkinä siitä, miten sekä työ että lapsi vetäisi äitiä enemmän kuin äidin aika antaa myöten; toisen tutkijaäidin kertomus muistuttaa Kalevia siinä, että ura ja perhe ovat rauhassa rinnakkain, tukien toisiaan, eivät ristiriidan paikkana. Myös kliinikkoäidillä työ ja perhe voivat kertoutua samaan tarinaan suuremmitta ongelmitta: *Caritan* työpäivä oli lopetettava silloin, kun lastenhoitajan päivä päättyy, mutta työ ei harannut vastaan. Rankan työpäivän unohtaa, kun ”tulee kotiin ja (lapsen) kans peuhaamaan”, vaikka joskus tarvitsisi myös aikaa rauhassa miettiä läpi päivän aikana tapahtuneet.

Samoin *Inari*, jonka työ oli henkisesti raskasta, odotti työpäivän vastapainoksi pääsyä kotiin lasten ja perheen luo. Jos lapsia ei olisi, silloin ”voimavarat tuis varmaan muualta, harrastuksista ja ystävistä”, ja silloin voisi ammatilliseenkin puoleen panostaa enemmän.

Nythän se aika menee ihan siinä lihapullan laitossa suunnilleen, että kaikki käytettävissä oleva energia tän (työpäivän) jälkeen kun ajaa pimeellä kotiin niin menee sillain, että ei oikeen jaksa paljon muuta.

Inarin arkielämän palapeli on raskas, sillä hänen miehensä työrytmi sisälsi paljon ilta- ja viikonloppupuoissaoloja, ja perhe oli myös muuttanut usein. Inari sanoo haaveilevansa puolipäivätyöstä ”tietysti senkin takia, että mä en oo mi-

kään kauhee työmyyrä luonteeltani, kuten aikaisemmassa kertomuksessa on jo kuultu.” Haastattelin Inaria hänen työpaikallaan tällaisen pitkän ja vaiheikkaan työpäivän päälle, ja hetken tunnelma väritti kertomuksen, jonka juoneksi voi lukea jännitteen lääkärin työn vaativuuden ja Inarin identiteetikseen rakentaman ”boheemisuuteen taipuvaisen” välillä. Hän puhui paljon jaksamisestaan, siitä, mikä jaksamista uhkasi, mistä hän sai voimia ja miten lepäsi.

Inarille toive puolipäivätyöstä on hänen kerrottua identiteettiään myötäilevä. Naisinen sukupuoli on osa häntä ja hänen tarinaansa, enkä ole kaikkia sukupuolen merkkejä kertomuksesta edes lukenut, mutta sukupuolen suhde äitiyden ja lääkärin uran dilemmaan on erilainen kuin esimerkiksi Minnalla tai Caritalla. Inari esittää lääkärin, joka etsii yhä omalta tuntuvaa työnkuvaa ja jolle lääketieteessä on paljon ei-kiinnostavia alueita. Elämän ajoittainen raskaus konkretisoituu työn ja perheen puristuksena, mutta ristiriita ei synny siitä, vaan työn ja elämän yhdistettyjen vaatimusten ja Inarin (kerrotun) minän omimman olemisen tavan – hänen stressittömyyteen pyrkivän mielensä ja ruumiinsa rytmin – välisestä epäsuhdasta.

*Terho* on viimeinen esimerkkini vanhemmuuden kertomuksista aineistossani ja samalla selkein esimerkki siitä, miten isyys voi tarkoittaa perheensisäisten neuvottelujen sijaan myös konkreettia luopumista. Terhon lapsi syntyi Terhon vielä opiskellessa, ja melko pian lapsen syntymän jälkeen avioliitto päättyi eroon. ”Mies on aina vähän heikommalla näis jutuissa”, mikä tarkoittaa sitä, että isyytensä säilyttääkseen Terhon on mahdotonta kertoa tarinansa tulevaisuutta tietämättä ex-vaimon tulevaa työ- ja asuinpaikkaa. He jakavat lapsen huoltajuuden ja lapsen kanssa eletyn ajan suunnilleen puoliksi, mutta käytännössä välimatka ei saa olla liian pitkä. Ex-vaimo opiskeli vielä haastattelun aikaan, ja Terho eli samalla opiskelun välivaihetta myös, vaikka oli valmistunut jo lähes kolme vuotta sitten.

Täytyy nyt sit kattoo, mitä tapahtuu sen jälkeen, kun (ex-vaimo) valmistuu ja muuta. Sitten täytyy miettiä, että miten hommat järjestetään (...) se on sen ajan murhe.

Terho ei ollut päättänyt uransa suuntaa, mikä ainakin myötäili perhetilanteen keskeneräisyyttä, vaikkei välttämättä johtunut siitä. Hänen haastattelunaikainen työnsä avasi tietä ulkomaillekin, ja ”periaatteessa semmostakin voisi ajatella, (mutta) kun on se (lapsi) niin se nyt on vähän ongelmallista, en mä tiie, mitä tässä tulee”. Terho miettii myöhemmin mahdollisuutta ottaa lapsi mukaansa, mutta päättyy jälleen kaiken avoimuuteen: ”mutta ei se nyt ei emmä tiedä, ei se ehkä oo hyvä idea, no katotaan nyt, mitä tapahtuu”. Isäksi tuleminen on ollut Terhon elämässä ”hienoin asia”, ja lapsen syntymän aikaan hän

opiskeli vielä ja pystyi järjestämään paljon aikaa olla kotona. Jos ura ja lapsi on asetettava vastakkain,

(lapsi) on tärkein juttu elämässä ehdottomasti ja ... niin ja ura nyt ei oo kuitenkaan niin kauheen tärkeä, se ehkä jossain vaiheessa ois voinu ollakin, mutta ei enää.

Terho jatkaa tästä moniäänistään kerrontaansa: ”siis en mä nyt tarkota sitä, ett-enkö mä haluais ihan hyvii hommia mutta” – lause jää kesken, minä kiiruhdan haastattelijana häivyttämään kipeän ristiriidan päättämällä ”nii joo mut ettei se oo tärkein asia”. Ei ehkä olekaan, mutta silti Terho joutuu lääkärinä haastateltavistani konkreettisimmin valitsemaan uran *tai* perheen ensisijaisuuden.

Lääkäri 98 -tutkimuksen mukaan perhe-elämä on lääkäreille tärkein arvo sukupuolesta riippumatta (Mattila ym. 2003). Se, miten lääkärit elävät tätä arvoaan todeksi, ei silti ole itsestään selvää eikä yhtenäistä. Ammattikulttuurissa ja myös kulttuurissa laajemmin elää yhä myyttinen lääkäri, jolle sitoutuminen lääkäriyteen on ehdotonta ja kokonaisvaltaista ja uran ihanne katkoton. Luin myyttiä esiin Aamulehden artikkelista, jossa kuvattiin sankarikirurgin yö, mutta saman myytin kanssa keskustelen lukiessani omia aineistoja, nuorten lääkäreiden kertomuksia, työttömyyttä käsitteleviä ammattilehtien tekstejä tai kyselytutkimuksessa kuvattuja uria. Kukin lääkäri suhteuttaa itseään tuohon myyttiin, ja vaikka suhde usein on kriittinen ja kyseenalaistava, on yhtä aikaa mahdollista esittää oman lääkäri-itsen arvo kertomalla valtaisasta työmäärästä. Kyse on kertomiseen liittyvästä näkökulman valinnasta, mutta samalla on kyse siitä käytännöstä ja terveydenhuollon todellisuudesta, jossa kertomukset ovat monin ligamentein kiinni. Esimerkiksi Minna ja Erkki, joiden haastatteluita käsittelevän yllä, painottavat kumpikin haluaan sitoutua myös muualle kuin työhön, mutta käytännössä heidän tutkimusryhmänsä tai yliopistoklinikkansa ei tahdo tinkiä työntekijästään. Kyse voi olla aamuseitsemältä järjestetystä meetingistä tai leikinlaskusta lyhyillä äitiyslomilla: molemmat vetoavat myyttiin, jota ne samalla ylläpitävät. Lääkäri 98 –tutkimusryhmä (Mattila ym. 2003) toteaa perhearvon ensisijaisuuden tarkoittavan, että perhenäkökulma on otettava entistä vakavammin huomioon suunniteltaessa lääkärin työjärjestelyjä, työoloja ja palkkausta. Ehkä käytännön järjestelyjen ohessa tulisi tehdä näkyvämmäksi tietoisien arvojen ja ääneenlausuttujen sanojen takana ja väleissä piilottelevaa myyttiä.

Toisaalta perheen ensisijaisuuden ilmaistu arvo tarkoittaa eri asioita, viittaa erilaisiin identiteetin sisäisiin dialogeihin miehillä ja naisilla. Uran ja perheen yhteensovittamisen ratkaisut nähdään helposti vain yksilöllisinä tai korkeintaan perheen sisäisinä, ja niistä puhutaan sukupuoli neutraloiden. Silti, korostaa Jessica Benjamin (1990, 216), sukupuolen kahtiajako säilyy koko

ajan taustalla. Puhe 'työstä' ja 'perheestä' lipsuu puheeksi 'miehistä' ja 'naisista' ja takaisin, mikä tekee sukupuolen merkityksen häilyväksi ja hämäräksi. Tarinallisuuden ja dialogisuuden näkökulma painottaa historian ja kulttuurin läsnäoloa meissä. Sana 'äiti' tai 'isä' salakuljettaa omiin neuvotteluihimme äidin ja isän, naisen ja miehen, historialliset ja myyttiset merkitykset ja kehityopsykologisten teorioiden merkityksille antamat muodot (ks. Oliver 1997 ja tämän kirjan luvut 3.7 ja 4.1 psykoanalyttisesta kehityskertomuksesta). Oman uraäitiytensä tai uraisyytensä kertojalla on yhtä aikaa kertojan vapaus ja pakko kuunnella itsessään ääntä, joka vaatii pienen lapsen äidin läsnäoloa tai pyytää jo isääkin jakamaan vanhemmuutta. Perheellinen lääkäri ei sovita yhteen vain perhettä ja työtä, vaan samalla lääkärin, äidin ja miehen myyttejä – rinnastan nyt tarkoituksella *äidin* ja *miehen* muistuttaakseni, että kulttuurissa naisen myytti on äidin myytti. Sovittaminen on luova teko, ja tarinallisuuden ja dialogisuuden näkökulma painottaa myös teon uutta luovaa, tyyllittelevää ja muutosta tavoittelevaa voimaa. Juhani Seppästä (2000) mukaillen isyys jättää helpommin tilaa luovuudelle, koska sen myyttinen painolasti on paljon äitiyttä kevyempi. Näin ajatellen profession muutoksen siemen ei ole vain naisistumisessa, vaan se itää myös uudenlaisissa lääkäri-isän esityksissä.

### *Urien suunnittematon luonne*

Jatkan vielä erilaisten elämäkerrallisten sitoumusten teemaa. Jos rakentamaani lääkimyyttiä tarkastelee koherenssin tunteen (SOC) teorian (Antonovsky 1987a; luku 3.3 tässä kirjassa) kanssa rinnan, on mahdollista ajatella, että 1990-luvun alun työttömyysvaihe kyseenalaisti nuoren lääkärin maailman mielekkyyttä kahta kautta: estämällä koherenssin tunteen kehittymisen vakaaksi ja romuttamalla uran suunnitelmallista luonnetta ja samalla oman lääkäri-identiteetin myyttistä perustaa. Antonovsky korostaa työssä koetun mielekkyyden ja ymmärrettävyyden osatekijöinä ammatin ja työntekijän itsensä kokemaa arvostusta ja (ymmärrettävyyden osalta) varmuutta työn jatkuvuudesta (Antonovsky 1987b). Varmuus koskettaa eri tasoja, joista mainitsen tässä kaksi: ensinnäkin kyse on työntekijän ”levollisesta uskosta” siihen, ettei häntä eroteta ilman vakavaa rikkomusta, toisaalta varmuus viittaa myös koko sosiaalisen järjestelmän jatkuvuuteen (Antonovsky 1987b, 163-164). Juuri jatkuvuuden kokemus oman työn osalta puuttui nuorilta lääkäreiltä vielä pitkään varsinaisen tilastoissa näkyvän työttömyyspiikin jälkeenkään, eikä terveydenhuollon järjestelmän muutoksesta tai muuttumattomuudesta olla yksimielisiä edelleenkin (Lehto 2003). Antonovskyn teorian perusteella saattoi olettaa, ettei koherenssin tunne ehkä saavuttaisi optimaalista tasoaan niillä nuorilla professionaaleilla, joiden SOC:n vakiintumisen herkkään vaiheeseen

työttömyys osui. Aihetta selvitettiin seurantatutkimuksessa, josta on peräisin oman tutkimukseni avovastausaineisto. Kyselytutkimuksen kvantitatiiviseen analyysiin perustuva tulos tuki oletusta: nuorten lääkäreiden kollektiivinen SOC muodostui korkeammaksi kuin nuorten arkkitehtien tilanteessa, jossa arkkitehtien työmarkkinatilanne säilyi huonona lääkäreiden työllisyyden jo korjaannuttua (Virtanen & Koivisto 2001).

Avovastaus- ja haastatteluaineistoissani on kuitenkin urakuvauksia, joissa mielekkyyden ja merkityksellisuuden kokemus irtaantuu uran ja elämän ennustettavuudesta. Urakuvaukset samalla haastavat niin lääkärimyytin kuin Antonovskyn (1987a, 20) teoreettisen lähtökohdankin, jonka mukaan usko omaan selviytymiseen edellyttää lähes väistämättä selkeyttä ja ennustettavuutta. Luemme kirjoittajakumppanieni kanssa esimerkiksi avovastausaineistosta tällaisia haasteita myytille (Löyttyniemi ym. 2004). Vaikka narratiivisessa viitekehyksessä koherenssi tarkoittaa muuta kuin yksilön pysyvää suhdetta maailmaan (ks. tämän kirjan luku 3.3.), otimme SOC-kysymyssarjalla koherenteiksi arvioidut 30 vastaajaa (14 miestä ja 16 naista) lähempään tarkasteluun. Toisin sanoen koherenssin tunteen teorian valossa näiden vastaajien voisi olettaa vaikeinakin hetkinä säilyttävän kokemuksen itsestään ja maailmasta ymmärrettävänä, selkeänä, ennustettavana ja merkityksellisenä ja säilyttävän myös uskon omaan selviytymiseensä. Kysyimme, millaisia koherenssin kokemuksia ja millaisia professionaalinauria saatoimme lukea heidän pienistä uratarinoistaan. Tartuimme etenkin *ennustettavuuden* ajatukseen, sillä se pohjustaa sekä myyttisen lääkärin suunnitelmallisen uran että ymmärrettävyyden (ja SOC:n) kokemuksen työssä (Antonovsky 1987b).

Korkean SOC-pistemäärän saaneissa oli myös vastaajia, joiden uran kuvaus toistaa selkeyden ihannetta. Näin tulkitsemme kaksi seuraavaa:

- 1) En ole ollut ennen, enkä nytkään huolissani työllistymisestä. Uskon hyvän koulutuksen omaavan ammattilaisen aina saavan töitä. 2) En ole muuttanut suunnitelmia viimeisten kymmenen vuoden sisällä, päädyttyäni ratkaisuihin olen toteuttanut ne. 3) Jälkikäteen katsoen näen ratkaisut tänä päivänä hyviksi.
- 4) Tulevaisuuden työura vaikuttaa nyt selkeältä sairaalalääkärin ammattivalinnoilta, mistä lähivuodet Suomessa ja jatkossa mahdollisesti Ruotsissa/Norjassa/Saksassa. (Mies, parisuhteessa, ei lapsia)

Uskoin, että sitkeydellä ja sisulla saan itselleni töitä, kun valmistun – ja sainkin. Työttömyydestä ei ole tarvinnut kärsiä (pikemminkin päinvastoin!). Pariin kertaan vaihdoin työpaikkaa hieman uhkarohkeastikin pyrkiessäni erikoistumaan haluamalleni erikoisalalle. ”Uhkapeli” onnistui; erikoistumiseni on nyt ihan hyvällä mallilla – juuri vuodenvaihteessa pääsin jatkamaan uraputkeani yliopistoklinikkaan. (Nainen, ei parisuhteessa, ei lapsia)

Tällainen ennustettavan uran kuvaus on luettavissa 12 avovastauksesta, joista viisi on miehen ja seitsemän naisen kirjoittamaa. Vähintään yhtä mielenkiintoista on se, että yli puolet näistä 30 vastaajasta kertoi uransa menneisyyden, nykyisyyden tai tulevaisuuden tavalla tai toisella epämääräisemmin. SOC:n teoria myötäilee narratiivista ajattelua siinä, että yksilön koherenssia ilmentävä näkökulma on *nykyhetken* arvioiva näkökulma menneeseen. Korkea koherenssi ei Antonovskyn teoriassa tarkoita koettujen vastoinkäymisten vähättelyä tai kieltämistä, vaan taipumusta tulkita hyvin päin, kääntää vaikeudet voitoksi. Edellinen vastaaja kuvaa työttömyysuhan alla säilyttämäänsä uskoa, sisua ja sitkeyttä. Sen sijaan seuraavan vastauksen sävy ei helposti vala lukijaan uskoa vastaajan maailmaorientaatiosta, joka olisi ymmärrettävä, selkeä ja mielekäs:

Opiskelin viimeistä vuotta ja työllisyystilanne huolestutti. Työnhakeminen oli henkisesti raskasta. Ensimmäinen päivystyskin oli ”kiventakana”. Kesätoista ei ollut toivoakaan ja tuli tunne että löytyykö niitä töitä koskaan. Lyhyitä työpätkiä löytyi ja lopulta pidempiaikainenkin tk-työ. Elämä oli yhtä työntekoa ja samanaikaista opiskelua. Stressaavaa aikaa ja lähes burnout tuli.

Tässä vastauksessa tutkijalukijan kokemuksemme muuttuu viimeisen lauseen myötä: siihen asti kuvattu elämän raskaus ja uran hapuilevuus vaihtuvat lasten ja perheen merkityksiin ja sukupolvien yli historiaan kurottavaan jatkuvuuteen. Vastaus jatkuu:

Mitään ratkaisuja en tehnyt vaan olen edennyt tähän mennessä ”ajopuuteorian” mukaan. Nyt on lasten ja perheen aika ja ratkaisut työuran suhteen häämöttävät edelleen tulevaisuudessa. (Nainen, parisuhteessa, yksi lapsi)

Neljästätoista miehestä (vain) yksi ja kuudestatoista naisesta kuusi sisällyttivät perheen, partnerin tai läheisen ihmisen avovastaukseensa ja samalla uransa kertomukseen. Miesvastaajalla perhe näyttää vaarantavan uskon keinojen riittävyteen ja samalla mielekkyyden kokemuksen:

Ongelmana minulla neljä vuotta sitten oli lähinnä pelko siitä että en selviäisi lääkärintyöhön kuuluvista haasteista. Kynnys työelämään siirtymiselle oli korkea. Opiskeluaikana en vielä töihin uskaltanut. Tämä ehkä vähensi opinnoista saatua antia. Kuvittelin oikeastaan lääkärin työn epärealistisen vaikeaksi. Ongelmiahan siinä toki käytännössä on mutta pääsääntöisesti ei tarvitse tehdä kuitenkaan sellaista joka tuntuu itselle liian vaikealta. En muista työttömyydestä niinkään stressanneeni. Toisaalta töitä on riittänyt yllättävän hyvin. Tällä hetkellä tuntuu todennäköisimmältä että erikoistun yleislääketieteeseen. Ongelmana on lähinnä tiedon ja taidon puute. Jos niitä olisi enemmän olisi työ



kukaties hyvinkin nautittavaa. Perhe-elämän ja työn kuluttavuuden takia ehtii huonosti opiskella. (Mies, parisuhteessa, yksi lapsi)

Antonovskyn kirjoittamaa mukaillen ja tämän vastauksen valossa voisi sanoa, että sitoumukset toisiin ihmisiin väistämättä lisäävät elämän monimutkaisuutta ja uhkaavat siten selkeyden ja koherenssin kokemusta – tässä Antonovsky tosin puoltaa sitoutumista, joka hänelle on sittenkin koherenssia ja terveyttä arvokkaampaa (Antonovsky 1993b). Haastatteluaineistoni isät eivät yleensä rakentaneet koherenssi/perhe-vastakkainasettelua, vaikka tämä avovastausaineiston korkean SOC-pistemäärän saaneista ainoa isäksi tunnustautuva tekeekin niin. Avovastausaineisto on pieni ja sukupuolijakauma voi olla sattumaa, mutta mieleni tekee pohtia silti. Haastatteluissani pyysin kertomaan *elämäntarinan*, kun taas avovastaukset saatiin pyytämällä kuvaamaan selvemmin *uraa*. Kyse ei olisikaan siitä, että yhdellä (mies)vastaajalla on joko yksiselitteinen tai monimutkainen suhde maailmaan, vaan siitä, että elämän ja uran kerronta kutsuvat esiin eri suhteet, eri näkökulmat, eri tulkinnan tavat. Mutta onko niin, että naisella (koska naislääkärinä kutsuu paitsi myyttinen lääkäri myös naisen myytti) urakin mahdollistaa helpommin tai pakottavammin myös lapset ja perheen? Avovastausaineiston useissa vastauksissa lapset, perhe ja sitoutuminen muihin ihmisiin eivät uhkaa koherenssia, vaan ehkä päinvastoin, kuten yllä olevassa naislääkärin esimerkissä, jossa lapset ja perhe loivat merkityksellisyiden tunnun. Lisää esimerkkejä:

Opiskelin silloin vielä ja yritin miettiä vaihtoehtoja varsinaiselle lääkärintyölle. Kun joku opiskelukaveri sai töitä, muut olivat kateellisia. Opiskeluuni tilanne vaikutti siten, että satuin saamaan pariaksi kuukaudeksi kesätöitä. Koska en uskaltanut olla niitä vastaanottamatta, koska työkokemus oli kovin arvokasta, viivästyti valmistumiseni hieman. Jälkeenpäin tarkasteltuna ratkaisu oli oikea, koska uskon että sen työkokemuksen ansiosta sain valmistumiseni jälkeen sijaisuuksia. Muutoin ei lääkäriyöttömyys elämäni ole vaikuttanut; lapset olisin kuitenkin valmistumisen jälkeen hankkinut. Uskon, että jatkossa saan töitä, jos en saa, niin viihdyn mainiosti kotiäitinäkin. (Nainen, parisuhteessa, kaksi lasta)

Olin vielä opiskelemassa, EU-koulutus takasi 2 v työpaikan joten vaikkakin olosuhteet yleisesti olivat masentavat se ei missään vaiheessa suoranaisesti koskettanut minua.

Kesätöihin (lääkärintyöhön) ei ennen valmistumista päässyt.

Työura:

Toivon pääseväni erikoistumaan kunhan väitöskirjaprojekti edistyy. Sisätaudit kiinnostaa, vaikka kilpailu on kovaa. Tärkeämpää on kuitenkin perustaa perhe kuin luoda uraa! (Nainen, ei parisuhteessa, ei lapsia)

Lääkärityöttömyys ei juuri vaikuttanut elämääni, arvelin, että töitä kuitenkin jossain vaiheessa löytyy ja työttömänäkin voi olla.

Tuleva työura: aion olla kotona niin pitkään kuin jaksan lapsia hoitamassa. Töihin ei ole kiire, sillä en koe työn tekoa tässä pikkulapsi-elämänvaiheessa riittävän palkitsevana. (Nainen, parisuhteessa, kaksi lasta)

Tulkinnassamme nämä kaikki vastaajat haastavat suunnitelmallisen uran ehdottomuuden ja myös SOC-teorian, jossa ennustettavuus ja mielekkyys liittyvät läheisesti yhteen. Äitiys on kulttuurisesti niin mielistä ja merkityksistä tiheä kertomus ja identiteetti, että siitä käsin on mahdollista kyseenalaistaa ennustettavuuden ja selkeyden vaatimus ja silti tuottaa vahva merkityksellisyyden tuntu *lukijassa* – isyys voi tehdä saman, vaikkei ehkä yhtä helposti, vielä (ks. Seppänen 2000). Jos otetaan todesta se, että sukupuoleen katsomatta lääkäreiden tärkein arvo on perhe (Mattiila ym. 2003), kohdataan samalla Antonovskyn (1993b) dilemma: sitoumus työn ohella perheeseen monimutkaistaa elämää ja vaarantaa koherenssin tunteen silloin, kun koherenssilla viitataan yksiselitteisyyteen. Mutkistuminen on ongelma, jos normina on suoraviivaisuus, toisin sanoen myyttisen lääkärin mutkaton tie ja uran suunnitelmallinen luonne. Dialoginen koherenssi viittasi edellä (3.3.) *kertomuksen* mahdollisuuteen sisällyttää sekä selkeys että hajaannus, sekä integraatio että moniääniset ja hämäret kokemukset ja hetket. Dialogisesti koherentti kertomus luo moninaisuudesta ymmärrettävää toisen kanssa jaettavuuden mielessä. Ehkä professionaalिन urankin voisi mieltää niin: erilaisten elämänvaiheiden vuorottelun rytminä ja identiteetin ykseyden ja moneuden jatkuvana vaihteluna.

Joka tapauksessa lineaarisen, suunnitelmallisen uran myyttinen mallitarina ei ollut itsestään selvästi nuoren lääkärin käytettävissä syvimmän laman aikana eikä vielä heti sen jälkeenkään, haastatteluita tehdessäni. Sen tilalle tarjoiitiin Suomen Lääkärilehdessä ja Nuori lääkäri -lehdessä käydyissä keskusteluissa *elämän ja uran avartumisen kertomusta* ja toisaalta *ammattitaidollisen ja ammattieettisen rapistumisen kohtaloa* (ks. Löyttyniemi 2000; 2001a). Näistä jälkimmäistä juonta seuraten ei kyse olisi enää sosiaalisesti arvokkaan lääkärin tarinasta (ks. Linde 1993), ei ehkä lääkärin tarinasta ollenkaan.

Avartumisen kertomuksen tunnistan itse jo lamaa edeltävästä ammattikulttuurin tarinavarannosta. Vaikka lääkärin koulutus ehkä ulospäin näyttää tiettyyn ammattiin tähtäävältä, lääkärit itse arvostavat koulutuksensa moninaisuutta ja avoimuutta. Lääkärin hahmo on myös *Kulturmenschin*, kokonaisvaltaisesti viisaan tietäjän hahmo (Lehto 1991, 50). Haastattelemistani lääkäreistä esimerkiksi Petra (Löyttyniemi 2001a; tämän kirjan luku 5.5) kertoo lääkärin ammatinvalinnan omaa autonomian säilyttämisen motiiviaan myötäileväksi: lääkärin koulutus ei sulje ovia vaan avaa niitä, se ei pakota juuttumaan rutiiniin.

Uhkaava työttömyys ja uran sattumanvaraisuus löysivät paikkansa lääkäreiden tarinoissa ja identiteeteissä avartumisen kertomusta muokkaamalla (Löyttyniemi 2001a). Elämän virrassa ajelehtimisesta tehtiin hyve: vain luopumalla uran hallinnan pyrkimyksestä saattoi antautua virran vietäväksi ja löytää kaikki ne mahdollisuudet, joita ei olisi etukäteen osannut edes ajatella. Tärkeämpää kuin suoraviivainen, rationaalinen eteneminen on viihtyminen siinä, missä kulloinkin on, ja uskallus myös muuttaa suuntaa ja pysähtyäkin. Haastatelluista lääkäreistä Petra on ainoa, joka oli todella ollut pitemmän jakson työttömänä, tosin hänkin ennen valmistumistaan, tilanteessa, jossa syventävät opinnot olivat kesken. Hän kertoo tarinassaan työttömyyden vaiheeksi, jossa hän saattoi keskittyä siihen, mikä oli hänelle tärkeää, ja palauttaa opiskelun ulkoa päin ohjatussa kuluksa osin menetetyn autonomian kokemuksen.

Uran mutkittelevuus tai suunnitelmallisuudesta luopuminen ei aineistojeni perusteella tarkoita sitoutumattomuutta lääkäriyteen. Olen pohtinut tätä esimerkiksi Empun kohdalla (Löyttyniemi 2003 ja tämän kirjan luku 3.7). Empu teki haastattelun aikaan väitöskirjaa ja päivysteli ajoittain, ja hänellä oli kotona pieni lapsi. Hän aloitti tieteenteon kokiessaan opiskeluaikana, että hänellä olisi lääketieteelle enemmänkin annettavaa. Hänelle *antaminen* ei tarkoita kuitenkaan *antautumista*. Hän sitoutuu kertoessaan väitöskirjaprojektiinsa, mutta ei ole päättänyt tulevaisuudesta sen jälkeen: hän ei voi tietää etukäteen, mitä silloin haluaa. Kysyn Empulta haastattelun loppupuolella, onko hänellä käytännössä ongelmia työn ja perheen yhteensovittamisessa. Hän kääntää ongelman pääläelleen: ”Ei, mun mielestä siinä ei voi olla mitään ongelmia, mä luulen että lääkäriyttä jaksaa just sen takia, että on perhe”. Perhe on lääkärin ”tukijalka” ja myös ymmärryksen lähde. Empu kertoo lapsen ja perheen kautta tulleen näkemään niin oman kuin potilaidensakin elämän ennen kaikkea jatkumona, jossa korostuvat elämän inhimilliset perusasiat ja ihmisen perustarpeet, elämän pohjimmainen yksinkertaisuus.

Lääkärikunnan keskusteluissa ilmaistu huoli työttömyyden seurauksista nuorille lääkäreille oli laman aikaan aiheellinen, mutta samalla tultiin nostaneeksi normiksi myyttisen lääkärin maskuliininen, katkoton ura, jolta suistuminen nähtiin usein henkilökohtaisena tragediana. Lukiessani haastatteluaineistoni kertomuksia työtilanteen epävarmuudesta minulla on (ollut) enemmän vapautta kuvitella vaihtoehtoja. Luen niitä tilanteessa, jossa työttömyyden uhkaa ei juuri enää ole eikä minun tarvitse pelätä vähätteleväni kertojien huolta huomisesta – muistan itse elävästi, miten todellista hätää ensimmäiset ennustukset työttömyydestä meissä tulevissa lääkäreissä aiheuttivat. Nyt minulla on rauha kysyä, olisiko urien kangertelu ja mutkittelu väistämättä ollut vain paha asia, ja jos olisi, miksi niin? Lääkärikö kannalta vai potilaan tai työnantajan?

Kyseenalaistaessaan tai moniäänistäessään hallitun, suoraviivaisen ja tavoitteista tietoisien uran aineistoni kertojat – niin miehet kuin naisetkin – ky-

seenalaistivat maskuliinisen uran rakenteen. He avasivat mahdollisuuksia ja raivasivat (diskursiivista, tarinallista) tilaa kysyä samat kysymykset, jotka Mikko Lehtonen sanoo kysyneensä itseltään kokiessaan jatkuvan kilpailun ja saavuttamisen pakon sävyttämän maskuliinisuuden ongelmalliseksi sekä teoreettisesti että omissa nahoissaan:

Mitä mieltä on uuvuttaa itsensä jatkuvassa kamppailussa aikaa vastaan? Mitä iloa on saavutuksissa, jos ne omassa mielessä näyttäytyvät pelkiksi tulevien tekojen esinäytöksiksi? Mitä hohtoa on elämässä, jossa en koskaan elä tätä hetkeä enkä ole tyytyväinen itseeni sellaisena kuin olen, vaan jossa koen alituisesti olevani ikään kuin eteisessä, jossa mietin aina vain huomista ja jossa minut on opetettu vaatimaan itseltäni aina vain enemmän ja parempaa? (Lehtonen 1995, 16)

Mitä mieltä on urassa, joka pakottaa menemään eteenpäin silloinkin, kun se syystä tai toisesta on vaikeaa? Lehtonen ei ole lääkäri eikä saavuttamisen pakko koske vain lääkäreiden uria, vaikka etenevän uran rakenne onkin perinteisesti yhdistetty professioammatteihin (ks. Allen 1987) ja painaa lääkäreitä koko merkityshistoriansa myyttisellä voimalla.

Ajatus siitä, että tiukasti lineaarisella uralla pysyttäytyminen saattaa lopulta olla pakottavaa, autonomiaa kaventavaa, on luettavissa muistakin aineistoni kertomuksista kuin Petran. Työttömyysvaiheessa maskuliinisen, katkottoman uramallin kyseenalaistaminen tuli sekä välttämättömäksi että mahdolliseksi uskoakseni aikaisempaa selvemmin. Toisaalta elämässä ajautumisen kertomus ei syntynyt työttömyyden tullessa tyhjästä eikä hävinnyt kokonaan työttömyyden mentyä: Elianne Riskan (2003) vuosituhannen vaihteessa haastattelemista patologeista etenkin miehet selittivät uraansa sattumalla, ja omassa aineistosani nekin lääkärit, joita työttömyyden uhka ei juurikaan ollut kosketтанut, puhuvat usein *myös* äänellä, joka dialogisoi, tekee ei-ehdottomaksi urajoh-teisen elämän ja tavoittelee ennemmin hetkeen tarttumista ja mielekkyyden kokemusta tässä ja nyt. Elämän virtaan uskaltautumisen kertomus on yksi ammatikulttuurin mallitarinoista, jonka uhkaava työttömyys teki uudella tavalla käyttökelpoiseksi.

### *Halvalla myyty lääkärin arvo*

Yksi Spencerin ja Podmoren (1987) esittämä naisten professionaalisen tois-sijaistamisen selitys oli ajatus kilpailua pelkäävistä naisista: naisten uskotaan suostuvan töihin pienemmällä palkalla ja alentavan samalla koko ammatin arvoa ja arvostusta. Naisen taipumus olla kilpailematta on osa sitä jaettua mer-

kitysmailmaa, jossa ruotsalaiset lääkärit rakensivat lääkäriyden ja sukupuolen yhteyksiä Kristina Erikssonin (2003) tutkimuksessa: naiskirurgin mielikuva on vastapaino ”adrenaliinia täynnä oleville”, keskenään kunniaa taisteleville uroksille (mts. 204). Samalla luonnollistuu kuva taistelutahtoista, voimaa uhkuvasta, miehisestä lääkäristä. Itse käänsin väitteen kilpailuhaluttomuudesta osaksi rakentamaani lääkäriprofessionaalien maskuliinista myyttiä painottaen vähän toisin: myyttinen lääkäri on tarkka sekä omastaan että koko ammattikuntansa arvosta ja arvostuksesta eikä toimi tavalla, joka kyseenalaistaisi profession arvon tieteellistä tai eettistä perustaa.

Palkka on yksi arvon mitta. Haastatteluissani monet lääkärit puhuivat rahasta esimerkiksi silloin, kun puheeksi tuli ajankohtainen työaikalaki ja sen vaikutus nuoren lääkärin ansiotasoon. *Martin* 2,5-tuntiseksi venyneessä haastattelussa raha mainittiin usein, ja otankin *Martin* esimerkiksi, jonka kautta katson rahan omaelämäkerrallisiin ja koettuihin merkityksiin. *Martti* mainitsee vaikeuden saada lääkärin sijaisuuksia yhtenä perusteluna sille, ettei hän koettanut korvata amanuenssuureja eli lääkärin koulutukseen kuuluvaa harjoittelua lääkärin sijaisuuksilla vaan toimi amanuenssina ylimääräisiäkin kuukausia. Tartun tähän ja kysyn väliin, millaisina hän muistaa työttömyysvaiheen tunnelmat. Hän kuvaa kesätyöpaikan hakemista ja kymmeniä lähettämiään työhakemuksia tilanteessa, jossa kaikilla työtä saaneilla ”oli kyl käytännössä suhteita, että sillä tavalla hakemalla ei päässy kyllä kukaan” lääkärin töihin. *Marttia* harmitti tilanne, ja harmitus oli taloudellistakin:

(O)is ollut kiva päästä, kun kaikki nää (opiskelun, vl) alkuajat kuuli valmistuneilta ja ylempikurssilaisilta, kuinka ne on tehny siis rahaa kesällä, kaheksakytluvun loppupuolihan oli ihan hulluu touhuu, oli ne työsuhdeautot ja asunnot ja lentokoneella sai mennä päivystään, ja auto haki ja päivystit ja teit paljon rahaa ja kaikki oli tyytyväisiä, että sai vaan lääkärin sinne paikalle.

Muistan hyvin itse *Martin* harmittavaksi kuvaaman muutoksen. Ammennan paljon oman kokemukseni muistosta sanoessani, etteivät opiskelujensa puolivälin saavuttaneet opiskelijat mielessään mitanneet profession arvoa ja arvostusta odottaessaan ensimmäisiä työpaikkojaan ja rahantekoa. Moni heistä eli niukasti opintotuella, ja lääkärin sijaisuuksilla tienäminen oli toimeentulon helpottamista elintärkeän lääkärin työkokemuksen hankkimisen ohella. *Martin* isä on lääkäri ja toimii tarinassa tulevaisuudenkuvana, johon *Martti* vertaa omaa nykyisyyttään. Isä on aina pitänyt työstään ja tehnyt paljon töitä, ”kaheksast kaheksaan illalla monta vuotta, vuosikymmeniä”. Niinpä *Martin*kin käsitys lääkäriydestä on rakentunut sille, että työ on yhtä aikaa kovaa ja kivaa, ”mut et jos paljon töitä tekee niin kyl sitten taloudellisesti pärjääkin”. Haastattelun aikaan *Martilla* oli isot velat, mutta ”taloudellisesti ei mitään

hätää”, ja tämä taloudellinen turva on tulkintani mukaan tärkeä osa Martin kertomaa lääkäriyttä.

Haastattelun aikaan työtilanne näytti Martille jo paljon paremmalta. Hänelle oli kertynyt työkokemusta, ja kotipaikkakunnalla oli tarvetta useiden alojen sijaisista. Tulossa oli työaikalaki, jonka arveltiin vaikuttavan erikoislääkäritarpeeseen. Martti ottaa työaikalain itse puheeksi, mutta jättää liikkuvaksi näkemyksensä siitä, ”onko tää nyt sitten pelastus tai hirvee menetys, murhenäytelmä tää työaikalaki”. Pyydän häntä pohtimaan, ja hän pohtii samalla analyttisellä otteella, jolla kertoo tarinaansa muutenkin – monilta kannoilta katsellen.

Työaikalaki ja etenkin mahdolliselta näyttänyt lääkäreiden siirtyminen vuorotyöhön on Martille sekä taloudellinen että ”filosooffinen” ja periaatteellinen kysymys. Hän omaksuu ensin edunvalvonnan äänen kritisoidessaan lääkärin peruspalkkausta, jota on voinut nostaa kohtuulliseksi päivystyskorvauksilla. Tämä mahdollisuus olisi menetetty vuorotyön toteutuessa. Martin periaatteen ääni on sitten lähellä myyttisen lääkärin ääntä, joka puolustaa ammattikunnan erityistä arvoa ja arvostusta: akateeminen ei tee vuorotyötä. Periaatteellisuus liukuu kuitenkin helposti näkökulmaksi, joka on lähempänä Martin omaa, hänen ruumistaan ”karmivaa” kokemusta. Tästä näkökulmasta lääkärin työstä saatu palkka on raskaalle työlle annettu korvaus ja arvostus. Martti pohtii sitä, etteivät toiset ihmiset ehkä sittenkään lopulta ymmärrä lääkärin työtä, ja kysyn, mitä hän itse kertoisi ymmärtämättömälle. Martti kuvaa päivystävän lääkärin yön yksinäisiä tunteja ja ratkaisuja, joissa on kyse potilaan elämästä ja kuolemasta. Hän kertoo esimerkin oman uransa alusta, ja lainaan sen tähän. Olen rivinumeroinut lainauksen, vaikken analysoikaan sitä yksityiskohtaisesti; rivijako toistaa puhutun kielen rytmiä ja helpottaa lukemista.

1. mä muistan sen mun elämäni ensimmäisen päivystyksen lääkärinä kun mä olin siel Vuorelan Vuorelan sairaalassa kun [se oli ensin- et
2. **M:** [Kerro.. ni se oli sillon yheksänneljä mm]
3. se oli tämmönen kaupunginsairaala eli oli siellä akuuttiosastojakin,
4. ei nyt mitään huippuakuutteja osastoja mut että siellä oli ensimmäinen päivystys ja ..
5. sitten mä menin jonnekki osastolle kiertelin et onks täälä nyt mitään katottavaa
6. ni siinä meni joku viiskymppinen nainen meni
7. =se oli tullu sinne edellisenä iltana edellisenä yönä ja lääkäri oli siit jotain kirjottanu mut että sehän meni ihan niinkun
8. =hoitajat sano et se voi vähä huonosti et sil on vähän kuumetta ja muuta

9. ja mentiin kattoo sitä ni sehän meni siinä muutamias kymmenes minuutis hirveen huonoon kuntoon,
10. meni hirveen huonoon kuntoon ja siis sehän meni pneumonian takia sitte keuhkopöhöön, sydämen vajaatoimintaan siis nuori naispotilas ja,
11. no luojan kiitos että mä sentään tiesin että mist on kysymys,
12. soitin mä tietenki takapäivystäjälle ja monta kertaa ja muuta että
13. kyl mä nyt //M: Mm// tiesin että mist on kysymys ja osasin EKG:ta niin lukee että mä tiesin ettei tässä nyt mitään infarktia oo että se ---
14. mut että ku se siinä koris ja mä alotin sitä sitte hoitelemaan niin
15. isäki on sanonu et happee voi aina antaa ja aina voi Furesista antaa näist ei tuu koskaa mitään haittaa ja
16. alottelin sitä hoitelee ja soittelin monta kertaa takapäivystäjälle ja .. se alko menee siinä vähä parempaan päin
17. mut että enhän mä oikeen tienny mitä sydämen vajaatoiminnan hoito on ja mitä voi käyttää
18. mmä muistan sen ku mä mietin että se on tavallaan ku se oli tämmönen ---
19. ei nyt mikään tämmönen superakuutti sairaala jonne päivystyspotilaita tulee niinku sisään niin sielähän välineistö oli huonompaa
20. mahdollisuudet tehdä oli huonompaa ja hoitohenkilökunta oli vähäsempää ja kokemattomampaa
21. ja mä pohdin sitä että pannaanko se CPAPpiin ja ja soittelin takapäivystäjälle ja takapäivystäjäksi oli semmonen ihan mukava asiallisen tuntunen nainen
22. mut seki oli tämmönen vanhainkodin lääkäri että seki oli aika varovaine ja muuta
23. mut että se meni sitte kyl se sitte siinä illan aikana se rauhottu se tilanne
24. ja kun sai morfiinia sai nesteenpoistolääkettä ja sai vähän m avattiin vähän suonia nitrotipalla ja näin pois päin, mm sai happea ni se alko mennä parempaan päin,
25. mut sit se alko yöllä kello kaks uudestaan meneen huonompaan päin ja //M: Mm//
26. mää soittelin takapäivystäjälle ja se oli edelleen sitte vähä et ei oikee ---
27. tee vähän sitä sä voit koittaa ja tämmöstä näin ja se
28. viimeiset neljä kolme tuntii siitä päivystyksestä meni niinku --- mää yritin kattoo niitä potilaita joita sinne tulee
29. eihän niillä nyt mitään akuuttia problematiikkaa ole mut että siinä kattoo kelloo että voi ku tää nyt selviäis aamuun asti että, //M: Mm mm//

30. no sitte aamun ehkä viimesenä tuntina se alkoki menee sitte //M: (Yskäisy)// (epäselvä sana?) parempaan, ehkä se antibioottitippa alko sitten sitä vähän tilannetta laukasemaan laukasemaan ja muuta
31. mut että kyl se oli aika karmiva kokemus että mä ---
32. luoja kiitos mulla että se oli tommonen paikka kuitenkin että se oli --- ei ollu kuitenkaa ---
33. et jos mä oisin ollu jossakin jossakin keskussairaalassa aluesairaalassa sisätautipäivystäjä ni kyl mä olisin itkeny kyllä siis paljon et onneks lähti noin
34. että kyl mä sen jälkeen oonki sitten opetellu opetellu sitte ja käyny läpi ja muuta että
35. kyl mä nyt sitten tietenki tiedän tällä hetkellä että miten pitäis toimia just tasan ja mitä tehtäs että
36. et kyl mä niinkun oon vannonu sen että sitte ku pikkuveljelläki (joka opiskeli lääkiksessä, vl) tulee niin että jos ei se mitään muuta osaa niin hengitysvajaus ja sydämen vajaatoiminna et ne on osattava kun menee päivystää
37. et kaiken muun voi sit lukea ja muuta mut että ilman että niitä osaa ni ei kyl päivystämään saa mennä
38. että oli se sen verran niinku --- ei ollu mikään niinku kiva kiva //M: Mm mm mm// fiilis mut et se selvis, käänty parhain päin
39. mut et ois voinu tietysti käydä toisellaki tavalla

Otin Martin esimerkkinä siitä, miten kysymyksessä lääkärin palkasta kohtaavat profession abstraktin arvon, elämän taloudellisen turvan ja oman konkreetin työn saaman arvostuksen merkitykset. Niitä on vaikea irrottaa toisistaan, ja varmasti koko ajan vaikeampi, kun lääkärit ovat siirtymässä perinteisesti keskitetyistä käydyistä palkkaneuvotteluista yksilöllisempään palkkaukseen (SLL 2003). Oman lääkäriyden merkitys on myös tietoisuutta siitä, että lääkärin työtä arvostetaan, ja oman työn mieli on myös tietoisuutta siitä, että työstä maksetaan kohtuullinen korvaus. Martin työn arvokkuuden perusteluna esittämä päivystyskokemus kysyy lääkärin työn diskordanssin (ks. luku 3.2) kestämissä hintaa, eikä kyse ole tällöin pelkästään myyttisen profession vaatimasta abstraktista arvostuksesta, vaan konkreetista, koetusta arvostuksesta.

Rahan ja kilpailemisen merkitykset kietoutuvat monimutkaisesti yhteen. Martti puhuu paljon palkkauksesta, mutta hän puhuu myös kilpailemisesta. Martin mukaan yleismaailmallinen kilpailun korostuminen ja nimenomaan lääkäreiden keskinäisen kilpailun lisääntyminen uhkaavat koko ammattikunnan olemassaoloa. Lääkärit ovat varmasti aina kilpailleet keskenään. Silti ajattelen, että taloudellisten arvojen korostuminen on tehnyt kilpailusta tietoisempaa, ja samalla perinteiset profession identiteettisanat, esimerkiksi eettisyys ja



kollegiaalisuus, haurastuvat. Tarkastelen seuraavaksi rahan ja kilpailemisen merkityksiä toisessa aineistossani, Nuori lääkäri -lehden Työllisyys-teemanumeron kirjoituksissa vuodelta 1993.

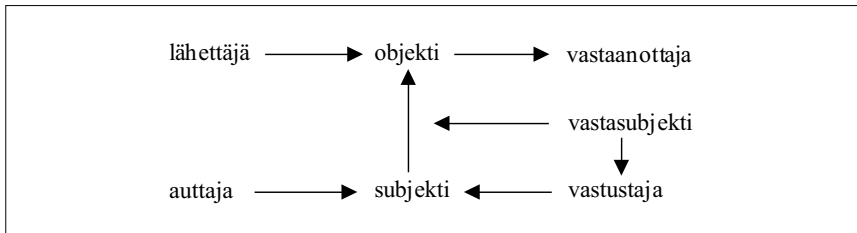
90-luvun alun lääkäriytyttömyys oli suomalaiselle lääkärikunnalle uudenlainen tilanne ja uhka (Riska 1995, 1996), eräänlainen kollektiivisen identiteettitarinan katkos, joka kutsui keskustelemaan ja arvioimaan työttömyyden merkitystä, syitä ja seurauksia. Tätä keskustelua käytiin paljon ammattilehdissäkin (Löyttyniemi 2000). Kirjoituksissa nuorista, työttömyyden uhkaamista lääkäreistä rakennettiin usein uhka koko ammattikunnan arvostukselle ja eettiselle selkärangalle. Heidän pelättiin suostuvan töihin liian pienellä palkalla, ryhtyvän kilpailemaan epäeettisin ja epäkollegiaalisin keinoin, ajautuvan tieteeseen perustuvan lääketieteen ulkopuolelle harjoittamaan humpuukia tai menettävän ammatti-identiteettinsä ammattitaidon vähitellen ruostuessa. Maskuliinisen myytin valossa nuoresta lääkäristä tehtiin 'second-sexed' (ks. Gherardi 1995, 82), toisin sanoen hänet asetettiin nuoruutensa ja nuoruuden vihjaaman uran epämääräisyyden perusteella asemaan, joka oli uhkaava 'toinen' arvostaan tietoiselle lääkärille ja lääkärikunnalle.

Miten tämä 'second-sexing' tehtiin? Otan pohdintaan muutaman esimerkin Työllisyys-teemanumerosta. Luin tekstejä alun perin kysymättä niiden sukupuolta – sukupuoleen ei niissä juurikaan julkituodusti viitata. Sukupuolittaminen on tavallaan yksi kerros lisää tekstin tulkinnan ja merkityksen synnyttämisen monivaiheisessa ja -kerroksisessa tapahtumassa.

Olen käyttänyt tekstejä lukiessani analyysin apuvälineenä Greimasin aktanttimallia (Greimas 1980; 1987a,b; Korhonen & Oksanen 1997, 57) sitoutumatta kuitenkaan Greimasin strukturalistiseen merkityksen teoriaan. Sen sijaan, että etsisin strukturalistin tavoin tekstin merkitystä sen osien välisistä suhteista, tarkastelen noita osia ja suhteita, mutta näen merkityksen syntyvän niiden kautta suhteessa toisiin teksteihin ja lukijassa. Tulkitsevassa luennassa voi silti käyttää apuvälineitä, ja työttömyystekstejä lukiessani aktanttimalli auttoi pelkistämään ja selkiyttämään sitä, mistä tekstien kertomusrakenteissa oli kyse.

Aktanttimalli siis selkiyttää toiminnan kuvaamiseen liittyviä narratiivisia rakenteita. Teksti, joka ensi silmäyksellä näyttää kaikkea muuta kuin kertomukselta, sisältää yleensä tavalla tai toisella toiminnan ulottuvuuden, ja toimintaa voi tehdä mielekkääksi narratiivin rakenteella (Korhonen & Oksanen 1997, 55). Aktanttimalli asettaa kertomuksen/tekstin henkilöt tai henkilöahmot keskinäisiin suhteisiin ja toiminta-asemiin, joiden välillä on jännitteitä. Ytimessä on subjektin, tarinan sankarin, ja hänen tavoittelemansa päämäärän eli objektin suhde. Auttaja tukee subjektia ja varustaa hänet tarvittavilla keinoilla päämäärään pääsemiseksi, sen sijaan vastasubjekti vastustajan avustamana pyrkii estämään subjektin aikeet. Lähettäjä motivoi ja velvoittaa subjektin

toimimaan, vastaanottaja arvioi lopputuloksen. (Korhonen & Oksanen 1997; Törrönen 1997). Muutos on usein tarinan ydin, ja tekstin kuluessa aktantiaaliset asemat muuttuvat ja selkiytyvät.



Kuvio 1: aktanttimalli

Teksti rakentaa oman arvomaailmansa (Sulkunen 1997). Elämäntarinan kertoja koettaa esittää itsensä arvokkaana kulttuurinsa edustajana, ja vastaavasti tarkastelen lääkäriytyömyyskeskustelua lääkärikunnan yhdessä kertomana ammattikunnan kertomuksena ja identiteettitarinana, jossa kyse oli arvokkaan lääkäriyden neuvottelusta. Arvot ovat osa ymmärrettävyyttä: puhe työttömyydestä ja sen ratkaisuista ylipäättään tulee mielekkääksi vain, jos ymmärrämme puheen/tekstin pitävän sitä ongelmana ja työtä arvokkaana, tavoiteltavana päämääränä. Arvoja luova teksti piirtää näkyviin kuvan oletetusta kirjoittajasta arvottamisen näkökulmana ja myös vihjeet oletetusta yleisöstä. Toiminnan arvo esitetään usein modaalisuuden avulla: arvokasta on *haluta* ja *osata* pyrkiä kohti arvokasta päämäärää; tavoiteltavan objektin nimeäminen on myös arvon antava teko. (Greimas 1980; 1987a; Sulkunen & Törrönen 1997b,c; Sulkunen 1997.)

Työttömyystekstit rakensivat arvokkaan lääkäriyden eettisyyden, kollegiaalisuuden ja tieteellisyyden perustalle. Arvokasta oli myös vaalia ammattikunnan yhtenäisyyttä ja arvostettua asemaa. Työttömyys nähtiin uhkana näille, ja siksi siitä keskusteltiin. Luen tekstejä seuraavassa pitäen mielessäni kaksi näkökulmaa: (ammattiyhdistys)poliittiset tekstit eivät ole 'vain' retoriikkaa, vaan niillä luodaan todellisuutta ja ehdotetaan identiteettejä niille, joita halutaan toimintaan sitoa (Kuusisto 1996, 269). Kysyn teksteiltä, millaisia identiteettejä niissä tarjottiin nuorelle, työttömyyden aikana uhkaamalle lääkärille. Luen kerrostuessa edelleen otan sitten taustakseni edellä sukupuolen myyteistä kirjoittamani ja kysyn, miten ehdotetut identiteetit vihjasivat sukupuolta.

Nuori lääkäri -lehti on Nuorten Lääkärien Yhdistyksen julkaisu. Yhdistyksen jäsenyydellä ei ole enää ikärajaa, mutta tavoitteena on erityisesti ajaa nuoren lääkärin asiaa, ja jäsenistö painottuu lääkäri-ikänsä nuoriin. Lehden Työllisyys 93 -teemanumeron kirjoituksissa tiivistyi olennaisilta osin käyty työttömyyskeskustelu eri näkökulmineen, joista kaikki eivät olleet työttömyy-

den uhkaaman nuoren lääkärin. Pääkirjoitus *Kyllä hyvälle aina töitä löytyy* alkaa arvioivalla tarinalla (Korhonen & Oksanen 1997), jossa kerrotaan, miten työttömyyteen on tultu:

Lääkärityöttömyys ei ole tullut yllätyksenä ainakaan lääkärikunnalle. Jo reilut kymmenen vuotta sitten tehdyt laskelmat ovat tilannetta ennakoineet. 1980-luvun lopun ylipaisunut palveluiden tarjonta hidasti hieman kehitystä, laman rajuus on aiheuttanut nykyvaiheen odotettua nopeampana. Lääkärityövoiman laskentaryhmä II:n mietintö vuonna 1982 ei ollut yksimielinen. Lääkäriliitto esitti jo tuolloin sisäänotoksi 350 vuodessa, mutta eriävän mielipiteen esittivät Kunnallinen sopimusvaltuuskunta ja taloudellista näkemystä edustava valtiovarainministeriö, joiden mukaan koulutusta tulisi päinvastoin lisätä. Ei vaadi suurta kansantalouden asiantuntemusta ymmärtää, että joka sadannen nuoren kouluttaminen lääkäriksi on hulluutta. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 7)

Lääkäriliitto on tarinan sankari-subjekti, joka pyrki alusta asti estämään liikakoulutuksen ja lääkärityöttömyyden. Se osasi jo yli kymmenen vuotta sitten esittää koulutusmäärien vähentämistä. Kunnan ja valtion päättäjät (vastasubjektit) kuitenkin päättivät toisin. Kirjoittaja vihjaa päätösten perustuneen palkkapolitiikkaan (lue: päätökset olivat päättäjien säästöhalun eli rahan sanelemia) ja ”tunteenomaisiin” perusteluihin Pohjanmaan lääkäripulasta. Vasta keväällä 1993 Lääkäriliitto saavutti tavoitteensa, silloinen laskentaryhmä pääsi yksimielisyyteen, ja opiskelijamääriä päätettiin alentaa.

Sitten seuraa tekstin varsinainen tarina:

Nyt ei todellakaan ole kysymys siitä, että työtä vailla olevat olisivat huonoja lääkäreitä tai itse syyppäitä tilanteeseen. Nuorten kollegojen hyvydestä ei kaiken lisäksi voi olla mitään käsitystä, kun heille ei suoda edes mahdollisuutta osoittaa taitojaan. Laillistuksen estyessä puheet itsensä työllistamisestä ovat puhdasta hurskastelua. Tietoisilla virheellisillä ratkaisuilla on jouduttu nykytilanteeseen. Jos tarkoituksena onkin ollut kouluttaa tietty työttömien reservi palkkopolitiikan aseeksi, ovat motiivit olleet odotettuaakin matalammalla. Kannattaako todellakaan kouluttaa yli miljoonan markan putken läpikäyneitä lääkäreitä työvoimareserviksi, jotta vain ”hyvät työllistyvät” aikaisempaa alemmalla palkalla. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 7)

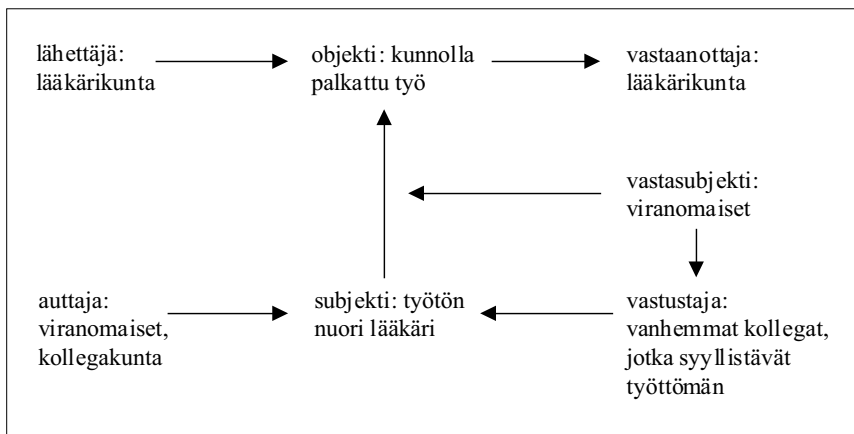
Nyt subjektin paikalle (lausuman tasolla eli siinä todellisuudessa, jota kuvataan) voi lukea Lääkäriliiton sijaan nuoret kollegat, jotka tavoittelevat päämääräänsä, kunnolla palkattua työtä. Heidän vastasubjektinaan ovat jälleen edellisen tarinan viranomaiset, jotka uskovat saavansa työtilaisuuksien puutteessa lääkäreitä töihin halvemmalla. Tämä on kirjoittajan mukaan ”odotettuaakin matalammalla oleva motiivi”. Hän korostaa, ettei kyse ole siitä,

että työtä vailla olevat olisivat huonoja lääkäreitä tai syypäitä tilanteeseensa - eihän heillä ole edes mahdollisuutta osoittaa taitojaan. Kirjoittaja ei usko, että hänen pariin otteeseen kuulemansa lainaus (”Kyllä hyvälle aina töitä löytyy”) todella heijastaisi vanhemman kollegakunnan näkemyksiä. Hän tuomitsee lausuman ”rajatuksi näkemykseksi” ja ”loukkaukseksi työttömänä olevia nuoria kohtaan”. Jos nuori lääkäri ottaisi sanotun todesta, hän joutuisi itse kantamaan syyllisyyden työttömyydestään ja olisi pakotettu ottamaan vastaan työtä ”aikaisempaa alemmalla palkalla”. Tällöin vastasubjekti voitaisi kamppailun.

Kirjoitus on retorinen, kuten pääkirjoitukselle sopiikin. Kirjoittaja, joka selvästikään itse ei kuulu työttömyysuhan alaisiin, kutsuu toimintaan, suostuttelee nuoren lääkärin työllistymisen tavoitteen taakse tekstin ulkopuolisia toimijoita, kahtalaista yleisökonstruktia (Törrönen 1997, 232). Kirjoitus on suunnattu näille yleisöille – se ei siis olekaan suunnattu ensisijaisesti nuorelle lääkärille itselleen:

Kollegakunnalla on mahdollista omilla sisäisillä toimillaan työllistää jossain määrin jäseniään, mutta päävastuu tulisi olla viranomaisilla, jotka tilanteeseen johtaneet virheelliset linjat ovat päättäneet. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 7)

Kirjoittaja kutsuu tekstin ulkopuolisesta todellisuudesta nuoren lääkärin auttajiksi kollegakuntaa, mutta päävastuuseen hän kutsuu tämänhetkisen vastasubjektin, palkkapolitiikasta ja työtilaisuuksista päättävät viranomaiset. Kuten suostutteleva tarina usein, tämäkin tarina keskeytetään tähän. Toiminnan päämäärä on asetettu, samoin toimijat suhteisiinsa, ja on vihjattu, miten tavoitteeseen päästään. Sen sijaan loppuratkaisu jää odotuttamaan itseään. Pysäytetty kertomus on vahva retorinen keino synnyttää tahtoa ja velvoitetta toimia kohti tarjottua päämäärää (Törrönen 1997). Tarinan sankari, nuori lääkäri, jää työhön halukkaana ja osaavana – vahvalla modaalisuudella varustettuna (Veijola 1997, 142) – odottamaan toisten toimenpiteitä. Hän on kyvytön ja keinoton tekemään itse mitään: ”puheet itsensä työllistamisestä ovat puhdasta hurskastelua”. Auttaja-toimijaksi yltää kyllä kollegakunta, mutta kuuluuko siihen työtön itse, sittenkään, vaikka kirjoittaja kutsuu häntäkin kollegaksi ja kollegakunnan jäseneksi? (Kuvio 2)



*Kuvio 2*

Tässä ajattelen nuoren, työttömyyden uhkaaman lääkärin second-sexingin tapahtuvan. Hänet esitetään passiivisena, kyvyttömänä toimimaan. Aktiivisuus vs. passiivisuus on keskeinen ero myyttisen miehen ja myyttisen naisen välillä, toisin sanoen niissä merkityksissä, joilla länsimainen kulttuuri merkitsee naisen ja miehen ruumiit, naisen passiiviseksi vastaanottajaksi. Psykoanalyttinen (freudilais-lacanalainen) teoria siirtää eron miehen ja naisen identiteetin eroiksi (esim. Oliver 1997, 54; Irigaray 1985b, 65) ja tekee normin maskuliinisesta aktiivisuudesta. Vaikka analysoimani pääkirjoitus ei sanallakaan viittaa nuoren lääkärin sukupuoleen ja vaikka työttömyys uhkasi niin miehiä kuin naisiakin, lääkärisubjektin esittäminen passiivisena toisten toimien kohteena ja armoilla olevana kutsuu kulttuurin feminiinisiä määreitä identiteetin merkeiksi. Sukupuolieron etiikan näkökulmasta (Irigaray 1996a) olisi toivottavaa mieltää aktiivisuus ja passiivisuus, toiminta ja vastaanottaminen, kahtena erilaisena olemisen tapana, jotka eivät ole vastakohtaisia tai toisensa poissulkevia. Tällöin olisi yhtä arvokasta toimia itse kuin antaa toisten auttaa, eikä pääkirjoitustakaan lukisi yhtä helposti alleviivaten nuoren lääkärin toimeettomuutta vastakohtana toisten (toivotulle ja toteutuneelle) aktiivisuudelle – ehkä sukupuolieron etiikan toteutuessa aktanttimallikaan ei toimisi enää? Joka tapauksessa vallitsevassa kulttuurissa passiivinen ja feminiininen mielletään vähempiarvoisiksi ja ne vastustavat myös lääkärin maskuliinista myyttiä, ja tästä syystä niiden liittäminen työttömään lääkäriin oli/on ongelmallista.

Objektit, joita tarinassa tavoitellaan, ovat arvokkaita (Greimas 1987a; Sulkunen 1997). Nuorelle lääkärille arvokas päämäärä on työ, ja tässä tekstissä sen lisämääränä on (jos ei nyt hyvä niin ainakin) sopimusten mukainen palkka. Työnsä myyminen halvemmalla olisi väärä teko, ja juuri siihen

vastasubjektit yrittävät lääkäriä työntää. Toisaalta raha arvokkaana objektina ei ole yksiselitteinen, sillä viranomaisvastasubjektin toiminnan suuntaajana kirjoittaja tuomitsee sen palkkapolitiikan matalaksi motiiviksi. Nuori lääkäri ei tässä sinänsä tavoittelekaan rahaa (ja toimeentuloa), vaan arvostusta, ja arvostuksen mittari on palkka. Työllistyminen alemmalla palkalla tarkoittaisi oman työn arvon kieltämistä tai tähän pääkirjoitukseen perustaen alistumista palkkapolitiikan hyväksikäytettäväksi.

Spencerin ja Podmoren listaama uskomus (naisten) kilpailukyvyttömyydestä ja -haluttomuudesta ja kääntöpuolena siis kilpailuhengen tarpeellisuudesta palkasta neuvoteltaessa ja ammatin arvostuksesta huolehdittaessa näyttää aineistossani moniselitteiseltä. Eri näkökulmista ammattikunnan arvon ja etiikan esitettiin työttömyysteksteissä rapisevan joko suostumisesta töihin sopimuksia pienemmällä palkalla tai sokeasti markkinatalouden periaatteita noudattaen kilpailemalla. Kilpailemisen kyseenalaisuudesta neuvotellaan toisessa Työllisyys-teemanumeron artikkelissa (*Eurolääkärit – vaihtoehto vai vihollinen?*). Siinä keskustellaan monia ääniä kuunnellen lamavuosina perustetun yksityisen lääkäriaseman toiminnasta. Kaikkitietävä kertoja johdattaa siihen, miten asema on herättänyt kiihkeää keskustelua:

Kun Eurolääkärit avasi ovensa 5.4.1993 Tampereella, alkoi kiihkeä keskustelu sen olemassaolon oikeutuksesta. Uuden lääkäriaseman toimintaperiaatteet poikkeavat olennaisesti niistä, joihin on totuttu perinteisillä, lääkärijohtoisilla yhteisvastaanotoilla. Samalla Eurolääkärit on kuitenkin tarjonnut työtilaisuuksia nuorille lääkäreille, jotka olisivat muuten olleet työttömiä. (...) Eurolääkäriaseman katsotaan sotivan monia lääkärikeskusten kirjoittamattomia sääntöjä vastaan. Se aloitti Tampereella hintakilpailun (...) Eurolääkärit on auki joka päivä aamukahdeksasta iltayhdeksään. Muut Tampereen yksityiset lääkäriasemat sulkevat ovensa aikaisemmin. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 34)

Lääkäriaseman toimitusjohtajalta lainattujen sanojen mukaan halpa hinta ja valmius työskennellä epämurkavina työaikoina on ”nuoren lääkärin ainoan kilpailuvaltin” hyödyntämistä. Kirjoituksessa toimitusjohtaja vastaa mielestään aiheettomiin syytöksiin siitä, että hän pyrkii vain rikastumaan nuorten lääkäreiden kustannuksella. Toimitusjohtajan ohella artikkelissa kuullaan kahta asemalla työskennellyttä nuorta lääkäriä sekä Lääkäriliiton apulaisneuvottelupäällikköä ja lopuksi kirjoittajan omaa, lääkärikunnan ’meihin’ samastuvaa ääntä. Apulaisneuvottelupäällikkö muistuttaa, että jokainen on ”luonnollisesti vapaa valitsemaan työpaikkansa”, mutta kehottaa harkitsemaan tarkoin. Hän epäilee, että ”nuoret lääkärit sokaistuvat helposti, jos he ajattelevat ainoastaan heille luvattuja bruttoansioita”; myöskään sosiaaliturvaa ei yksityisellä ole.

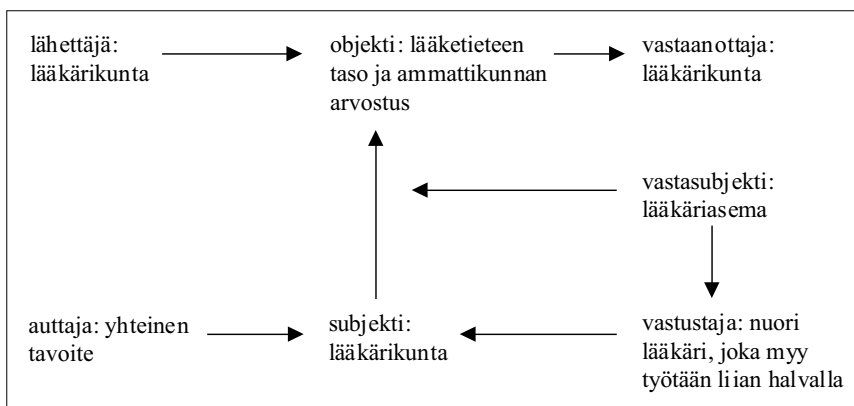
Lääkärityöttömyyden ratkaisukeinoksi esitettiin toisaalla työttömyyskeskustelussa muun muassa työllistymistä yksityissektorille. Apulaisneuvottelupäällikön näkökulmasta työtäidon ylläpitäminen motiivina tälle työllistymiselle ei kuitenkaan tunnu pätevän, vaan nuori lääkäri näyttäisi olevan vain rahan perässä ja vieläpä ymmärtämätön sen suhteen, paljonko lopulta saa käteen.

Siinä missä apulaisneuvottelupäällikkö näyttää olevan huolissaan nuoren lääkärin pettymisestä ansiotasoonsa sekä sosiaaliturvasta ja eläkekertymästä, toinen haastatelluista lääkäreistä ja kirjoittaja itse ovat huolissaan jostakin muusta. Lääkäri kohdistaa syyttävän äänen katteettomia lupauksia antaneeseen toimitusjohtajaan, mutta omiin palkkausodotuksiin pettyminen ja huonot työolot eivät ole ainoa peruste tuomita lääkäriaseman toiminta. Hänen mukaansa ”nuorten lääkäreiden ei kannata myydä työvoimaansa halvalla, koska se johtaa koko ammattikunnan arvostuksen laskuun”.

Tätä pelkää kirjoittajakin. Hänen mukaansa lääkäriasema voi olla vaihtoehto nuorille lääkäreille, jotka ovat tilapäisesti työttömiä, eikä hän ”voi tuomita” tätä valintaa: kyseessä on kuitenkin lääkärin työ, josta kertyy ammatillista kokemusta, ja ansiotaso on työttömyyskorvausta parempi opintolainoja maksaville ja perhettä perustaville vastavalmistuneille.

Toisaalta voidaan kysyä, miten varmistetaan työn laatu, jos kaikki aseman lääkärit työskentelevät siellä vain lyhyen ajan eikä kellään ole erityistä motivaatiota paneutua työn kehittämiseen. (...) Nuorten lääkäreiden tuomitsemisen sijaan kollegakunnan yhteisenä tavoitteena tulee olla lääkäriyöllisyyden parantaminen niin, ettei yhdenkään vastavalmistuneen lääkärin tarvitse myydä työvoimaansa liian halvalla. Vain tällä tavoin meillä on mahdollisuus säilyttää suomalaisen lääketieteen taso ja turvata ammattikuntamme arvostus. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 38)

Kirjoittaja rakentaa tässä itsensä työttömän lääkärin ja vastavalmistuneen yläpuolelle, asemaan, josta hän voi joko tuomita tai hyväksyä nuoren lääkärin toiminnan. Hän haastaa lopuksi kollegakunnan tuomitsemisen sijaan parantamaan työllisyyttä niin, ettei vastavalmistuneen tarvitse myydä työvoimaansa liian halvalla. Haasteen hän pukee me-retoriikaksi (Hyvärinen 1994, 71-73): ”Vain tällä tavoin”, hän kirjoittaa, ”meillä on mahdollisuus säilyttää suomalaisen lääketieteen taso ja turvata ammattikuntamme arvostus”. Jälleen on toimintaan kutsuttu (eli tekstin lukijakonstruktio) lääkärikunta. Yhteisen arvostus-objektin saavuttamisen uhkana on nyt työvoimaansa myyvä nuori lääkäri itse (kuvio 3), vaikka hänelle aikaisemmin tekstissä on tarjottu muita, arvokkaitakin aktanttiasemia.



Kuvio 3

Työpanoksensa myyminen halvalla ei siis ole arvokasta lääkäriille. Raha on työn arvostuksen mitta, eikä palkan tasosta tule tinkiä. Toisaalla lehdessä (artikkelissa *Palkaton amanuenssi syö pöydässäsi!*) tuomitaan kovin sanoin palkattomat apulaislääkärien työt ja amanuenssuurit – sekä niiden antajat että tekijät. Heidät nimetään ”hävyttömällä tavalla yhteisiä etuja vastaan rikkoiviksi”, ”moraalittoman työn” tekijöiksi ja kollegiaalisuuden unohtaneiksi. ”Viidakon lakeja” noudattava kilpailu tuomitaan. Tätäkään tekstiä ei ole ensisijaisesti kirjoitettu nuorelle työttömälle, vaan kovin keinoin yhteistä etua ajamaan kutsutaan nyt kandiseurat. Mutta mistä itse asiassa lähti liikkeelle ei-perinteistä lääkäriasemaa käsittelevä kirjoitus? Sotimisesta kirjoittamattomia sääntöjä vastaan ja hintojen polkemisesta.

Nuoret, vastavalmistuneet, mahdollisesti työttömät lääkärit esitetään tässä kirjoituksessa lopulta potentiaalisena uhkana lääketieteen tasolle ja ammattikunnan arvostukselle. Heidän syntinsä on solidaarisuudeksi liukuvan kollegiaalisuuden puute: oman edun (palkan ja työkokemuksen) tavoittelu yhteisen edun ja arvostuksen kustannuksella, kilpailussa toista lääkäriä vastaan.

Entä sukupuoli? Ajattelen juuriltaan maskuliinisen lääkärin myytin elävän siinä tavassa, jolla keskustelussa jokaisen lääkärin ratkaisujen nähtiin syntyvän yleisestä, abstraktista ammattikunnan arvostuksen säilyttämisen tavoitteesta sen sijaan, että ratkaisujen – esimerkiksi pienellä palkalla töihin suostumisen työttömyyden vaihtoehdona tai tieteen reunamille sijoittuvan ammatinharjoittamisen – nähtäisiin syntyvän osana konkreettista, erityistä ja moneen suuntaan sitoutunutta lääkärin elämäntilannetta. Yrjö pohti edellä (sivu 173) esimerkissään lääkäreiden vuorotyöhön siirtymistä oman tilanteensa näkökulmasta ja näki sen mahdollisuutena jakaa aikaa joustavammin työn ja perheen kesken; kysymys lääkärin arvostuksen ja vuorotyön yhteensovittamattomuudesta ei



ollut tästä näkökulmasta olennainen. Ehkä lääkärimyytin maskuliinisuuden paljastaminen mahdollistaisi myös sen kysymisen, miksei ammatin arvoa voi mitata sillä, miten hyvin se ottaa huomioon ammattilaisten erilaiset toiveet, tarpeet ja tilanteet.

Luen vielä kolmannen vihjeen lääkäriyden sukupuolesta. Kyseessä on tulevaisuuteen sijoitettu pakina (*Vaihtoehtokantelu vuodelta 1998*), jonka tavoitteena on lopulta muistuttaa, ettei kilpailun ja liiketaloudellisten periaatteiden omaksuminen ole vain nuoren lääkärin synti.

Elettiin siis vuotta 1998. STAKES:ista oli kehitetty liiketaloudellisin periaattein toimiva Sosiaali- ja terveystoimintayritys Oy (Sotos). Sotos kävi veristä hintakilpailua yksityissektorin kanssa ja oli näin ollen jäävi vastaamaan kanteluasioista. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 30)

Pakinassa kerrotaan lääkäristä A, joka ei valmistuttuaan saanut töitä (kun ei kuulunut ”hyviin jätkiin”) eikä myöskään laillistusta ja ammatinharjoittamisoikeutta. Toimeen oli silti tultava, joten lääkäri käytti luovuuttaan ja keksi, mitä ”tehostettu, järkiperaistettu ja huippuunsa viritetty” sairaanhoitojärjestelmä ei kyennyt potilaille tarjoamaan: sairaalaelämän jännitystä, henkilökunnan romanssien seuranta, ruoasta valittamista, oireiden vertailua, keskinäistä yhdessäoloa ja tv:n katselua. Niinpä hän huolellisten selvitysten, Nykypostin ja Lääkärisarjan vuosikertojen läpilukemisen ja lukuisten opintomatkojen jälkeen perusti tällaisen hoitolaitoksen, jossa oli tarjolla erilaisia hoitomuotoja kuppauksesta ja kätenpäällepanemisesta alkaen.

Tulokset olivat erinomaisia, kunnes eräs potilas kanteli laitonta lääkärintoimintaa harjoittavasta lääkäristä. Lääkäri A kykeni kuitenkin osoittamaan toimintansa eettisyyden: hänen lääkärin leimassaan oli tarkennus ”lääkärin omainen henkilö, tehoa ei ole osoitettu laillistetulta lääkäriltä edellytetyllä tavalla”, ja lisäksi hän oli

hyvin varovainen potilasvalinnoissa eli ketään jolla on jokin hoitamaton tauti ei oteta potilaaksi tähän terveyttä edistävään hoitoon. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 32)

Tarinan sankarisubjekti on tämä lääkäri A. Kuten sankariin yleensä, häneen liitetään arvokkaiksi ymmärrettyjä ominaisuuksia. Lääkäri on kykenevä etsimään uusia ratkaisuja ongelmallisessa tilanteessaan, hän toimii huolellisen harkinnan ja selvitysten perusteella, ja ennen kaikkea hän pitää kiinni etiikastaan ja toimintansa moraalista. Vastasubjekti on potilas, jonka kanne perustuu käsitykseen siitä, että lääkärin antaman hoidon tulisi perustua tieteellisiin tosiasioihin.

Lukijan ymmärrettäväksi jää pakinamaailmassa se, että tällä kertaa kirjoittajan perimmäinen viesti on sittenkin puhua tämän tieteellisyyden puolesta.

Pakinan näkökulma on nuoren lääkärin oma. Hän palauttaa riistetyt kunniansa: moraaliton hän ei ole, sen sijaan hän kyllä toimii kaikkien markkinatalouden periaatteiden mukaisesti ja vieläpä menestyksellisesti - tarjoaa sitä, mille on kysyntää. Hän toteuttaa samoja periaatteita kuin (pakinassa) liiketalouden periaatteisiin uskova terveydenhuoltojärjestelmä ja sen päättäjät, jotka tulospalkkasivat ja rationalisoivat eivätkä siten voineet tarjota työtä nuorille lääkäreillekään. Juuri näinhän oli pakinan sankarillekin käynyt.

Markkinatalous pakotti koko terveydenhuoltojärjestelmän siirtymään tulospalkkaukseen. Toimintoja rationalisoitiin ja sen seurauksena lääkäreitä tarvittiin koko Suomessa ainoastaan 8500 kappaletta. Loput 7000 alkoivat ajaa taksia tai yrittivät keksiä jotain muuta askareta. (Nuori lääkäri Työllisyys 1993, 30)

Lääkärin ammatin arvostuksesta, moraalista ja tieteellisestä perustasta huolehtivat sekä edellä analysoimani *Eurolääkärit*-tekstin lopuksi lääkärikunta että tässä pakinassa nuori lääkäri itse. Moraalin uhaksi, vastustajaksi, asetetaan milloin kukakin mutta usein nimenomaan se, jota ohjaa raha ja liiketalous.

Se lääkärin toiminta, jonka arvoa pakina lopulta rakentaa, tuotetaan vastakuvan kautta. Oikea lääkäri, siis ei vain *lääkärinomainen henkilö*, perustaa toimintansa tieteellisyydelle, joka määrittellään kuvaamalla epätieteellisyys: sairaalaelämän jännitystä, henkilökunnan romanssien seurantaa, ruoasta valittamista, oireiden vertailua, keskinäistä yhdessäoloa ja tv:n katselua. Tämä kuvaus kuulostaa sairaalasarjojen maailmalta, jonka itse miellän naisiseksi kulttuurin kuvastossa. Jos kyse on muidenkin tunnistamasta vihjeestä naisiin kiinnostuksen kohteisiin, tämä teksti olisi jälleen esimerkki siitä, miten myyttisen lääkärin – ja tieteellisen järkipäisyyden – miehisyys tuotetaan: rakentamalla sen vastakohtaksi naisinen ”lääkärinomainen” hahmo (ks. Eriksson 2003).

## 5.4 Kirurgi(a)n sukupuolen lukeminen aineistostani

Läketieteen käytännön ja kielen sukupuolittuneisuutta tutkittaessa on kohteeksi usein otettu jokin miesvaltainen ala ja naisten tavat rakentaa lääkäriyttään korostuneen miehissä kulttuurissa (Riskä 2001, 96). Läketieteen erikoisaloista kirurgia (ja lääkäreistä kirurgi) mielletään useimmiten maskuliiniseksi (Conley 1998; Cassell 1998; Nore 1993). Kirurgian erikoislääkäreistä on myös prosentuaalisesti suurin osuus miehiä, Suomessa työikäisistä yleiskirurgian erikoislääkäreistä vuoden 2003 alussa 83 % ([www.laakariliitto.fi](http://www.laakariliitto.fi)), vaikka

naisten osuus on lisääntymässä. Kirurgin stereotypia on lääkäreidenkin keskuudessa maskuliininen, ja siksi kirurgi(a) on helpoin valinta esimerkiksi, kun kertojan pohdinta kohdistuu tavalla tai toisella lääketieteen sisäisiin jakoihin tai sukupuoleen. Kun kysyin esimerkiksi *Sampolta*, mitä hänelle oli jäänyt mieleen kirurgian kliinisestä kurssista, hän kuvasi kirurgian suoraviivaiseksi toiminnaksi, jossa pohdinnan ja selvittelyn sijaan toimitaan ja hoidetaan. Kirurgiaan suuntautuvat haastateltavat, esimerkiksi *Anne*, puhuvat myös kirurgiasta nopealiikkeisenä toimintana, ja juuri se heitä erikoisalassaan viehättää. *Sampokin* rakentaa omaa lääkäriyttään kirurgian kautta, mutta erottautumalla siitä: hänelle on muodostunut ”kirurgeista vähän semmonen yksiviivainen kuva, ne on vähän semmosia tavallaan aggressiivisia ja itsevarmoja kavereita ja vähän huono itsekritiikki”. Näin sanoessaan hän jo vihjaa itse olevansa toisenlainen, vaikka sisällyttääkin omaan anestesiologin identiteettiinsä samaa ”glamuuria”, jota liittyy leikkaussalin ajoittain vauhdikkaaseen ja jännittävään maailmaan ja etenkin tehohoitoon, jossa ”sankaritöitä tehdään”.

Pearl Katz (1999) kokoa pohjoisamerikkalaisen kulttuurin sankarin arkityypin piirteitä, jotka kaikki hänen mukaansa voi liittää kirurgin kuvaan. Sankarit ovat kilpailun voittajia, jotka saavuttavat asemansa vaatimattomista lähtökohdistaan huolimatta. He ovat itsevarmoja, optimistisia, itsetietoisia ja vahvoja yksilöitä, jotka toimivat rohkeasti ja päättäväisesti vaikeissa tilanteissa. He ovat itsenäisiä, itseriittoisia, karskeja individualisteja, oman tiensä kulkijoita. Ja he ovat suurenmoisia esiintyjä, jotka loistavat yleisönsä edessä (mts. 27). Katz käytti määrittelyssään myös sanaa *mies*, mutta yhtä hyvin sankarin/kirurgin sukupuolen voi lukea kuvauksesta sanomattakin. Toiminnan, tekemisen, taistelun teemat ja itsenäisyys, varmuus ja yksiselitteisyys sankarin ominaisuuksina toistavat myyttisen miehen sukupuolta, miehen ruumiin kulttuurissa saamia merkityksiä. Kirurgin työn historia ja myös nykyinen käytäntö tekee ymmärrettäväksi sen, että kirurgi esittäytyy sankarina (kuten esitin edellä Kari-kirurgista kertovaa lehtiartikkelia pohtiessani): kirurgin on usein oltava nopea ja horjumaton päätöksissään, hänen on oltava suuntautunut aktiivisuuteen ja toimintaan, hänen on tunteineen tai tunteista huolimatta kyettävä toimimaan paineen allakin (emt). Paitsi työn käytäntö, länsimaisen kulttuurin koko kertomisen perinne vihjaa kirurgin sankaruutta; ei siis ole ihme, että kirurgi edustaa samaa ”glamuuria” lääkärillekin. Kirurgin hahmossa sankaruus kohtaa myyttisen lääkärin ja miehisen sukupuolen, ja näiden kolmen merkitykset sekoittuvat (ks. Katz 1999, 29). Samalla kirurgin hahmosta tulee, kuten miehestä, naisen ja feminiiniseksi mielletyn vastakohta, ja kirurgin työn moniselitteisempi ja harkitsevampi puoli jää kerrotussa identiteetissä pimentoon.

Sampo esittää oman identiteettiinsä sen kautta, mitä hän ei ole: yksiviivainen, aggressiivinen kirurgi. Samalla hän rakentaa erottelun, joka alkaa elää toisensa

poissulkevana vastakohtaisuutena juuri siksi, että hän määrittelee erilaisista – kirurgista ja anestesioologista – lähinnä vain sen, jota hän itse *ei* ole. Kirurgin ja anestesiologin suhde on mielenkiintoinen, jään miettimään sitä luettuani Nicholas Foxin analyysia kirurgian sosiaalisesta merkityksestä (Fox 1992). Fox analysoi englantilaisen sairaalan kirurgian osastoilla ja leikkaussaleissa keräämäänsä etnografista (havainnointi- ja haastattelu)aineistoa kysyen, miten kirurgian sankarillisuus ja erityinen arvokkuus puheessa perustellaan. Hänen tarkastelunsa noduksia, solmukohtia, ovat ne seikat, jotka erottavat kirurgian muista erikoisaloista, ja yksi tällainen nodus on juuri anestesia tekniikoina ja erikoisalana. Leikkauksenaikainen käytäntö, jossa kaksi lääkäriä – kirurgi ja anestesioologi – jakaa välittömän vastuun samasta potilaasta, on Foxin mukaan lääketieteessä ainutlaatuinen, ja tällainen käytännöllinen nodus merkitään myös puheessa, retorisesti, erityiseksi. Kirurgian sosiaalista arvoa ja merkitystä tuotetaan suhteessa anestesiaan, eron ja negaation kautta.

Foxin mukaan anestesia, potilaan nukkuttamisen ja kivunlievittämisen tekniikat, on tehnyt käytännössä mahdolliseksi erottaa toisistaan kirurgisen toimenpiteen kaksi ulottuvuutta: (sankarillisen) parantamisen ja toisaalta kivun ja vahingon, jota kirurgin veitsi aina myös aiheuttaa. Vasta anestesian kehittymisen myötä on tullut mahdolliseksi mitata toimenpiteen onnistuminen kohteena olleen taudin parantumisenä ottamatta huomioon toimenpiteen potilaalle aiheuttamaa välitöntä vaaraa (jonka siedettävyydestä vastaa anestesioologi) tai sen jälkeen jäävää kärsimystä. Analysoituaan potilaan kotiuttamista edeltäviä osastokierron keskusteluja Fox väittää, että kirurgian diskurssi, joka tuottaa sankarillisen parantajan hahmon, pettää ja jättää vain hiljaisuuden kohdatessaan hoidon seurausten moniselitteisyyden. Kirurgille – tai kirurgin retoriikalla, kirurgin sankaritarinassa – potilas edustaa tautiaan, jonka kirurgi parantaa. Anestesiologille sen sijaan potilas on voinnin kokonaisuus. Anestesiologin ja kirurgin vastakohtaisuudeksi mieltävä ero on perusteluna käytössä molempien alojen lääkäreilläkin. Foxin tutkimuksen anestesiologit kuvaavat kirurgeja hyvin samalla tavoin kuin Sampo omassa tutkimuksessaan: yksiviivaisina ja kykenemättöminä hahmottamaan toimenpiteen kokonaisuutta. He perustelevat itsensä leikkaussalin rationalisteina erottautumalla yksioikoisesta kirurgista.

Fox (1992) hahmottelee tapaa mieltää kirurgian ja anestesioologian näkökulmat vastakohtaisuuden sijaan kahtena erilaisena voinnin ulottuvuutena, jotka molemmat tarvitaan toimenpiteen onnistumisen arvioon. Hän ei pohdi sukupuolta, viittaa vain kirjansa loppuun feministisen näkökulman kiinnostavuuteen. Silti hänen tulkintansa kirurgian ja anestesioologian suhteesta toistaa sukupuolieroa, vaikkei olekaan samalla tavoin universaali ero – ennemminkin yllättävä, itse huomaan mieltäväni molemmat leikkaussalispesialiteetit paljolti toistensa kaltaisiksi. Eron osapuolena kirurgi on arvokas aktiivinen toimija, kuten mies on kulttuurin kuvastossa, ja määritetty sellaiseksi suhteessa

anestesiologiin/naiseen, jonka ottaa vastakohtakseen mutta jonka huolenpitoa ilman ei tulisi toimeen, jota ilman ei ehkä edes määrittäisi. Foxin ajatus kahden erilaisen suhteesta ei-vastakohtaisuutena toteuttaa sitten Irigarayn utopiaa eettisestä (sukupuoli)erosta.

Vaikka Sampo ei suoraan viittaa kirurgin sukupuoleen, kuulen hänen toistavan miehisen kirurgin stereotypiaa. Ainakaan en osaa kuulijana sijoittaa ”aggressiivisen, itsevarman kaverin” paikalle naista. Sampo ei näin sanoessaan kuvaa ketään yksittäistä kirurgia, vaan kulttuurisen kuvaston hahmon, johon suhteessa jokainen lääkäri voi kuvata ja ymmärtää itseään. Myyttisen sankarilääkäriin hahmo on maskuliininen ylipäätään; kulttuurisessa kirurgin kuvassa maskuliinisuus korostuu. Samalla korostuu se, miten jokaisessa kirurgissa tai sellaiseksi aikovassa kohtaavat sukupuolen kaksi ulottuvuutta – lääkärin miehin tai naisinen sukupuoli ja maskuliininen myytti – ja miten kohtaaminen on miehellä ja naisella erilainen. Lukiessani sukupuolta aineistostani annan omalle lukijalleni myös mahdollisuuden arvioida itse, mihin kolmen siteeraamani lääkärikertojan kokemusten sukupuolittuneisuus lopulta sijoittuu – kirurgiaan, lääketieteeseen ylipäätään, vaiko jonnekin muualle.

Samalla tavoin luen sukupuolta kertomuksista itse. Olen tekstintutkija sikäli, ettei tehtäväni ole arvioida sitä, mitä todella on tapahtunut – kertojat usein itse osoittavat useiden tulkintojen mahdollisuuden. Sama *Susannan* kokemus kirurgian amanuenssuurista voi olla ”mukava” tai ”mukava ja mukava”, näkökulmasta riippuen. Oma tekstintutkijuuteni muistaa silti myös sen, miten moniääninen ja -tulkintainenkin kertomus on vakava yritys antaa sanat kertojan kokemukselle. Tekstiin jää jäljet kertojasta, joka on elänyt kerrotut hetket, ja niitä jälkiä minä lukijana etsin ja tunnistan oman kokemukseni, oman ruumiini resonanssin kautta (Miller 1988, 57). Miten kirurgian miehisyys haastatteluisani näin lukien näkyy? Esimerkkeinä kolme kertomusta.

Susannan haastattelu eteni vuoropuhelunamme. Kyselin, mitä hänelle oli jäänyt mieleen opintojen kliinisestä vaiheesta. Susanna kertoo syventävistä opinnoistaan ja mainitsee sisätautikurssin ehkä kiinnostavimpana; ”kirurgiasta nyt lähinnä jäi (mieleen) ne ukkelit tai niitten persoonat, kun ne oli aika niinsanotusti kauheita tyyppejä”. Millä lailla, kysyn, ja Susanna kuvaa kirurgit ”hirveiksi sovinnesteiksi”. Susannan kokemus kirurgian klinikasta, ainakin osana hänen haastattelussa kertomaansa lääkärin tarinaa, on räikeän sukupuolittunut. Kysyn, muistaako hän jonkin tietyn tilanteen klinikasta, ja hän kertoo useita. Hän muistelee muun muassa apulaisprofessoria, joka varoitteli opiskelijoita jämähtämästä peräkylän terveyskeskuksiin ja painotti yliopistopaikkakunnalla pysymisen ja itsensä kehittämisen tärkeyttä. Susanna muiden mukana protestoi ja huomautti postin (eli tieteen viime saavutusten) kulkevan takahikiällekin. Tähän apulaisprofessori totesi: ”joo joo, sinäkin hankit lapsia ja lihot niin siinä se on sun tieteen seuraamises”.

Myöhemmin Susanna kertoo amanuenssuuristaan kirurgian klinikassa. Koko kerrontaa sävyttää tässä kohden veto kahtaalle – paikka oli mukava tai ”mukava ja mukava”, riippuen siitä, miten ilmassa jatkuvasti sakeana leijuvan herjanheiton määrittää, ”vitsailuksi” vaiko ”vittuiluksi”, naisia herjaavaan sävyyn yhtä kaikki. Äärimmillään ”show” tarkoitti avointa seksuaalista vihjailua ja naispuolisiin työtovereihin käsiksi käymistä. Susanna kertoo alun perin kirurgiasta kiinnostuneen naispuolisen opiskelutoverinsa kiinnostuksen hiipuneen ”sen jälkeen kun ei jaksanu niitten juttuja kuunnella”.

Susannan kokemus haastaa ajatuksen siitä, että lääkärin pitäisi olla sukupuoleton ja tehdä ratkaisunsa yksilönä, ei miehenä tai naisena. Hän kertoo lääkäristä, joka on tullut määritellyksi ja vähätellyksi sukupuolensa kautta ilman, että kyseessä olisi ollut hänen oma valintansa. Mitä sukupuolen vaihtamiseen tulee, se tuntuu mahdottomalta. En pysty kuvittelemaan vitsailevia kirurgeja naisiksi ja Susannaa vittuilun kohteena mieheksi.

*Mauriksi* nimeämälläni mieslääkärille kerroin jo puhelimessa sopiessamme haastattelusta, että käytän elämäkerrallista haastattelumenetelmää. Hän sanoo hahmotelleensa puhelun jälkeen mielessään tarinansa sisältöä ja kertoo sitten keskeytyksettä elämänsä rinnakkaisia juonikultuja yli puolet käyttämästämme ajasta (haastattelu kesti noin 1h 20min). Hän päättää sanomalla ”mitäs sä haluisit nyt sitten ole hyvä kysyä lisää”. Näistä ja muistakin vihjeistä ymmärrän Maurin suhtautuvan kunnioittavasti minuun ja tekemääni tutkimukseen, vaikka hän itse on tekemässä tiedettä ja väitöskirjaa täysin toisista lähtökohdista kirurgian alalta, jolle on myös erikoistumassa. Tämä sympatian sävyttämä kokemukseni on läsnä nyt joka sanassa ja lauseessa kuunnelllessani Maurin haastattelua ja kysyessäni tekstistä sukupuolta.

Maurin kertomuksessa on sisällöllisesti paljon sellaista, jonka äkkipäätään helposti nimeän miehen läsnäoloksi: nuorena alkanut kiinnostus koneisiin, moottoreihin ja autourheiluun, huoleton suhtautuminen tulevaisuuteen ja mahdolliseen opiskelupaikan hankkimiseen ammatinvalinnan vaiheessa ja huolettomuuden vaihtuminen perfektionismiksi kirurgina, perheen perustamisen jääminen toiseksi elämäntarinan juoneksi (vai sokeriksi pohjalle?), vähän irrallisen juonesta, joka kulkee lapsuudesta huolettoman nuoruuden ja opiskeluajan alun kautta lääkärin työhön ja kirurgiksi. Toisaalta hän puhuu miehenä myös toisella tavalla. Mauri kysyi minulta haastattelun aluksi, kiinnostiko minua tutkimuksessani nuoren lääkärin työssä viihtyminen ja jaksaminen vai mikä, ja palaan tähän haastattelun loppupuolella. Kysyn, mistä hän olisi kertonut, minkä näkökulman valinnut, jos olisin tutkinut työssä jaksamista.

Mauri kuvaa lääkärin ja kirurgin työtä (josta hän toisaalla sanoo pitävänsä päivä päivältä enemmän): se on ”välillä aika kovaa ja kypsää”. Hän puhuu vastuusta, joka kasvaa leikkausten vaativuuden myötä eikä jää leikkaussaliin: ”sä mietit sitä yön, sä et nuku kunnolla, aamulla ku sä tuut sä mietit et mis-

säköhän se potilas et onkse teholla vai yhtä kerrosta alempana patologialla”. Mauri sanoo olevansa perfektionisti, joka ”piiskaa itseään vähän liian lujaa”, ja hän myös analysoi ja funtsailee asioita. Hän sanoo kirurgin työn olevan fyysisestikin raskasta. Pitkät päivät kuluvat leikkaussalissa, mutta energiaa kuluu paljon myös siihen, että pystyy olemaan hermostumatta silloin, kun työt karkaavat kontrollista:

suurin syy (rasittavuuteen) on ehkä se tunne ihan konkreettisesti et sää et pysty pitään asioita hallinnassa (...) että mun pitää kotiuttaa joku et mä laitan reseptit sairaslomat sä tiedät kaikki polijat tämmöset, ja jos mä en sitä pysty (rauhottamaan) et mun täytyy kesken kirjottamisen lähtee sit kattoon jotain potilasta ja sit tulee pari puheluu (...) et odottakaa siel langalla etitään papereita ni sit kun alkaa kertyy tämmösiä (...) loose ends ja sit kun alkaa näit irtopäitä olla joka puolella niin se rassaa.

Sanon tietäväni tunteen, itse asiassa tunnen sen kylminä ja kuumina aaltoina selässäni ja käsivarsissani parhaillaan tätä kirjoittaessani. Itse voin parhaiten silloin, kun saan keskittyä yhteen asiaan kerrallaan. Lääkärin työn käytännössä se harvoin toteutuu, isoja asioita on hoidettava nopeasti, alta pois, yhtä aikaa. Jaettuani Maurin kanssa työn raskauden kokemuksen ja leväytyäni hänen arvostavassa suhtautumisessaan haastattelun ajan ymmärrän häntä, kun hän jatkaa edellisestä lainauksesta,

mut sit taas leikkaussaliin ku menee ni siel hoitajat on kyllä tullaan tosi hyvin juttuun ja on erittäin kiva henkilökunta meillä, pääosin se on semmost hermolepoo, uusis saleis kun on radiot ni ei muuta kun potilas uneen ja poppi soimaan ja sitte kertoo hävyttömiä vitsejä ja purkaa paineitaan siellä niin se on ihan hyvä.

Jätin oman lukijani tehtäväksi päättää, missä lääketieteen ja tässä nimenomaisesti kirurgian sukupuoli lopulta on. Itse ajattelen, että se on muuallakin kuin yksittäisten lääkärien ja kirurgien mielissä ja ruumiissa. Kirurgian sukupuolittuneisuus toteutuu Maurissa hänen kertoessaan hävyttömiä vitsejään leikkaussalissa hoitajille ja kertoessaan kertomisestaan minulle, mutta hänen kunnioituksensa minua, naista ja erilaista tieteenekijää, kohtaan toteuttaa täysin toisenlaisen miehen. Sovinismi ei ole hänen olemuksensa, mutta se on hänen kulttuurinen ja käytännöllinen mahdollisuutensa purkaa kirurgin työn paineet. Hän ikään kuin astuu sisään sovinismiin astuessaan leikkaussaliin, suorittamaan hävyttömien vitsien purkautumisrituaalia.

Kyse ei ole siitä, että haastattelutilanteessa kohtaamani toista kunnioittava Mauri olisi aito ja tosi, lääkäri-identiteettiin pakotettu sovinistinen leikkaus-

salikäytös taas hänen minälleen vierasta. Molemmat kuuluvat siihen lääkäriin, jonka Maurin kertomus esittää – minus ei ole ristiriidatonta. Pohdin yhteen-  
vetoartikkelini luvussa 6 dialogin idean ja Mihail Bahtinin kirjoitusten kautta yksilön ja yhteisön, yksilön ja sosiaalisen, välisen rajan huokoisuutta. Olemme tottuneet ajattelemaan yksilön ja häntä ympäröivän sosiaalisen todellisuuden kahtena toisiinsa vaikuttavana mutta erillisenä ja erilaisena entiteettinä. Kulttuurintutkimuksellisesta ja bahtinilaisesta näkökulmasta kyse ei ole vastakaisuudesta, vaan sama sanojen, symbolien ja merkitysten maailma liikkuu sekä yksilön ulko- että sisäpuolella, ja hän hengittää siitä oman ajattelunsa ja kokemuksena ainekset. Symbolinen merkity maailman ulottuvuus, konkreetti toiminta ja yksilön koettu todellisuus punoutuvat yhteen (Korvajärvi & Kinnunen 1996, 233-240; Gherardi 1994). Maurin kohdalla tämä tarkoittaa, että astuessaan leikkaussaliin hän astuu kirurgian kulttuurisista merkityksistä jo valmiiksi tiheään tilaan ja tilanteeseen suorittamaan puhdistautumisen rituaalia. Hän kokee helpotuksen ruumiissaan, keventää taakkaa harteiltaan, mutta samalla hän tulee uusintaneeksi kulttuurin pimeää puolta ja naisvihamielisyyttä. En tiedä, tekeekö Mauri sen tietoisesti, vaikka oma kokemukseni hänestä haastateltavana puhuu sitä vastaan. Sukupuoli oman identiteetin määreenä on joka tapauksessa usein ei-tietoista, narratiivista tiedostamatonta (Freeman 2002a), lääkärille ja kirurgillekin, eikä silloin ole herkkä myöskään toisen ja toista sukupuolta olevan kivulle hävyttömän vitsin sattuessa.

*Annen* kerrottu lääkäriminä on (tuleva) kirurgi. Anne kertoo kirurgian kiinnostaneen häntä kirurgian kurssista asti, se ”oli heti semmonen et tätä mä haluan tehdä”, ja kiinnostus on vahvistunut työkokemuksen myötä. Hän tykkää ”värkätä ja väsätä”, kuten operatiivisella alalla värkätään, ja hän ottaa omakseen myös kirurgin stereotypian nopealiikkeisestä, aktiivisesta toimijasta (Katz 1999, 51): ”mä oon just semmone et mä haluan tehdä kaiken nopeesti ja heti ja välittömästi niinku nyt kirurgit ehkä halua et hoidetaan homma ja sillee”. Työn ulkopuolisissa ihmissuhteissa Annella on sukupuoli, hän on ollut ”sinkkutyttö” ennen kuin alkoi vakavasti seurustella ja suunnitella tulevaisuutta perheenä, jonka rivitaloasunnossa vilistää kolme lasta. Sen sijaan puhuesaan itsestään lääkärinä hän ei puhu naiseudestaan, ei silloinkaan, kun minä haastattelukertomusta kuunnellessani näen hänet nimenomaan naislääkärinä. Yksi tällainen kohta on *Annen* kertomus eräästä mieleen jääneestä potilaasta. *Annen* vastaanotolle tuli isä ja lapsi, jonka loukkaantunutta jalkaa oli jo kahdesti käyty näyttämässä lääkärille. Ensimmäinen oli epäilty murtumaa, mutta päädytty siihen, ettei murtumaa ole eikä toimenpiteitä tarvita. Jalka oli kuitenkin yhä kipeä, ja nyt isä vaati vihaisena *Annen* tilalle ortopedian erikoislääkäriä lasta tutkimaan. Kyse oli varmasti siitä, että Anne oli (vain) apulaislääkäri, sukupuolesta riippumatta. Silti kuulen jossakin taustalla toisten haastattelemieni naislääkäreiden mainintoja siitä, miten nimenomaan nuori nainen kohtaa miestä



helpommin oman uskottavuutensa rajallisuuden suhteessa sekä potilaisiin että hoitohenkilökuntaan (esimerkiksi Eija, johon palaan hetken kuluttua kohdassa 5.5). Ruotsalaisia lääkäreitä tutkinut Kristina Eriksson (2003) on havainnut saman ilmiön.

Kun haastattelun aluksi esittelin itseäni ja tutkimustani, mainitsin toisesta tutkimuksesta, jossa on haastateltu norjalaisia naiskirurgeja (Nore 1993). Palaan teemaan haastattelun loppupuolella ja kysyn, onko naiskirurgiudella Annelle merkitystä. Hän kieltää ensin, mutta lähtee kuitenkin pohtimaan. Hänen työpaikassaan haastattelun aikaan kaikki kirurgian apulaislääkärit olivat naisia, mikä ”on aika ällöttävää”. Edellisessä sairaalassa hän oli ollut ainoa nainen, eikä hänen siellä ollut tarvinnut kokea itseään kohdeltavan osana ”tyttöjoukkoa”, jota ”jotkut niistä vanhemmista kollegoista nimittelee ties mikskä tipusiks välillä”. Vaikka Anne tietää, että nimittely tehdään hyvällä, se ärsyttää häntä. Hänen työidentiteettinsä on kirurgin, ei tyttösen tai tipusen.

Annen kirurgiminällä on kyllä ruumis. Toisin sanoen Anne kertoo omaa erityisyyttään fyysisestä olemuksestaan jo lapsena: hän oli koulussa paitsi fiksu myös pitempi muita. Kommentoin väliin, sitten Anne jatkaa suoraan siihen, miten hän on pienestä asti tiennyt haluavansa lääkäriksi, tätinsä muistin mukaan tarkemmin haaveena oli tulla lasten sydänkirurgiksi. Tulkitsen tästä kertomuksen assosiatiiivisesta kulusta, että Annen fyysinen koko ja voima on osa hänen kertomansa lääkärin kuvaa.

Tulkinta vahvistuu myöhemmin Annen erottautuessa työpaikkansa ”tyttöjoukosta”. Anne ei ole ”niin kauheen semmonen pieni ja hento ja hellä tyttö niinku ehkä tytöt keskimäärin”, eikä hänellä ole vaikeuksia fyysisistä voimaa vaativissa ortopedisissakaan leikkauksissa. Päinvastoin hän nauttii siitä, että saa ”tehä oikeen olan takaa (...) hauskaa sellasta puusepän hommaa välillä”. Ymmärtääkseni syy Annen vastentahtoisuudelle tulla otetuksi osana tyttöjoukkoa ja tipulaumaa on niissä heikkouden ja avuttomuuden merkityksissä, joilla hän samalla tulee merkityksi ja jotka ovat vieraita hänen omalle käsitykselleen itsestään lääkärinä ja kirurgina. Hän haluaa tulla nähdyksi omana itsenään, mikä tarkoittaa oman sukupuolen hylkäämistä ammatillisissa yhteyksissä.

Naistutkimuksen teoretisoinnit ruumiista esittävät, että ihmisruumiilla on aina myös sukupuoli. Anne kertoo omaa ruumistaan kulttuurin maskuliiniseksi määrittämistä ominaisuuksista, koosta, voimasta ja kestävyvyydestä. Sukupuolieron irigaraylaisesta näkökulmasta tämä ei ongelma – jokainen nainen on lopulta nainen omalla tavallaan. Sen sijaan ongelmana voi nähdä sen, ettei Annen kirurgiminään mahdu hänen naisinen sukupuolensa, vaan siitä tulee heikkouden kaihdettava merkki. Annella tai naiskirurgilla ehkä ylipäättään ei ole yleisesti tunnustettua mallitarinaa, josta hän voisi kertoa itselleen yhtä arvokkaan (vaikka erilaisen?) kirurgin identiteetin kuin hänen mieskollegansa. Päinvastoin hänen vakavastiotettavuuttaan uhkaa jatkuvasti naiseksi nimeä-

minen tai naisena näkyväksi tuleminen. Irigarayta soveltaen voisi sanoa, että päästäksemme tilanteeseen, jossa kirurgin sukupuolella ei ole väliä, meidän on kuljettava mies- ja naiskirurgiin erilaisuuden ja arvokkuuden tunnistamisen ja tunnustamisen kautta (Irigaray 1991, 150). Sen sijaan, että yrittäisimme kieltää sukupuolen merkityksen, tulisikin ehkä nostaa kissa leikkauspöydälle ja keskustella siitä, mistä miehet oman sankariutensa tunnistavat, mistä taas naiset. Ja edelleen kertoa ja kuunnella, mitä mies tuntee heittäessään hävytöntä herjaa, mitä taas nainen herjanheiton kohteena ja yleisönä.

Kyse ei ole tasa-arvoajattelusta totutussa mielessä. Sukupuolen merkitysten monet kulttuuriset ja henkilökohtaiset kerrokset eivät muutu pelkästään sillä, että naisille mahdollistetaan pääsy arvostettuihin, johtaviin, perinteisesti miesten hallitsemiin asemiin. Jos sankarikirurgia arvostetaan enemmän kuin arjen pieniä suuria tekoja tekevää terveyskeskuslääkärinä tai jos johtavaa lääkäriä arvostetaan enemmän kuin rivilääkärinä, voisi kysyä, miksi kaksi erilaista on asetettava rinnakkain ja ratkaistava paremmuus. Jos uran ja identiteetin erilaiset mallit olisivat yhtä arvokkaita, olisi jokainen, niin mies kuin nainenkin, vapaampi valitsemaan sen, joka vastaa hänen identiteettiään, kertomustaan, mieltään, ruumiinsa rytmiä.

## 5.5 Haavoittuvainen lääkäri

Kirurgin kulttuurisessa hahmossa kristallisoituu myyttisen lääkärin voimaa uhkuva maskuliinisuus. Voima viittaa fyysisyyteen, lääkärin ruumiseen, joka on paradoksaalisella tavalla sekä läsnä että poissa. Omista haastatelluistani Eija on tietoisin valkoisen takin symbolisista merkityksistä ja samalla kriittisin niitä kohtaan. Kuten Kristina Eriksson (2003, 98) tulkitsee, takin avulla piilotetaan ja anonymisoidaan persoonallinen, ruumiillinen ja sukupuolinen ihminen ja ylläpidetään lääkäri-ihannetta, joka on sukupuoleton, ruumiiton ja (näin ollen) etäinen ja tunteetonkin. Ja samanaikaisesti myyttinen lääkäriys (jota Eriksson nimittää hegemoniseksi lääkäriydeksi) on vahvasti sidoksissa miehen ruumiiseen ja sukupuoleen. Miehistä myyttiä ja ihannetta luodaan tavallaan kiertotietä, rakentamalla sen vastinpari, ei-lääkäri, naisen kuvaksi kuten esimerkiksi edellä (5.3) viittaamassani lääketieteen opiskelijoiden ehdotettu ja mieskiintiöitä käsittelevässä lehtikirjoituksessa: ei niinkään sanomalla, että lääkärin oltava vahva ja mies, vaan epäilemällä naista liian heikoksi tehtävään. Naisen ruumiista ja naiseuden merkeistä (olipa kyseessä sitten suuret rinnat, vauvamaha, kukkamekko tai punatut huulet) tulee uhka vakavasti otettavalle lääkäriydelle, ja tästä syystä naisen lääkäriys on usein hankalammin luotavissa kuin mieskollegan (Eriksson 2003).

Kyse ei kuitenkaan ole vain naislääkärin dilemmasta. Vaikka naiseuden kulttuuriset symbolit ymmärretään eri tavoin mies- tai naisruumiin merkkeinä, naiseuteen, heikkouteen ja haavoittuvuuteen viittaavat seikat ovat aina uhka lääkimyytille ja samalla vähintään ongelmallisia jokaisen lääkäri-identiteetin määreinä. Lääkärin oman sairauden mahdollisuus on yksi tällainen seikka. Lääkärin sairaudesta on kirjoitettu paljon. Yhtäältä tunnistan ajatuksen, jonka mukaan auttajan oma sairauden kokemus ja haavoittuvuuden tuntu on pohja kyvyille empaattisesti ymmärtää potilasta (ks. Frank 1995, xi; Kleinman 1988). Toisaalta oma sairaus tuntuu uhkaavan myyttistä kaikkivoipaisuutta ja lääkäriin auktoriteettia (Hahn 1985; Edelstein & Baidar 1982). Lääkäri 98 –tutkimuksessa 7 % vastanneista lääkäreistä ilmoitti oman tai lähiomaisen sairauden yhdeksi lääkäriksi hakeutumisen motiiviksi (Hyppölä 2000, 21), mutta en muista oman sairauden kokemusta tai mahdollisuutta koskaan kunnolla käsitellyn oman opiskeluni aikana. Puhumattomuus sotkeutuu helposti vaikenemiseen ja vaikeneminen häpeään, joka esimerkiksi Eliisa Mäenpään (2000) tutkimuksessa teki lääkäreille vaikeaksi työterveyspalveluiden käyttämisen (ks. myös Spiro 1987).

Kaiken tämän lääkärin ruumiin, ruumiin rajallisuuden ja häpeän taustaa vasten voi ehkä ymmärtää sitä hämmennystä, jota muistan kokeneeni ja josta myös muistan puhuneeni haastatteluaineistoni keruun aikaan. Ihmettelin sitä, miten moni haastattelemistani nuorista kollegoista – kaikkiaan kolmetoista – tavalla tai toisella, laajemmin tai suppeammin, käsittelee omaa mennyttä tai nykyistä sairauttaan tai muuta ruumistaan rajoittavaa (*material necessity*, Radley 1988, 99) teemaa (näitä muita olivat lapsettomuus ja fyysinen vamma). Kuudella näistä lääkäreistä oli astma ja/tai atooppinen ihottuma, joka oli osalla vaikuttanut ammatin- ja sittemmin erikoisalavalintaan rajoittavasti.

Ohitin ensin lääkärin sairauden teeman ja oman yllättyneisyyteni ja tartuin aineistooni muista näkökulmista. Palasin aiheeseen kuitenkin tutkimukseni loppuvaiheissa (Löyttyniemi 2004), sillä lääkärikertojan ruumiin rajallisuudessa, omassa ihmetyksen tunteessani ja sairauden ja sukupuolen merkitysten kohtaamisessa tunsin olevani itselleni keskeisiksi muodostuneiden teoreettisten ja empiiristen kysymysten äärellä. Olin lukenut feminististä teoriaa ja muun muassa Irigaraylta omaksunut kriittisen asenteen sitä tapaa kohtaan, jolla kulttuurissamme ruumis ja mieli, tunne ja järki mielletään toistensa (sukupuollittuviksi) vastakohdiksi. Tarttumalla lääkärin sairauden tmv. ruumiin rajallisuuden kokemukseen saatoin purkaa ruumiittoman, kaikkivoipaisen lääkärin myytin ja tarttumalla omaan ihmetykseen ja häpeään tuntevaan itseäni saatoin tavoitella tietentekemistä ruumiillisena ja tuntevana – ei vain rationaalisen tai intellektuaalisen – tietäjänä. Halusin toteuttaa ruumiillisuutta siten kuin Kathy Davis näkee todella ruumiillisen teorian mahdolliseksi: ottamalla

ruumiin sekä teoreettisena että epistemologisena, tietoa synnyttävänä lähteenä (Davis 1997, 14).

Sanoinko *häpeää* tuntevaan itseeni? Vaikka tietoisesti pidin tärkeänä ja tarpeellisena haastaa kaikkivoivan lääkärin myytti ja antaa tilaa lääkärin oman sairauden kokemukselle, minun oli vaikea päästä kirjoittamisen alkuun. Oman elämäntarinani, kulttuurini ja ammattikulttuurini sairauteen liittämät arveluttavat merkitykset tuntuivat pinttyneen minuun. En tiennyt, teinkö oikein luokiessani sairauden tai muun ruumiin rajallisuuden näkökulmasta kokonaista elämäntarinaa, vaikka lääkärit olivatkin sairauksistaan minulle kysymättäni kertoneet.

Onnistuin kirjoittamaan vasta, kun aloin tekstissäni puhutella haastateltavaani sinä-muodossa samalla tavoin kuin Marja Kaskisaari puhuttelee tutkimuksessaan omaelämäkertansa kertoneita lesbonaisia (Kaskisaari 1995). Sinä-muoto ikään kuin jatkaa dialogia, jota olin haastatellessani käynyt kertojan kanssa, mutta vain *ikään kuin*: kyse oli sittenkin minun tutkimustekstistäni ja dialogista, joka jatkui minussa ja minulta edelleen lukijalle. Kaskisaaren mukaan yksikön toiseen persoonaan siirtymisessä onkin kyse sen korostamisesta, miten omaelämäkerrankin välittämä tieto on suhteellista, tilanteista ja dialogissa rakentuvaa (Kaskisaari 2000, 35). Kertoja viittaa kertoessaan omaan autenttiseen kokemukseensa, sanoittaa tuota kokemusta, mutta minulle kertoja on aina toinen, *sinä*, jota kuuntelen enemmän tai vähemmän ihmeissäni. Kun sanon tai kirjoitan *sinä*, tulen samalla asiasta numeroa tekemättä korostaneeksi myös *minua* ja sitä tiedon synnyttävää tapahtumaa, jonka sinun sanasi saavat aikaan minussa. Lääkäreiden sairauskertomuksista kirjoittaessani kirjoitin siis lääkärille *sinä* ja avasin samalla tilan ja mahdollisuuden tarkastella niitä tunteita, ihmetystä, häpeää ja ihailua, joita kertomukset koskettivat minussa. Kuunnellessamme toista kuuntelemme itseämme, toteaa sairaustarinoista kirjoittava Arthur Frank (1995, 25): emme tule tietämään toista läpikotaisin, vaan ennemminkin kosketamme häntä ja samalla itseämme ja muutumme vähän. Uskoakseni jotakin tällaista Lorraine Code (1993) tarkoittaa esittäessään tieteen mahdolliseksi paradigmaksi toisen ihmisen tuntemista.

Kysyn seuraavaksi viideltä haastattelemlaltani lääkäriltä: mitä opetit minulle, mitä tulin kauttasi tietämään?

## *Petralle*

Petra, sinä tunnuit enemmän tutulta kuin vieraalta tullessani sinua haastattelemaan. Meillä oli yllättäen yhteisiä ystäviä, mutta tuttuuden tunteessani oli uskoakseni kyse myös muusta, ajattelun samoista säikeistä. Kerroit tehneesi omat syventävät opintosi laadullisella tutkimusotteella ja menetelmällä, ja

minusta tuntui, että kuin yhteisestä sopimuksesta ymmärsimme kertojan suhteen elämään samalla tavoin analyttisesti pohtivaksi kuin tutkijan suhteen laadulliseen aineistoon.

Olet niitä harvoja haastateltavistani, jolle elämän esittäminen kronologisessa järjestyksessä ei ollut itsestään selvää. Kysyin, mikä olisi vaihtoehto kronologialle, ja päädyit aloittamaan motiiveista. Sinulle ”elämää määräävin motiivi on autonomian kasvattaminen tai oman tien etsiminen ja kulkeminen”, ja tätä motiivia vasten arvioit kertoessasi elämäsi ja urasi valintoja. Sinulle on elitärkeää ”päästä pois, päästä toiseen, johonkin muualle” tilanteesta tai työstä, joka turhauttaa ja tuntuu ahtaalta; pahinta olisi ”juuttuminen” rutiiniin tai kuvioihin, joita ei pysty muuttamaan.

Lääkäriin ammatinkin valitsit lopulta vaihtoehtona, joka ”turvaa valinnanvapauden tulevaisuudessakin”. Ammatinvalintaan liittyy myös kertomuksesi ensimmäinen vihje ruumiisi rajallisuudesta: olit nuorempana kiinnostunut enemmän urheilusta kuin koulunkäynnistä, kunnes selkäsi alkoi oireilla ja pakotti sairauslomalle ja rauhoittumaan. Rauhoituit sekä seurustelemaan että opiskelemaan ja löysit ammatinvalinnan hakuoppaista lääketieteen. Oireileva selkäsi ei saanut sinua kiinnostumaan lääkärin urasta suoranaisesti, mutta selkäsi on kertomuksen kohta, jossa entinen meno hidastuu ja avautuu uusia suuntia.

Toinen tarinasi juonen käänne ovat syventävät opintosi, ja tässä kohden kertomuksesi kiinnittyi myös tutkimukseni taustana olleeseen historialliseen aikaan ja talouslamaan. Lääkärityöttömyyden tullessa olit syventäviä vaille valmis liseniaatti. Olisit saanut töitä kaukaa opiskelupaikkakunnaltasi, mutta halusit tehdä tutkimusta ja syventävät aiheesta, joka kiinnosti sinua, etkä voinut jäädä töihin ”jonnekin sinne periferiaan”. Työvoimaviranomaiset tulkitsivat sinun voivan tehtä töitä syventävien ohella, joten sait työttömyyskorvauksen, kun töitä ei lääkärille enää ollutkaan tarjota. Kertomuksessasi työttömyytesi on eräänlainen vapauden tila, joka mahdollisti autonomian kokemuksesi palauttamisen. Aloit opiskella psykosomatiikkaa ja samalla sinulla käynnistyi ”semmonen menneisyyden uudelleenarviointi”: kelasit aikaisempia ratkaisujasi ja motiivejasi ja teit surutyötä siksi, että koit lääkisvuosien varrella toimineesi usein itseäsi kohtaan väärin noudattaessasi ”ulkoapäin tulleita motiiveja”.

Sait tutkimusprosessisi päätökseen samalla, kun oma myllerryksesi tasaantui. Olit saanut keskittyä siihen, mikä tuntui sinusta mielekkäältä, ja samalla olit laajentanut omaa paradigmaasi somaattisesta psykosomaattiseen eli ajatukseen, jonka mukaan sairastamisessa on oireiden ohella aina mukana koko ihmisen menneisyys ja nykyisyys, elämäntilanne ja psyykkiset solmut. Assosioit kertoessasi uudesta mielenrauhastasi ja paradigmatasi omaan oireiluusi: selkäsi lisäksi oli ”jossain vaiheessa hilkulla ettei (sinulle) tullut astma”. Astmaan sairastuminen tarkoittaisi sinulle ratkaisemattoman ongel-

man juuttumista sinuun, etkä ole ”missään vaiheessa ajatellut että rupeaisit kroonikoksi minkään taudin suhteen”. Psykosomaattinen viitekehyses antoi sinulle välineet ymmärtää sairastamisen ongelmaa uudella tavoin ja kokea lääkärin työ entistä mielekkäämmäksi, mutta samanaikaisesti se vahvistaa kertomuksesi sairaudelle antamaa autonomian ja valinnanvapauden menettämisen merkitystä. Voit siis kertoa vain astman menneen ohi.

Kertomuksesi resonoi minussa, niissä merkityksissä, joita olen itse oppinut antamaan krooniselle sairaudelle. Olen nähnyt ihmisten lähelläni sairastavan ja *juuttuvan* sairastamiseensa, kirjaimellisesti *tikahtuvan* oireisiinsa metafori- si lainatakseni. Sairauden (ammatti)kulttuuristen merkitysten ohella kohtaan nämä omat elämänhistorialliset merkitykseni kuunnelllessani kertomustasi, joka yhtä kaikki liittyy kerrottuun minääsi sairauden mahdollisuuden. Mitä sitten opetit minulle, miten muutit minua? Tulin entistä tietoisemmaksi siitä notkeudesta, jolla tieteellinen paradigma siirtyy tietäjän oman itseymmärryk- sen välineeksi, oman minän ja elämän teoriaksi – kirjoitin tästä edellä psy- koanalyttista identiteetin ja sukupuolen teoriaa kulttuurisena kertomuksena tarkastellessani. Ja toisin päin: sait minut oivaltamaan, miten haavoittava objektiivisen, näkökulmiin sitoutumisesta vapaan tietämisen vaatimus on paitsi tietämisen kohteelle, myös tietäjälle itselleen.

## *Timolle*

Sinun sairauskertomuksesi, Timo, on yksi niistä, jotka aluksi resonoiivat minus- sa vähiten ja lopulta muuttivat minua eniten. Olin ensin ihmeissäni ja hämilläni siitä itsestänselvyydestä, jolla kerroit kroonisen sairautesi osaksi itseäsi ja elämääsi ja myös lääkärin urasi lähtökohdaksi. Siteeraan omia sanojasi, joilla aloitit elämäkertomuksesi:

Menin kuusvuotiaana kouluun .. pärjäsin periaattees ihan hyvin kunnes tuli murrosikä joskus neljätoista, kolmetoistvuotiaana, jolloin meni erittäin huonosti .. ja sen jälkeen taas sitten paremmin jossain vaiheessa (...). Sairastuin neljätoist- vuotiaana (krooniseen tulehdussairauteen), jota ennen mulla oli ollu keskiarvot jotain seiskan luokkaa, kutosen seiskan, eli siinä pahimmas murrosiässä ne tippu sinne. Sit mä sairastuin neljätoistvuotiaana ja mä olin sairaalas joku puol vuotta putkeen ja mä tulin takasin niin nous yli ysin ne keskiarvot. Se oli semmonen aika iso käännekohta ja oikeestaan se pohja, minkä takia mä ikinä lääkikseen pyrin (...) Mä en tiedä mitä ois tapahtunu jos mä en ois sairastunu, oisikmä ikinä menny lukioon siinä vaiheessa .. Koulu meni siis tollain aika vaihtelevasti, mut tää oli se iso askel mikä itse asiassa muutti varmaan koko mun elämän, eli tavallaan aika negatiivinen asia mutta myös positiivinen .. Se

myös herätti sen kiinnostuksen koko medisiinään ja myös järkevöitti hyvin paljon, voi sanoo, et se mun murrosikä, jos sitä nyt vielääkään on menny ohi niin ainaki osiltaan meni ohi tossa vaiheessa.

Jälleen kohtaan omassa itsessäni, oman ruumiini ajatuksissa ja tunteissa, sekä itse kokemani että kulttuurissa yleisemmin kohtaamani sairauden merkitykset. Lapsena opin liittämään sairauteen vaikenemisen ja häpeän – sairauksista ei kuulunut kertoa, ne olivat perheen salaisuuksia ja sellaisina joka hetki läsnä. Siksi ihmettelin ensin kertomustasi, Timo. En tiennyt, miten suhtautua siihen tyyneen ylpeyteen, jolla kuvaat sairastumistasi ja sen kautta ottamaasi ”isoa askelta”. Jos luet, mitä edellä kirjoitin Petralle sairauteen juuttumisesta, ymmärrät ehkä paremmin, miksi hämmästyyn tapaa, jolla kerrot kroonisen, ruumistasi yhä vaivaavan sairauden askeleksi omallasi, omaksesi kokemallasi (lääkäriin) tiellä. Puhuit haastattelussa sairaudestasi myöhemminkin. Sairautesi pahenee ajoittain, ja kerroit sen kautta oireilevasi stressin ja kaikenlaiset vastaiskut ja pettymykset. Oireileva osa ruumistasi on sinulle eräänlainen sensori, tunteiden sija ja tulkitsija. Alan Radley (1988, 90) kirjoittaa, että silloin kun sairastunut ihminen voi sijoittaa sairauden tai vamman tiettyyn ruumiinsa osaan, hän hakee tasapainoa tuon ruumiinosan ja itsensä välillä, ei niinkään sairauden ja hyvinvoinnin kokemusten välillä. Minusta sinä, Timo, kerrot itsesi jotenkin toisin. Sairautesi sijaitsee tiettyssä kohdassa ruumistasi, johon siis sijoitat myös tunteesi ja herkkyytesi. Et silti niinkään etsi tasapainoa tuon osasi ja muun itsesi väliin, vaan ennemminkin vaalit sairauttasi mystisenä ja ennustamattomana osana sinua, stressin herkkänä tunnistajana. Sairautesi ei ole, jälleen Alan Radleyn kirjoittamaan viitaten (mts. 91), ideologinen dilemma, joka turhaan etsii ratkaisuaan.

Näiden tutkimukseeni käyttämieni vuosien aikana ja sinun kertomukseksi monien lukukertojen välissä jotakin on tapahtunut niille ajatuksille ja tunteille, joita lukiessani/kuunnellessani automaattisesti tulen ajatelleeksi ja tunteneeksi. Hämmennyksen sijaan jaan nyt ylpeytesi ja nautin tarinasi sankarista, jolle sairaus ei ole häpeän merkki.

## *Mirjalle*

Mirja, sinun kertomuksesi on aineistoni koskettavimpia, entistä selvemmin nyt, kun olen itse tullut äidiksi. Alan itkeä aina kuunnellessani nauhalta kohtaa, jossa kuvaat miehesi kanssa ostamasi kauniin omakotitalon – talossa oli tilaa kolmelle lapselle, mutta ette saaneet yhtäkään.

Kautta kertomuksesi, Mirja, korostat sitä, miten elämänratkaisut – sekä omasi että toisten – ovat aina yhtä aikaa vapaasti valittuja ja sattumien tai

elämän ehtojen sanelemia. Omalla kohdallasi lääkärin ammatin valinta on esimerkki tästä. Olit ehtinyt jo kouluttautua toiseen ammattiin, kun vuosien ”lapsettomuustutkimus- ja hoitoruljanssi” päättyi vastaukseen, ettette voineet saada biologista lasta. Kerrot ”mittanauhalla mitanneesi” suruaikasi pituuden, se kesti puolitoista vuotta. Kuvaat ajan ”mustaksi virraksi, joka vei (sinua) ja vei (teitä) yhdessäkin” heittääkseen sinut lopulta virran reunalle. Siinä ikään kuin havahduit, huomasit selvinneesi sittenkin, ja silloin oli tullut aika katsoa elämää eteenpäin.

Vertaat tilannettasi toisiin naisiin, joita sitoi arki ja perhe. Itse huomasit olevasi tilanteessa, jossa oli loppuelämä aikaa tehdä sitä, mikä tuntui mielekkäältä. Pidit työstäsi, mutta halusit silti muutakin, enemmän. Kyse ei sinulle ollut niinkään kunnianhimesta, vaan ehkä uteliaisuudesta, muutoksen kaipuusta, ”mä voin valita tämmösenkin oven”. Suruvirrasta rantauduttuasi aloit etsiä oikeaa ovea, ja kun joku ehdotti sinulle lääketiedettä, tartuit ehdotukseen. Pääsit opiskelemaan ensi yrittämällä, ja lääketiede imaisi sinut kiehtovaan maailmaansa. Haastattelun aikaan olit löytänyt työn ja alan, joka oli ”aivan mun omaani”; sinulle on käynyt hyvin.

Olen ihmetellyt rohkeuttasi jakaa kanssani ruumiisi ja sielusi haava. Siinä missä Timon (jolle kirjoitin edellä) sairaus väisti kärsimyksen teemaa, sinä, Mirja, kerrot surreesi ja selvinneesi. En kohtaa sinun kertomuksessasi sairauden (tmv.) häpeällisyyden tuntua, vaan ihmyksessäni on kyse ennemminkin kysymyksestä, jonka esimerkiksi Clarissa Pinkola Estés (1999) sanoo olevan naisen psyykkisen elämän tärkein: jäädäkö katkeraksi vai ei. Kirjoitin sinulle tätä ensimmäisen kerran juuri saatuani tietää esikoiseni vereen ilmaantuneista haiman saarekesoluvasta-aineista. Olemme vauvasta saakka tienneet, että hänellä on geneettinen alttius sairastua I-tyyppin diabetekseen, ja hän on siksi mukana DIPP- eli diabeteksen ennustaminen ja ehkäisy -tutkimuksessa. Valtaosa näistä perinnöllisesti alttiista lapsista ei sairastu diabetekseen, mutta niiden, joille kehittyä saarekesoluvasta-aineita, riski on jo huomattava; lapseni todennäköisyys sairastua lähivuosina on yli 50 % luokkaa. Riskiä sulatelllessani kohtasin itsessäni sairautteen liittämäni kulttuuriset merkitykset, ehkä ennen kaikkea dilemman, josta äsken kirjoitin Petra-kollegalle: vastakohtaisuuden vapaan valinnan ja ruumiin rajoitusten välillä (joka vastakohtaisuus myös sukupuolittuu, sillä yksilönvapaus assosioituu helposti miehiseen, ruumiin kohtalo ja siteet naisiseen elämään). En tiennyt, miten osaisin ylittää tuon vastakohtaisuuden ja tukea diabeteksen sattuessa lastani kasvamaan yksilöksi, joka olisi ”*sekä* vapaasti valitseva toimija *että* ruumiin materiaalisuuden määräämä” (Radley 1988, 99; kursivointi omani) – en tiennyt, oliko ylittäminen edes mahdollista.

Epätietoisuudessani ihmettelin kertomustasi, Mirja, tapaa, jolla ylitit oman tien kulkemisen ja ruumiin siteiden vastakohtaisuuden. Tuosta sinulle kirjoit-



tamani pohdiskelun ensimmäisestä versiosta on lähes kaksi vuotta aikaa, ja nyt minusta tuntuu, että osaan uskoa sinua, tiedän, mitä tarkoitat. Kiitos, kun opetit sen minulle.

## *Rikulle*

Riku, sinulla on kuvaamaasi sairauteen enemmän ajallista etäisyyttä kuin niillä kolmella kollegalla, joille kirjoitin edellä. Ehkä siksi kertomisen sävyysi on niin kevyt, silti vakava yhtä aikaa. Olen tunnustavini ripauksen itseironiaa, olenko oikeassa?

Sinä sairastuit vakavasti murrosiässä. Toivuit, eikä sairautesi ole enää ajan-kohtainen ruumiisi merkinä. Silti kerrot sen osaksi minuutesi kertomusta. Mainitset sairastumisesi ensin ainoana negatiivisena asiana, joka tulee mieleesi muistellesasi lapsuuttasi ja nuoruuttasi. Vaikka siitä on kulunut viisitoista vuotta aikaa, diagnoosi varmistui vasta hiljattain. Naurahtaen lupaat palata tähän erikoisuuteen myöhemmin; elämäntarinasi kronologisessa kulussa halusit vain sanoa, että sairastumisesi on voinut vaikuttaa lääkärin ammatinvalintaasi vähintään epäsuorasti.

Johdatan sinut takaisin aiheeseen 23 sivua purettua haastattelutekstiä myöhemmin. Olet juuri kertonut esimerkkeinä kahdesta mieleenjääneestä potilaasta oman minuutesi jatkuvuuden ja laajuuden: luit jo lapsena paljon, ja halusta lukea kerrot nyt lääkärin (kirurgin) minän, joka ei tunnusta kahtiajakoa operatiiviseen ja non-operatiiviseen, käytännölliseen ja intellektuaaliseen, lääkärin työhön. Olet ”filosoofi-kirurgi” ja uppoat tämän tästä kirjoihin tai Medlinen referaatteihin hankkiaksesi tietoa, joka on syvempää kuin veitsellä vetämäsi viilto. Filosoofi-kirurgisi tulee eläväksi kertomuksessa, jonka lainaan tässä. Kerrot siinä leikkauksesta, jossa kasvaimen poistettuasi tärkeä hermo jäi pitkältä matkalta paljaaksi. Tiesit, että kasvaimen uusimisen voi estää huuhtelemalla alueen formaliinia sisältävällä liuksella, mutta tiesit myös, että liuos voisi tuhota paljaan hermon. Näin kerroit:

No sit meidän aamukokouksessa siitä oli puhetta. Taas ylilääkäri sano, että käytettiin sitä liuosta, mä sanoin et mä en tonne kyllä, johan siitä tunto lähtee. No sitten siinä joku sano et joo voi laittaa, voi laittaa (hymähdys). No sit mä olin et sanokaa mitä sanotte, mutta tää on fiksaatiivi mun mielestä, kyllä se sen hermonkin fiksoi. Sit se jäi, jonkun piti vähän selvittääkkin, mut mulla nyt samana iltapäivänä sattuu olemaan vähän aikaa, niin hain silloin varmaan noin kaheksankyt referaattii Medlinelta. Ne kahlasin läpi, ja en löytäny yhtään, missä sitä käsiteltiin. Sit mä vaan totesin, et mä oon nyt tehny tämän asian eteen tän, mä oon nyt lukenu kaheksankytäkaheksan referaattia, joissa

ei mainita sanallakaan tästä asiasta, ei kukaan ota kantaa siihen, mää en käytä sitä ennen kuin joku mulle sen osottaa, että sitä voi laittaa. No sitten se kyl itse asiassa ratkes se asia, tää samanen kaveri, jonka kans mä olin matkalla, joka on luonteeltaan juuri tämmönen samanlainen niuhari, totes yhtenä aamuna pari viikkoa sitten, että siinä ja siinä lehdessä oli semmonen ja semmonen artikkeli, että se hermo kestää kolmekymmentä sekunttia sitä liuosta niin silloin se ei vaurioidu, jos sen huuhtelee sen jälkeen. Mä sanoin kiitos, huomisesta lähtien mä käytän sitä.

Kun sitten kysyn uudestaan omasta sairastumisestasi murrosiässä, kerrot siitä vielä yhden osoituksen ”niuhariluonteestasi”. Kun lääkäriksi valmistumisesi lähestyi, lähestyi myös meno armeijaan. Satuit mainitsemaan asiasta isoäidillesi, joka ilman minkäänlaista lääketieteen tietämystä kysyi, eikö murrosiän vakava sairautesi oikeuttaisi vapautukseen. Aloit selvittää asiaa samalla perusteellisuuudella, jolla perehdyt työssäsi vaivaamaan jääneisiin kysymyksiin, ja samalla diagnoosikin lopulta selvisi. Monien mutkien jälkeen sinulla oli kädessäsi erikoislääkärin lausunto, jonka mukaan armeijan oloissa sairautesi hyvinkin saattaisi puhjeta uudelleen. ”Minä en ole armeijaa käynyt”, päätät kertomuksesi, ja olet siitä tyytyväinen.

Onko tarinasi kertomus sairaudesta? Ainakaan et jaa kanssani sitä karsimystä, jonka voin arvata liittyneen sairastumiseesi aikanaan murrosiässä. Ennemminkin kuulen lämmintä itseironiaa sanoissasi ja äänesi sävyssä. Ironialla tavoitat kuuliijaasi, minua (Booth 1974). Toisin sanoen luotat kykyyni ymmärtää, mikä osa kertomastasi on odottamatonta ja mitä ei ole tarkoitus ottaa kirjaimellisena kuvauksena siitä, millainen olet. ”Niuhariluonne”-itsemäärittelyssäsi on aavistus tuota ironiaa, samoin ”huvittavassa reitissä” vapautukseen *isoäitisi* kautta. Sen sijaan en tunnista ironiaa siellä, missä äkkipäätään koin sitä kipeimmin kaipaavani: ponnisteluissasi etsiessäsi vapautusta kansallisvelvollisuudestasi. Päinvastoin olet ylpeä kertoessasi itsestäsi miehen, joka ei ole käynyt armeijaa – joka ei ole ollut siellä, missä *miehiä tehdään*?

Itse en haluaisi armeijaan mistään hinnasta. Silti kulttuurimme kirjoma ruumiini kiusallisesti kieltäytyy – tai kieltäytyi ensin – resonoimasta. Minusta kertomuksesi on kaksin verroin ihmeellinen: sisällytät siihen sairautesi, mutta et halua armeijaan, ja molemmat näistä ovat tavoillaan arveluttavia kunniallisen miehen miehen kertoa. Miksi silti tunnen sinut mieheksi ja vieläpä kunnioitan tapaasi olla mies? Jotenkin ajattelen sinun kanssasi onnistuvani ymmärtämään sukupuolen siten, kuin Luce Irigaray (1996b, 107) ehdottaa: en kysyen kertomukseltasi, miten sinusta rakentuu/on tullut mies, vaan ottaen sinut miehenä lähtökohtaisesti. Sen jälkeen voin kysyä, miten onnistut kertomaan tarinasi tavalla, joka myötäilee *sinun* miehistä identiteettiäsi, *sinun* miehistä sukupuoltasi.

Vaikka elämme elämäämme väistämättä sukupuolittuneina, on David Morganin (1990) mukaan tilanteita, joissa sukupuoli on erityisen vahvasti läsnä. Morgan kirjoittaa miehen ja maskuliinisuuden teemoista omaelämäkertoissa ja ehdottaa niiden luennan lähtöpisteeksi näitä maskuliinisuuden elämänhistoriallisia tihentyymiä – esimerkiksi armeijaa, jossa *pojista tehdään miehiä* (Morgan 1990, 37). Timo, jolle kirjoitin yllä, pyrki vapaaehtoisena armeijaan 17-vuotiaana, mutta häntä ei silloin otettu eikä ehkä oteta sairauden vuoksi ollenkaan. Timolle hylkäys armeijasta jää haavaksi hänen kerrottuun minäänsä, mutta sinä, Riku, onnistut kertomaan uhatusta maskuliinisuudesta ja sairauden merkitsemästä ruumiistasi omalle miehen sukupuolellesi ja omalle ”niuhariluonteellesi” sopivan minuuden. Sinä et kyseenalaistamatta tee kuten käsketään tai kuten kuuluu, et elämässäsi etkä työssäsi, ja sen osoittamisessa on uskoakseni armeijakertomuksesi ydin. (Pearl Katz kuvaa kirjassaan *The Scalpel's Edge* (Katz 1999, 69-74) kirurgin, jonka ’tieteellinen tyyli’ on lähellä omaasi.)

Aloin kuunnella sairautesi tarinaa, Riku, mutta päädyin muuttamaan käsitystäni miehisestä.

## *Eijalle*

Eija, sinun tarinasi on erilainen kuin noiden toisten sikäli, että vammasi merkitsee lääkärin ruumiisi näkyvällä tavalla. Kuunneltuani aineistoni sairauskertomuksia en oikeastaan ajattele enää, että lääkärin sairauden häpeällisyys olisi yksilön psyykeen kiinnittyvä asenne tai piirre. Ennemmin kyse on dialogisesta torjunnasta (Billig 1999) tai narratiivisesta tiedostamattomasta (Freeman 2002a), toisin sanoen siitä, ettei lääketieteen kulttuurissa ole lääkärin oman haavoittuvuuden jakamisen käytäntöä ja perinnettä. Sinä et voi kertoa vammaasi pois ruumiistasi samalla tavoin kuin päälle päin näkymättömän sairauden voi ammatillisissa yhteyksissä sivuuttaa, ja siksi oma yksityinen vaivasi on Andrew Sparkesia (1996) mukaillen myös julkinen, jaettu kipu.

Niinpä minäkin alkujaan ihmettelin kertomuksessasi enemmänkin ruumiisi poissa- kuin läsnäoloa. Sanoit kyllä jo puhelimessa haastattelusta sopiessamme, ettei tarinasi ole se tavallisin, mutta vasta tavatessamme työpaikallasi terveyskeskuksessa päivän viimeisen potilaasi jälkeen ymmärsin, mitä tarkoittit. Kerroit vammasi osaksi haastattelussa kertomaasi tarinaa, tarinan yhdeksi juonteeksi, mutta et siinä määrin kuin huomasin odottavani. On ikään kuin olisin odottanut – ja hetkittäin yhä odottaisin – vamman olevan hallitseva identiteettisi, kuten esimerkiksi Kathy Charmaz (1994) sanoo näkyvän vamman usein olevan. Sinä et kuitenkaan kerro niin, vaan aloitat tarinasi kuvaamalla, miten muutit jo varsin nuorena pois kotoa, teit töitä samalla kun kirjoitit yliop-

pilaaksi ja lähdit opiskelemaan, ensin muuta alaa kuin lääketiedettä. Itse asiassa sukupuolesi on vammaasi selittävämpi tekijä, kun kerrot pettyneesi naisen työllistymisenäkymiin valitsemallasi alalla. Päätit lopulta vaihtaa lääketieteen, jota olit kyllä miettinyt jo aiemminkin mutta ”alistunut” perhepiirissäsi vaikuttaneen mieslääkäriin näkemykseen:

(Hän) sen lähinnä tyrmäs vanhan polven kirurgina että naisista ei koskaan voi tulla lääkäreitä, eikä etenään sinusta, viitaten vammaani.

Tässä kohden viittaat itse vammaasi ensimmäisen kerran, ja se kietoutuu yhdessä sukupuolesi kanssa merkiksi ruumiista, josta ei ole aivan helppo kertoa lääkäriä. Myöhemmin haastattelussa vammasi, naiseutesi ja nuoruutesi lääkärinä tuntuvat kaikki yhdessä synnyttävän tarpeen todistaa, että pystyt siihen, mihin muutkin, mihin lääkärin tulee pystyä – ei niin, että olisi jotakin konkreettista puhumassa pystymistäsi vastaan, päinvastoin, kuvaat päivystyksessä tekemiäsi toimenpiteitä, joita itse en olisi tohtinut yrittää, ja kuvaat lääkärin, jolla on potilaalle aikaa ja empatiaa. Silti ruumiisi on aina odotusten vastaisena epäilyksen alainen, ja tavalla, jossa vamma ja naisen sukupuoli potentioivat toisiaan. Samanaikaisesti lääkärin ihanteesi on sukupuoleton: ”lääkärin kuuluu olla neutraali, se on tavallaan semmonen ylimääräinen jännite, jonka mä voin luoda tilanteeseen olemalla jotain sukupuolta”. Sukupuolesi, jota lääkärinä yhtä aikaa aina olet ja et saisi olla, on identiteettisi dilemma, vaikka tämä onkin minun tulkintani, ei ehkä se, miten itse asiasta ajattelet.

Mitä minä opin sinulta, Eija? Tulin ainakin entistä tietoisemmaksi siitä, mistä Maria Erikssonkin (2003) kirjoittaa tutkittuaan ruotsalaisia lääkäreitä: myyttinen lääkäri on paradoksaalisesti yhtä aikaa ruumiiton ja ruumiiltaan mies. Sitä ei sanota, ei ehkä edes ajatella, suoraan, vaan vihjataan vain rakentamalla sen vastakohtaksi nainen ja feminiininen, siis kulttuurissa naisiseksi määrittävät seikat.

Toisaalta jäin sinua kuunneltuani miettimään eron merkitystä ylipäätään. Olit itsekin herkistynyt eroille, muillekin kuin ruumiissa näkyville. Puhuit eroista lääkäreiden tavoissa ja tyyleissä tehdä työtään ja koit, ettei ”minkäännäköistä poikkeavuutta” normista tai normaalista helposti lääkäreiden kesken sallita, ei ainakaan arvosteta, vaan käännetään pikemminkin ”sen ihmisen heikkoudeksi ja huonoudeksi”. Voit hyvinkin olla oikeassa, Eija, vaikka kuten itsekin toteat, kyse on tapahtumista julkituodun pinnan alla. Kysyit haastattelutilanteessa minulta, olinko törmännyt tähän aiemmissa haastatteluissa, mutta ennemmin tunnistin ja tunnistan eron negatiivisuuden oman kokemukseni kautta. Tunnistan sen hiljaisuutena, jonka olen kuullut työpaikalla ympäröivän tavalla tai toisella toisenlaista lääkäriä, ja tunnistan sen kipeälläkin tavalla oman oudon

lääkäriyteni määrittäessä, omassakin suussani, suhteessa *oikeaan*, potilaita hoitavaan lääkäriin. *Ero* saa helposti kielteisen kaiun.

Sinua kuunneltuani ajattelen, ettei ehjin ja koherentein kertomus ole sellainen, joka todistaa sinut (tai minut) päteväksi lääkäriksi kaikesta huolimatta, vaan kertomus, joka mahdolltaa kaikki meidän paradoksimme ja ristiriitamme, meidän eromme ja erityisyytemme. Koherentti kertomus sallii meidän ihmetellä itseämme, olla itsellemme mysteeri.

### *Ihmettelystä, haavoista ja sukupuolesta*

*Sinä*-muoto vapautti minut kirjoittamaan lääkärin sairauksista ja muista ruumiin pakoista; *sinä* korostaa kirjoittajana *minua* ja niitä merkityksiä, joita minä annan sairaudelle. Ajattelen silti, että kyse on paljon enemmän kuin kirjoittamistekniikasta. Ensinnäkin, ja tähän dialogisuuden ideaan palaan pian luvussa 6, sikäli kuin omat merkitykseni ja ajatteluni mahdollisuudet ovat kulttuurista perää, kirjoitan myös jostakin yleisemmästä kirjoittaessani itsestäni. Toisaalta *sinä*-muoto näyttää, miten tietämiseni tapahtuu dialogissa ja kohtaamisessa, *minun* ja *sinun* välillä, vaikkakin tuo dialogi tässä on kertojan ja kuulijan välinen enää symbolisesti: kertoja on tullut osaksi tutkijan dialogia. Kyse on tällöin hyvin perustavanlaatuisesta kysymyksestä siitä, mitä ja miten ylipäätään voin toisesta ihmisestä tietää ja hänen sanoistaan päätellä.

Kun lähdin liikkeelle omasta ihmetyksen tunteestani, halusin tietoisesti koetella tuntevan ja järkevän tai ruumiillisen ja mielekkään tietämisen jyrkkänä pidettyä rajaa. Ihmettelyn korostus on samalla eettinen korostus, painottaa Irigaray (1996a). Ihmetys on se tunne, jota vaalien on mahdollista kohdata toinen ihminen (Irigaraylle ennen kaikkea toista sukupuolta oleva ihminen) sallien hänen olla erilainen kuin minä, erilainen kuin omat käsitykseni ja kokemukseni miehestä tai naisesta, sairaasta tai terveestä. Sara Heinämaan (2000) mukaan Irigarayn ihmettelyn juuret ovat kartesiolaisessa filosofiassa ja fenomenologisessa metodissa. Molemmat korostavat pysähtymistä, mutta hieman eri tavoin. Kartesiolaisessa ajattelussa ihmetys on ensimmäinen tunne ja mielenliikutus silloin, kun kohtaamme jotakin meille uutta ja ennenkokeamatonta, jotakin, jota emme heti osaa arvioida ja luokitella (Heinämaa 2000, 54-55; Irigaray 1996a, 91-102). Tätä toisen mahdollisuutta säilyä ihmeellisenä ja yllättävänä tulee Irigarayn mukaan vaalia, jotta toinen voisi säilyä meille muuna kuin omien otaksumiemme ruumiillistumana ja jotta voisimme itse uudistua joka kerran hänet kohdatessamme. Fenomenologisesta metodista on lähtöisin vaikea vaatimus hetkeksi tauottaa ja panna syrjään ”totunnaiset käsityksemme toisesta (sukupuolesta), niin tieteelliset oppimme kuin uskonnolliset ideamme ja arkikäsityksemme” (Heinämaa 2000, 68; lisäsin itse sulkeet). Kyse

on paitsi tiedollisten asenteiden, teorioiden ja uskomusten myös luonnostaan tuntemiemme tunteiden ja tekemiemme havaintojen pysäyttämistä.

Ehkä siksi, etten itse tavoita tuota välittömyyden tilaa, korostan enemmän luonnollis-kulttuuristen tunteiden ja ajatusten *vertauskuvallista* kuin faktista pysäyttämistä. Kyse on tällöin tietoisesti tulemisesta siitä, miten kohtaamme toisen ihmisen/sukupuolen itsellemme totunnaisiksi muodostuneiden asenteiden, uskomusten ja normien läpi, ja silloin toisen tietäminen ja tunteminen *mahdollisimman* autenttisena oman elämänsä kertojana tarkoittaa näiden tietäjän tottumusten tarkastelua ja pysähtymistä silloin, kun (kertomus)aineistossa jokin niitä ravistelee. Näin koetin itse tehdä pysähtyessäni ihmettelemään lääkäriä sairautensa kertojana, tehdessäni ihmettelystä kertomusten lukemisen metodin (Löytyniemi 2004).

Ruumis, sukupuoli ja sairaus/sairauden mahdollisuus liittyvät erottamattomasti yhteen, ja toisaalta ne kaikki ovat lääkärimyytin tai hegemonisen lääkäriyden (Eriksson 2003) kannalta paradoksaalisia: yhtä aikaa läsnä ja poissa. Arthur Frank (1993) kirjoittaa haavoittuvasta kertojasta (wounded storyteller) ja viittaa sillä jokaisen ruumiin rajallisuuteen, lääkäriinkin. Irigaraykin (1993, 94) mainitsee haavan, mutta eri merkityksessä. Kyse on haavasta, jonka kahden ihmisen/sukupuolen välinen ero aiheuttaa, jos sitä ei kunnioiteta ja hyväksyttyä kohtaamisen perustaksi. Toisin sanoen haavoitan toista, ehkä itseänikin, jos koetan tietää hänet läpikotaisin, jos ajattelen hänen tyhjentyvän omien käsitteitteni ja teorioitteni luomaan kuvaan.

Kulttuurissa, myös lääkäreiden ammattikulttuurissa, ruumis, sukupuoli ja ruumiin rajallisuus (usein fyysisen voiman rajallisuuden mielessä, mutta samaan rajallisuuteen vihjaa sairaus, vamma tai niiden mahdollisuus) tulee näkyväksi naisessa (Eriksson 2003). Miehen ja naisen, maskuliinisen ja feminiinisen, toisensa poissulkevana vastakohtaisuutena mielletty ero toistuu jakona järkeen ja tunteeseen, mieleen ja ruumiiseen, voimaan ja heikkouteen, tietäjään ja tiedon kohteeseen (Irigaray 1993). Vaikka Irigaray sijoittaakin perustavan ihmettelyn tarpeen nimenomaan miehen ja naisen suhteeseen, samalla asenteella ajattelen voivani vähän horjuttaa muidenkin käsitteparien tiukkaa vastakkaisuutta – ja samalla horjutan sukupuolten vastakkaisuutta. Kun ihmettelen miestä, en ota mittapuuksi tai normiksi maskuliinisuutta, miehen kulttuurista kuvaa, vaan koetan himmentää sitä ja kysyn, miten juuri tämä mies tarinansa kertoo ja identiteettinsä luo. Hyväksyn hänet mieheksi lähtökohtaisesti – en vain tiedä, millainen mies hän on (ks. Irigaray 1996, 107). Samoin voin ihmetellä sairautta kokevaa lääkäriä hiljentäen kulttuurin puhetta minussa, toisin sanoen ääntä, joka esittää normiksi vahvaa ja ruumiitonta: miten juuri tämä lääkäri kertoo sairaudestaan tavalla, joka sopii hänen tarinaansa, lääkäriyteensä ja identiteettiinsä?

Ihmettely on keskeistä dialogisuuden ideassa ja dialogisessa tutkijan asenteessa, johon siirryn seuraavaksi.

## 6 Dialogisuuden idea

Pohtiessani sekä narratiivisen identiteetin koherenssia että myyttistä su-  
kupuolten eroa päädyin dialogisuuden teemaan. Dialogisesti ajatellen merkitys, identiteetti ja kertomus ovat kaikki tapahtumia ihmisten välillä, suhteissa ja kohtaamisissa, vaikka tutumpaa on ehkä sijoittaa ne ihmisyksilöihin ja heidän mielensä tai henkensä tuotteiksi. Tässä luvussa kudon näistä odottamaan jääneistä dialogin langoista kuvauksen dialogisesta tutkimuksen tekemisestä, niistä lähtökohtaisista sitoumuksista ja tutkimuksellisista valinnoista, joita oma tämänhetkinen ymmärrykseni dialogista tarkoittaa.

Narratiivisen identiteetin voi kertoa aina uudelleen. Silti narratiivinen identiteetti toistaa yksiselitteisyyden, erillisyyden ja jatkuvuuden ihanteita silloin, kun identiteetin tuottava tarina arvioidaan sen mukaan, miten aukottomasti se kuvaa tapahtumien ketjun alusta kohti tulevaa (de Peuter 1998). Koherentin, katkottoman kertomuksen vaatimus ei tunnista ja tunnusta suhteissa syntyvää identiteettiä tai kokemuksen katkoja.

On hetkiä, joina tarinan tarjoama selkeys on tarpeen. Juonen katkokset, esimerkiksi sairaus, työttömyys, poliittinen takinkääntö, pyytävät kertomaan uudelleen, silloittamaan, selittämään aukkopaiikat. Elämän käännekohdissa on tehtävä valintoja, jotka koskevat tulevaa, ja silloin tarina auttaa valitsemaan. Liiallinen selkeyden ja koherenssin vaatimus voi kuitenkin ennen kaikkea sulkea pois ja rajoittaa. Elämä ja elämää jäsentävät kertomukset eivät ole vain suoraviivaista etenemistä päämääriä kohti, vaan ne ovat yhtä aikaa ennustamattomia ja sisältävät huimia sattumia. 'Concordant discordance' (Ricoeur 1984, 65-66), jatkuvuuden ja muutoksen vuorottelu, tekee tarinasta kertomisen arvoisen ja tarinassa rakentuvasta identiteetistä inhimillisen, mielenkiintoisen ja kiehtovan. Ristiriitaisuuden ja epäsointuisuuden salliminen tarinassa ja identiteetissä mahdollistaa sisäisten erojen kunnioittamisen: ihmisen minä on eroista rakennettu.

Narratiivisen identiteetin moninaisuuden ohella toinen odottava dialogin lanka on irigaraylainen ajatus välittäjästä identiteetin edellytyksenä (ks. 4.1): jos ihmisen kasvu nähdään kohdusta hautaan jatkuvana oman erillisyyden ja toisiin liittymisen paradoksaalisena yhtäaikaaisuutena, tärkeiksi tarkastella tulevat ihmisten väliset tilat; ne säikeet ja siteet, jotka kiinnittävät meidät



toisiin välillä tiukemmin, välillä hellittäen. Irigaray kirjoittaa istukasta, napanuorasta, huulista ja enkeleistä välittäjinä yhtä aikaa konkreetisti ja symbolisemmin, mutta hän kirjoittaa myös sanojen tärkeydestä (Irigaray 1996b). Sanat mahdollistavat kommunikaation kahden erilaisen ihmisen välillä, eikä omaelämäkerrallisten sanojen tarkoitus silloin ole kuvata puhujaa noudattaen tarkasti hänen psyykensä rajoja ja rakenteita, vaan esittää hänet kuulijalleen tavalla, joka kunnioittaa sekä kertojan että kuulijan kokemusta.

Kuulemisen ja kuuntelemisen metafora viittaa tietämiseen, joka ei yritä tuntea kokonaan. Metaforisesti näkeminen viittaa selkeyteen ja kirkkauteen, kun taas kuunnella voi hämärässäkin: tutkia voi nimenomaan sitä, miten sanat ja kertomukset aina luovat uusia versioita siitä, mitä nimitämme todellisuudeksi, hämärtäen ehkä kuvan tarkkarajaisuutta mutta valaisten kertojan persoonaa ja hänen suhtautumistapojensa rikkautta. Vaikka nähtykin tulki-taan, tulkinnanvaraisuutta on vaikeampi olla mieltämättä osaksi kuulemisen tapahtumaa; katsoa voi uudestaan ja kauan, mutta sana ja kertomus saapuvat kerran ja jättävät jälkeensä dialogin, joka jatkuu kuulijassa. Kuuleminen ja kuunteleminen on sitä, mitä dialoginen tutkija metaforisesti tekee (*auscultatio* = kuuntelu, kuuntelututkimus, Nienstedt 2002). Käyn seuraavassa läpi teesejä, joille dialogisuuden ideani, dialoginen tutkijan tyylini, perustuu. Sukupuolen merkitystä en tässä käsittele erikseen, vaan viittaan 4. lukuun ja Irigarayn kautta käymääni keskusteluun siitä, miten dialogisuus yhtä aikaa edellyttää ja toteuttaa sukupuolieron vakavasti ottamista.

## 6.1 Toinen toisena: eron etiikka

Tapamme ajatella, jopa tapamme rakastaa, vastaa haltuunottoa. Kulttuurimme, koulutuksemme, kulttuurinen muodostumisemme haluavat niin: oppiminen, tietäminen, on omaksi tekemistä tietämisen välinein, joiden uskomme voivan kaapata, ottaa itselle, hallita todellisuuden, kaiken olemassa olevan, kaiken havaitsemamme ja enemmänkin (Irigaray 2002, 121).

Länsimainen logiikka, tieteen logiikasta puhumattakaan, ei helposti tunnista omakseen ajattelutapaa, jossa toinen (ihminen tai muukin ilmiö, esimerkiksi luonto) hyväksytään erilaisena, vieraana, lopulta aina mysteerinä. Tutumpi on tavoite tietää, hallita ja selittää, ja oman tietämisen rajat nähdään haasteina ylittämiseen. (Irigaray 2002, 125.) Tutkiessani elämäntarinoita tieteellinen perimäni ohjaa minua käyttämään kertomuksia keinona tavoitella kertojan elämän ja identiteetin totuutta, lopullista tai ainakin mahdollisimman oikeaa tulkintaa. Irigarayta mukailen tämä totuuden tavoite tekee mahdottomaksi eettisen kohtaamisen ja dialogin, sillä minä voin aina tietää ja tuntea toisen vain

oman itseni rajoissa, ymmärtää vain sen, mikä sopii tuntemiini kokemuksiin ja käsitteisiin. Ja jos pakotan toisen omiin kaavoihini, en voi enää kohdata häntä, hän on minulta kuollut.

Irigaraylle eettisyyden mahdollisuus avautuu ero(je)n hyväksymisessä kohtaamisten – myös tieteellisten – perustaksi. Miehen ja naisen ero on hänelle keskeinen, sillä se on universaali ero, mutta sukupuolieron merkityksen ohella esimerkiksi etniset erot konkretisoituvat nykyajassa jokapäiväisissä kohtaamisissa ja vaativat etsimään uudenlaisia tapoja käsitellä toiseutta, vierautta ja tapojen ja tyylien käsittämättömyyttä (Irigaray 2002, 126). Vaikeampaa on ehkä mieltää ikuisiksi mysteeriksi tutun vierautta, mutta dialogi eettisenä sitoumuksena tarkoittaa sitäkin. Toinen ihminen, vaikka olisi kuinka tuttu, on aina erilainen kuin minä, ja silloin kun ”en tunne häntä, kun hyväksyn, että hän jääkin minulle tuntemattomaksi, hän valaisee minua jollakin tavoin” (Irigaray 2002, 123). Tässä kuuluu Irigarayn yhteys Emmanuel Levinasin filosofiaan. Levinasillekin on keskeistä pyrkiä ymmärtämään suhde toiseen tavalla, joka vaalii toisen toiseutta. Jokaisella on oma olemassaolonsa, oma menneisyytensä ja tulevaisuutensa, ja samalla oma aikansa ja ajallisuutensa, eikä toisen aikaan ole mahdollista tunkeutua. Suhde toiseen ihmiseen ei ole (vain) harmonista yhteyden kokemista, vaan se on suhde johonkin meille vieraaseen, ikuisen mysteeriiin. (Levinas 1989; Pönni 1996.)

Irigaray lainaa Descartes’lta ajatuksen ihmettelyn tarpeellisuudesta (Irigaray 1996a; Heinämaa 2000; 5.5 tässä kirjassa). Eron lähtökohdasta ihmettelyn tulisi tapahtua ihmisten välillä yhä uudestaan. Yhtä aikaa ihmetys on se tunne, joka tuo tullessaan halun tietää ja tuntea: ihmetys on ikkuna maailmaan, se sallii meidän kurottautua toista kohti. Ihmetys on sen kysymistä, miten voi ymmärtää sitä, joka on erilainen kuin minä, palauttamatta erilaista minuun. Ihmetys sallii kohtaamisen mutta myös vapauden – en vangitse toista omaan tulkintaani. Kyky nähdä toinen itsestä radikaalisti erilaisena on kunnioituksen ja suvaitsevaisuuden ehto. (Songe-Moller 1997.)

Mihail Bahtinin, venäläisen filosofin, kielen ja kirjallisuuden teoreetikon ja oman dialogin käsitteeni keskeisen rakentajan, kirjoituksista voi löytää saman toisen vierauden vaalimisen. Toisen ihmisen dialoginen kohtaaminen ei tarkoita ymmärtämistä emotionaalisen empatian mielessä niin, että voisin samastumalla häneen tuntea hänen kokemuksensa (Emerson 1984, xxxiii). Dialogin jatkuvuus edellyttää eron säilyttämistä, ymmärtämisen väistämätöntä epätäydellisyyttä. Toinen ihminen elää omassa, oman ruumiinsa kautta eletyssä todellisuudessaan, joka on aina jossain määrin erilainen kuin omani. Bahtinille jokainen ääni on näkökulma maailmaan, maailmankuva, ja jokainen puhuja puhuu aina kielillä, jotka ovat osittain vieraita. Ymmärtäminen tarkoittaa kääntämistä ja kääntymistä takaisin itseän. Jokainen lausuttu sana ja kerrottu kertomus tavoittelee ymmärretyksi tulemista, ja Bahtinille ymmärtäminen ta-

pahtuu kuulijassa: kuulija ottaa sanan vastaan oman, enemmän tai vähemmän erilaisen tietoisuutensa osaksi ja antaa sille merkityksen, joka on yhtä aikaa ennakoitu ja arvaamaton (Bakhtin 1981, 282; 1986, 69). Dialogissa syntyvä ja ymmärretyksi tuleva minuuus säilyy elävänä kohdatessaan toisia erilaisia minuuksia, erilaisia maailmankuvia, joista jokainen valottaa sitä eri puolilta ja eri tavoin, osoittaa uusia mahdollisuuksia, tulevien minuukien alkioita (ks. Bakhtin 1984, 90). Myös Bahtinilla täydellisen ymmärtämisen tavoite ikään kuin fiksoi kertojan, nautitsee hänet minun käsitemaailmaani, sen sijaan että sallisi hänen olla ainutkertainen, muuttuva, lopulta aina mysteeri.

*Dialoginen tietäminen pyrkii eettiseen kohtaamiseen. Se ei tarkoita niinkään empatiaa toisen kokemukseen asettumisen mielessä, vaan sen hyväksymistä, että tutkimuksen kohteena oleva toinen ihminen on erilainen kuin minä. Hänen kokemuksensa on minun tavoitettavissani vain sikäli, kuin hänen kertomansa resonoi minussa, puhuttelee minua tutuin käsittein. Muulloin voin ihmetellä häntä.*

## 6.2 Tietäminen dialogina: ihmetyksen tunne metodina

Matti Hyvärinen (1997) viittaa 'lukemisen politiikkana' metodiin, jossa tieto syntyy haastattelututkimuksessa kaksinkertaisessa vuorovaikutuksessa: ensin merkitykset muodostuvat neuvotteluna haastattelijan ja haastateltavan välillä (Mishler 1986), sen jälkeen tutkijan dialogissa aineistojensa tekstien ja kertomusten kanssa. Kertomus syntyy dialogissa silloinkin, kun kuulija ei ole läsnä tai hän on hiljaa: kirjoitetun omaelämäkerran laatijalla on mielessään lukija, vaikka se sitten olisi hän itse, ja suullisesti kertova näkee kuulijassaan sekä tämän erityisen persoonan että kulttuuria yleisesti edustavan kuulijan (Hyvärinen 1994, 125). Suullisen kerronnan välittömässä vuorovaikutuksessa kuulija on tarinan toinen kertoja hyvin konkreetisti. Kertoja etsii sanoillaan kuulijaa, joka vastaa tai vihjaa joko ymmärtävänsä tai sitten ei. Kertoja koettaa sovittaa sanansa juuri tälle kuulijalleen, selittää lisää tai toisella tavoin, jos on tarpeen, ja rakentaa enemmän sinne, missä yhteisen merkitysmaailman kulttuurinen maaperä kestää. (Linde 1993.)

Merkitysten ja tiedon syntyminen tutkijan ja tutkittavan dialogissa voi nähdä koskevan muunkinlaista tieteen tekemistä kuin haastatteluita. Suvi Ronkainen (1998) kirjoittaa survey-tutkimuksesta dialogina, jossa tutkija ei voi koskaan tuntea vastaajien merkitysmaailmaa. Sen sijaan tutkija saa vastaajilta kyselylomakkeella takaisin oman merkitysmaailmansa kaiun, jonka hän sitten vuorostaan tulkitsee. Dialoginen tietäminen ei koskaan voi häivyttää

näkyvistä tietäjää, joka tuo tulkintaan oman elämänhistoriansa, intellektuaalisen menneisyytensä, maailmaan tietyllä tavoin sijoittuvan ruumiillisen itsensä ja tietyt tietämisen mahdollisuudet. Dialoginen tieto on paikantunutta, sitoutunutta ja osittaista, kuten monien (feminististenkin) tieto-opin teoreetikojen mukaan kaikki tieto väistämättä on (esim. Braidotti 1994; Grosz 1993; Haraway 1991).

Irigaraylle eron korostus on sekä eettinen että tieto-opillinen kannanotto. Toisen ihmisen kohtaaminen erilaisena ei ole mahdollista ilman kääntymistä itseän, ilman kriittistä asennetta omiin uskomuksiimme, toiveisiimme ja pelkoihimme toisen luonteesta tai vaikkapa sukupuolesta (Irigaray 1996a; Heinämaa 1997). Edellisen Irigaray-lainauksen (Irigaray 2002, 123) englanninkielisen käännöksen *illuminate*-verbi saa sanakirjan mukaan merkitykseksi sekä valaista että valistaa. Kyse on molemmista: erilaisena ja ihmetellen toinen ”*valaisee* ja *valistaa* minua jollakin tavoin”. Aloin alun perin kirjoittaa haastattelemieni lääkäreiden sairauden kokemuksista sen ihmetyksen tunteen varaan, jota koin jo haastatteluita tehdessäni: huomasin, etten ollut odottanut kuulevani niin monen kertovan ruumistaan pakottavaa tarinaa. Pysähtyminen oman ihmettelystä äärelle, toisten lääkäreiden (kertomusten) vierautta kuulostelevaan, *valaisi* uudella tavoin *minua*, niitä tunteita ja merkityksiä, joita olin liittänyt sekä sairauteen ylipäättään että lääkärin sairauteen erityisesti.

Jos kyse olisi vain minun valaistumisestani ja lisääntyneestä itseymmäryksestäni, kyse tuskin olisi tieteestä. Kohtaamani toinen kuitenkin myös *valistaa* minua jostakin meidät ylittävästä, kertoo yhteisestä maailmastamme jotakin, josta en itse ollut tietoinen. Oma merkitysmaailmani kuunnellessani korjaan kulttuurin minuun kylvämän satoa. Se, mikä toisen lääkärin kertoessa resonoi minussa, on usein yleisemmin merkityksellistä, ja tutkimuksessani ennen kaikkea merkityksellistä nuorelle lääkärille lääkäreiden ammatillisessa kulttuurissa. Merete Mazzarella (1997) kirjoittaa siitä, miten *minun* henkilökohtaiseni koskettaa *sinun*, toisen henkilökohtaisuutta, ja siksi sen kirjoittaminen esiin on tärkeää. Liz Stanleyn (1990; 1992) intellektuaalinen omaelämäkerta puolestaan tunnustaa tutkija-kirjoittaja-elämäkerturin sosiaalisen rakentuneisuuden. Henkilökohtainen kirjoittaminen nimetään toisinaan psykoanalyysin käsittein narsismiksi. Myös vasta-argumentti voi olla psykoanalyttinen: narsismi kuuluu kahdenväliseen (esikielelliseen) rakenteeseen, ja ajatus tutkijan identiteetistä tieteellisten ym. keskustelujen synnyttämänä tilanteisena koostumana tekee mahdolliseksi narsistisen itsekorostuksen (Stanley 1990, 64; Frosh 1991, 38).

Arthur Frankia lainaten annoin lääkäreiden sairaustarinoita ihmetellessäni kertomusten ajatella kanssani: ”Tarinan kanssa ajatteleva tarkoittaa sen kokemista, miten tarina vaikuttaa omaan elämään, ja se tarkoittaa totuuden – tietynlaisen totuuden omasta elämästäni – löytämistä tarinan vaikutuksesta”

(Frank 1995, 23). Kertomus saa silloin vaikuttaa kuulijaan, ja sen sijaan, että teorian valossa tuotettaisiin kertomuksesta (tai kertojasta) tulkinta tai totuus, synnytetään kertomusten kanssa uutta teoriaa ja uudenlaisia mahdollisuuksia ymmärtää (Frankin tapauksessa sairauden kokemusta). Kyse ei ole teoreettisen, kategorisen, analyttisen narratiivisen tutkimuksen ja kertomusten henkilökohtaisen, empaattisen kuuntelemisen vastakohtaisuudesta (ks. Bochner 2001), vaan lähestymisestä tavalla, jossa teoreettinen ja henkilökohtainen sulautuvat yhteen (kuten esimerkiksi olen esittänyt psykoanalyttisten teoriasäikeiden sulautuneen osaksi sekä omaani että kertojieni kokemusta ja käsitystä itsestään yksilöinä). Viritän oman sisäisen dialogini eri taajuuksille riippuen siitä, päätänkö kuunnella kertomusta analyttisesti tai eläytyen, mutta tutut teoriani ovat aina mukana ja määräävät osaltaan sitä, mikä voi resonoida minussa.

Marja Kaskisaari (2000) luo lukemisen tapaa, joka siirtyy empaattisesta luennasta kohti kokemuksellisten erojen lähtökohtaa omaelämäkertatekstien tutkimuksellisessakin luennassa. Tutkija tuo tällöin omat tunteensa, kokemuksensa ja kokevan ruumiinsa tulkintatapahtumaan. Hän asettuu dialogiin oman erityisyytensä tunnustaen, jolloin kertojakin saa tilaa omalle erityisyydelleen. Täydellisen ymmärtämisen ja lopullisen tulkinnan sijaan tärkeäksi tulee itse merkityksen neuvottelun tapahtuma: miten kertomus voi välittää vastaanottajalle jotakin kertojan kokemuksesta, millaisia jaettuja merkityksiä tarvitaan ja mitä kertoo merkityksistä se, ettei lukija ymmärrä eikä hänen ruumiinsa resonoi. Tulkinta ”ei kerro niinkään totuuksista, vaan rajojen ylityksistä sekä aikaisempien merkitysten vahvistumisesta ja viruttamisesta” (Kaskisaari 2000, 61).

Nancy K. Miller (1988) kirjoittaa nimenomaan sukupuolesta erona, erityisyytenä, jonka lukija voi tunnistaa tekstistä vain virittämällä oman ruumiillisen itsensä vastaanottajaksi, tunnistamaan oman kokemuksensa kautta ja ruumiinsa resonoidessa kertojan ruumiillisen, sukupuolen merkitsemän kokemuksen (myös Kaskisaari 2000). Toisinaan dialogiin asettuminen synnyttää vain kertakaikkista ymmärtämättömyyttä, tarina ei resonoi, ei aukea (ks. Peltonen 1997). Tällöin dialoginen tutkija *ihmettelee*, ja ihmetyksen tunne saattaa olla dialogisen tietämisen oivallusta edeltävä hetki. Ihmettely korostaa dialogisen tietämisen ruumiillisuutta ja aikaisempien merkitysten muutoksen mahdollisuutta (Kaskisaari 2000, 61).

Väitöskirja tai tutkimusraporttikin on eräänlainen kertomus, intellektuaalisen omaelämäkertani osa (Stanley 1992; Vilkkö 1997; Richardson 1997), joka välittää minulta lukijalle. Anni Vilkkö (1997) näkee tutkitun omaelämäkerran kolmen kohtaamispaikkana: siinä kohtaavat tarinansa kertoja, hänen tutkija-lukijansa ja edelleen tutkimuksen lukija, joka hänkin käy kohtaamiseen oma henkilökohtainen ja intellektuaalinen historiansa mukanaan. Jokaisella luentakerralla kertomus saa uusia merkityksiä, siitä kääntyy esiin uusia

puolia. Dialogisesti ajatellen tutkimuksen tarkoitus ei ole koettaa tyhjentää kohdettaan, sanoa lopullista sanaa lääkärικertojista tai heidän identiteeteistään, vaan sen tarkoitus on olla osa merkitysten jatkuvaa virtaa. Ja virratessaan se puhuttelee lukijaa, tarjoaa kokemushorisonttien yhteensulautumisen ja toisin näkemisen hetkiä, ja toisaalta sallii sen, että tutkimuksen lukija tulkitsee aivan eri tavalla.

*Dialogisesti tutkien tietäminen näyttäytyy dialogina. Tutkija on eräänlainen dialoginen solmu: hän käy keskustelua haastateltaviensa ja edelleen aineistojensa kanssa (horisontaalinen suunta, Emerson 1986, 25) ja toisaalta toisten tutkijoiden, teorioiden ja teoreetikoiden sekä oman kokemuksensa ja elämänsähistoriansa äänten kanssa (vertikaalinen suunta) ja kääntyy lopulta lukijansa puoleen. Tieto on neuvottelun tulos, joka lopulta saavutetaan vasta tutkimusraportin lukijassa tai esitelmän kuulijassa ja joka jatkaa elämäänsä senkin jälkeen. Tieto ei ole hallitsemista vaan vuorosana.*

### 6.3 Sanojen kunnioitus

Toinen on erilainen kuin minä, mutta sanojen ja kertomusten kautta voin tavoittaa häntä ja hänen kokemustaan (Irigaray 1996b). Olipa kyse sukupuolesta tai toisen identiteetin muusta puolesta, voin ymmärtää häntä omanlaisenaan persoonana vain kuuntelemalla. Hänen kertomastaan rakennan hänestä ymmärryksen itselleni (ja tässä mielessä en näe konstruktionismia vastakkaisena sukupuolieron lähtökohdalle).

Irigarayn tavoitteena on antaa arvo ruumiille, kokemukselle, aistimelliselle, tunteille (eli feminiiniselle) ihmisyydessä ylipäänsä ja myös tietämisen muotoina. Silti hän kunnioittaa kieltä, sanoja, kertomuksia, teorioita. Arthur Frank (1993, 42) kirjoittaa kokemuksen totuudesta, joka aina osittain väistää ja uhmaa sanoja. Kieli, sanat ja tarinat ovat silti välttämättömiä, kun haluamme jakaa kokemuksemme tai ymmärtää sitä ja itseämme. Kokemuskin lopulta valmistuu vasta saatuaan sanat, ja sanoilla kokemusta on mahdollista muuttaa. Kun sanon tutkivani lääkäreiden tarinoita, heidän puhettaan, kerronnan keinoja, sanojen valintaa, retoriikan ja metaforien muutoksia, en tutki *vain* kieltä. Jokainen tarina on kerrottu oman henkilökohtaisen, kipeän tai kepeän kokemuksen kautta, ja kokemuksen kautta kulkiessaan sosiaalisesta todellisuudesta lainatut yhteiset sanat ja retoriikat saavat aina vähän uuden, erilaisen sävyn ja merkityksen (Bakhtin 1981, esim. alkaen s. 345; 1986, 89).

Sanat ja kertomukset ovat ikään kuin kohtaamispaikka (Vilkkö 1997). Kertomus viittaa elettyyn ja koettuun, johon kokijalla ei ehkä ole itselläänkään suurempaa tietä ja johon hän voi kutsua toisen käymään vain kertomuksen

kautta. Kielellinen ja kulttuurinen välittyneisyys ei tee kokemuksesta ja kerrotusta vähemmän todellista (Frank 1993, 48), vaan ehkä enemmän: kielen avulla voimme ventiloida ajatuksiamme ja tunteitamme vastaavasti kuin keuhkoilla hengitämme happea ruumiillemme. Irigaray rinnastaa nämä kaksi, hengityksen ja puheen, ruumiin ja dialogin, kahtena välttämättömyytenä, jotta voisimme elää ja koskettaa toisiamme alati ihmetellen ja kunnioittaen (Irigaray 1996b).

Kun siis sanon *minä kuuntelen sinua*, se ei tarkoita, että odottaisin tai kuulisin sinulta informaatiota. Sen sanominen ei myöskään ole vain tunteenpurkaus. *Minä kuuntelen sinua* tarkoittaa sanojesi kuuntelemista ainutkertaisina ja mahdolltomina palauttaa varsinkaan omiin sanoihini, jonakin uutena ja vielä tuntemattomana. Se tarkoittaa sanojesi kuulemista ja ymmärtämistä intention ilmauksena, inhimillisen ja henkisen kasvun ilmauksena (Irigaray 1996b, 116).

*Dialoginen tutkija kunnioittaa kieltä, sanoja ja kertomuksia yhteyden rakentamisen ja ymmärtämisen välineinä. Sanat liittävät merkityksiä omiin kokemuksiimme, ja kertoen opimme itsestämme, luomme identiteettiämme. Sanojen ja kertomusten kautta rakennamme itsellemme myös kuvan toisesta ihmisestä, ja vain sanojen kautta voimme ymmärtää toista (ja myös itseämme sisäisesti) erilaisena – meillä ei ole suurempaa tietä hänen kokemukseensa.*

Kun sanat ja kertomukset muuttuvat tutkijan aineistoiksi, kunnioitus niitä kohtaan säilyy ja muuttuu tietoiseksi pyrkimykseksi avata aineiston moniäänisyyttä.

*Dialoginen tutkija suhtautuu kunnioittavasti (teksti)aineistoihin. Niitä ei nähdä todellisuuden suorina kuvauksina, vaan mahdollisuuksina ymmärtää jotakin todellisuudesta. Jokainen (kertomus)teksti avaa ikään kuin uuden kokemushorisontin tutkijalle, uuden näkökulman maailmaan. Ymmärtääkseen tutkija asettuu dialogiin aineistojensa kanssa ja kutoen yhteen teoreettista ja empiiristä lankaa hän luo analyysimenetelmiä, lukemisen tapoja, jotka toteuttavat dialogisuuden periaatteita.*

## 6.4 Moniäänisyyden kunnioitus

Mutta mikä se on itsensä kerronnan prosessissa synnyttävä minä, joka ei ole yksi vaan monta, joka ei ole vapaa vaan maailmaan sijoittumisensa ja ihmisuhteidensa muovaama ja kulttuurin käsitteistä ja mallitarinoista rakennettu? Onko hän kukaan – olenko minäkään? Tutkija-lukijalla on sekä vapaus että vastuu. Valitsemani aineiston lukemisen tapa määrää sitä, mitä voin luettuani

sanoa. Jos luen kieltä, saan vastaukseksi kielen monia keinoja kertoa minää, jos luen kokemusta, käyn dialogia merkityksiä antavan ja elämäänsä tulkitsevan kertojan kanssa. Vaikeus lienee sen hyväksymisessä, että samalla, kun minuus on sekä kielellisin keinoin ja mallitarinoin tuotettua että kokemuksellista, merkityksellistä, tavoitteellista olemassaoloa, näiden molempien tavoittaminen samalla analyysillä on kovin hankalaa – koko minuus tuntuu väistävän kohtaamista.

Dialogisuus näkökulmana kertomuksiin antaa mahdollisuuden kuunnella kertojan moniäänisyyttä ja virtaavuutta, mutta myös selkeyttä ja yksinäisyyttä. Aloitan Lassin syventävät-episodia käsittelevän artikkelini (Löyttyniemi 2001b) siteeraamalla Mark Freemania:

On eittämättä aikoja – erityisesti silloin, kun tulkitsemme itseämme – jolloin näkemys eheästä kokonaisuudesta, keskuksesta, on tarkoituksenmukainen ja tarpeen. (...) Mutta kokonaisuuden etsintään ei pidä ryhtyä eron ja moninaisuuden kustannuksella (Freeman 1993, 144).

Vaikka sitoudun ajatukseen kerrotun minuuden dialogisuudesta ja välitilallisuudesta, en silti voi tai tahdo väittää, että minuus olisi vain kieltä, vain monia sanoja toisensa perään. Yhtenäinen ja ajassa samana säilyvä minuus on ehkä sittenkin välttämätön illuusio (Rojola 1996, 30). Usko siihen, että olen olemassa itsenäni, pysyvyytenä muutoksessa, on läsnä kaikessa, mitä koen, teen ja ajattelen. Sama usko saa minut kysymään omalta menneisyydeltäni vastausta kysymykseen *kuka minä oikein olen?* ja tulkitsemaan sekä omani että toisten uudenlaisuuden *muutokseksi*, ei vain uuden puheparren löytymiseksi. Uskoni kautta minä *olen* myös pysyvyyttä, kyse ei ole vain teoriasta, jonka voin vaihtaa toiseen uskomusjärjestelmään kuin paidan tai puolison – helposti tai edes tuskan kautta (Freeman 1993, 28; de Peuter 1998, 43; Sampson 1993).

Silti dialoginen näkökulma kertomukseen ja identiteettiin korostaa, jopa ensisijaistaa, eron ja moninaisuuden. ”Omaelämäkerrallisten kertomusten voima ei ole niiden kyvyssä esittää koherentteja identiteettejä, vaan mahdollisuudessa ilmaista ja käsitellä moninaisia, osin ristiriitaisia minuuksia ja kokemuksia” (Wortham 2001, 7) ja tehdä se tavalla, joka kutsuu kuulijaa. Ajattelen Anni Vilkon (1997) tavoin omaelämäkertaa vakavana lajityyppinä ja elämän kerrontaa vakavana yrityksenä löytää eletylle merkitys ja elämälle koherenssi, mutta ajattelen myös, että koherenssi, kaiken merkityksellisen mahtuminen yhteen elämään ja yhteen kokijaan, voi syntyä vain kertomuksen ja identiteetin moniäänisyytenä ja -puolisuutena. Omaelämäkerta, niin kirjoitettu kuin suullinenkin, on kertojalle mahdollisuus tuoda menneet vuorovaiikutustilanteet, aiemmat keskustelut ja omat ja toisen esittämät arviot itsestä yhteen kertomukseen (Vilko 1997, 26-27). Kertoja voi koota elämänsä langat



hetkeksi kertoessaan, mutta vain, jos kertomus sallii lankojen erilaisuuden ja myös sen, ettei niitä kaikkia voi koskaan kutoa yhteen yhdeksi kuvaksi itsestä ja todellisuudesta, yhdeksi juonen jatkumoksi.

Mihail Bahtinin mukaan ihmiset kertovat jokapäiväisessä kielenkäytössään itsensä romaanikirjailijan tavoin, sosiaalisen maailman ääniä käyttäen (Bakhtin 1981; 1984; Wortham 2001, 63): samalla tavoin kuin kirjailija käyttää henkilöhahmojaan eri sosio-ideologisia kieliä puhuvina näkökulmina maailmaan ja rakentaa näiden monista äänistä romaaninsa kokonaisuuden, vastaavasti oman tarinansa kertoja voi käyttää oman elämänhistoriansa ja sosiaalisen elinpiirinsä kieliä ja murteita luodessaan minuutensa moniäänistä maailmaa. Siteeraan Bahtinia korvattuani romaani-sanana minuudella:

Minuus voidaan määritellä sosiaalisten puhetapojen (joskus myös kielten) ja yksilöllisten äänten taiteellisesti järjestettynä moninaisuutena (Bakhtin 1981, 262).

Kielillä Bahtin viittaa kansallisiin kieliin ja niiden murteisiin, mutta ennen kaikkea hän tarkoittaa sosiaalisia kieliä, joista hän mainitsee eri aikakausien, yhteiskuntaryhmien, ammattiryhmien ja sukupolvien kielet (Bakhtin 1981, 272) – listaa voi jatkaa. Jokainen sosiaalinen kieli on erityinen näkökulma maailmaan, sanaston, arvojen ja merkitysten elävä kokonaisuus. Kunakin historian hetkenä puhuttu kieli kerrostuu näin, ja jokaiseen puhujaan kerrostuu hänen oma sosiaalinen todellisuutensa, hänet kuuluvaksi tekevien kielten moneus ja niissä esiintyvien äänten (näkökulmien) runsaus. Bahtinille vuorovaikutus niin ihmisten välillä kuin itse kunkin monien äänten välillä on jatkuvaa *kääntämistä* kieleltä toiselle, mikä yhdessä ääripäässään tarkoittaa vieraita kieliä siten, kuin ne yleensä ymmärretään, kansallisina kielinä. Toisessa ääressä kääntämistä tarvitaan, jotta yksi sosiaalinen ryhmä (sanotaan vaikka lääkäri) ymmärtäisi toista (potilastaan), jotta lapset ymmärtäisivät vanhempiaan tai tämä päivä eilisen puhetta (Emerson 1984, xxxi). Merkitykset muuttuvat joka käännöksessä.

Bahtin kutsuu kielen käyttäjää taiteilijaksi siinä, missä Ricoeur näki luovan kertojan ja Freeman (1999) poettisen mielikuvituksen eli mahdollisuuden merkitä omaksi ja erityiseksi sanat ja kertomukset, luoda oma tyyli ja oman autenttisuuden kokemus. Yhteistä näille kolmelle kirjoittajalle on myös se suunta, josta he etsivät luovuuden lähdettä: luovuus ei virtaa yksilön sisältä päin, vaan toisilta, heidän kertomustensa ja tyyliensä erilaisuudesta, kertojan ja kuulijan välistä.

Sanan ja sen objektin välissä, sanan ja puhuvan subjektin välissä, on toisten, vieraiden, samasta kohteesta ja teemasta puhuvien sanojen elastinen ympäristö

(...). Juuri elävässä vuorovaikutuksen prosessissa tämän ympäristön kanssa sana on mahdollista yksilöllistä, stilisoida (Bakhtin 1981, 276).

Oman minuutensa dialoginen kertoja kohtelee monia kieliään vastaavasti kuin dialoginen kirjailija romaaninsa henkilöahmoja: ne jäävät osittain elämään omaa elämäänsä, ennustamattomuudeksi ja sattumanvaraisuuden mahdollisuudeksi hänessä itsessään. Hänen 'ykseytensä' on siinä luovassa työssä, jolla hän saattaa puhumansa kielet ja ottamansa näkökulmat yhteen kertomuksessa, mutta hän ei lopulta ota niitä haltuunsa luodakseen oman yhteisymmärryksensä. (Bakhtin 1984). Ennemminkin syntyy "kuvaus minästä fragmenttien äärellisyytenä, yhteenkietoutumien kompleksina ja ambivalenttiuden järjestyksenä", kuten Suvi Ronkainen (1999, 73) kuvaa ykseyden ja moneuden yhtäaikaisuuden paradoksia.

Moniäänisyydessä on myös vaikenemisen ja vaientamisen mahdollisuus, minkä unohtamisesta Zali Gurevitch (2000) syyttää Bahtinia. Bahtinille dialogisuus on kuitenkin käytännössä saamiensa muotoja perustavampi kielen ja merkityksen teoria, ei idealistinen kuvaus konkreeteista kohtaamisista. Äänet yhdessä minuudessa tai eri lailla kokevien ihmisten välillä voivat kohdata myös tavalla, jossa yksi käyttää toista hyväkseen tai on näennäisen kuuro (Bakhtin 1984, 5. luku). Tutkimuksessani tarkastelen lääkäri-identiteetin dialogeja moniäänisinä kuunnellen myös tapaa, jolla äänet suhtautuvat toisiinsa: väistävät, kohtaavat tai hierarkisoituvat. Moniäänisyyden kunnioitus ei siis viittaa minuuden tai kohtaamisten dialogin harmonisuuteen, mutta se ei myöskään sulje pois harmonian kokemuksen mahdollisuutta.

Paradoksaalisella tavalla dialogin virtaavuuden ajatus avaa mahdollisuuden kohdata toinen (ja oma itsekin) yhtä aikaa erityisenä ja ainutkertaisena ja toisaalta kulttuurista, sosiaalisesta, jaetuista sanoista syntyneenä (ks. Wortham 2001, 147). Sosiaalisen ja psykologisen identiteetin vaihtoehtoisuus häviää: samat dialogit jatkuvat yksilön rajojen yli ja läpi. Henkilökohtaiselle kokemukselle ja minuudelle annetut sanat ovat väistämättä 'second-hand', moneen kertaan käytettyjä, puoliksi omia, puoliksi toisten. Jokainen puhuja ottaa ne omikseen sommitellessaan ne osaksi omaa dialogiaan, omien ääntensä kokonaisuutta, omien intentioittensa ilmaisua (Bakhtin 1981, 293). Itse asiassa Bahtinille yksilön tietoisuus itsenäisenä, omat sitoumuksensa tunnistavana tulee mahdolliseksi juuri silloin, kun hän ryhtyy valitsemaan, mihin sanoihin (teorioihin, kertomuksiin jne.) tarttuu, mitkä sanat koskettavat. Sellaisten sanojen voi antaa tulla osaksi omaa sisäisyyttä, sulautua itseen ja synnyttää jotakin uutta, synnyttää oma itse joksikin uudeksi. (Bakhtin 1981, 345.)

*Dialogisuuden idea kunnioittaa minuuden ja identiteetin moniäänisyyttä ja kertomuksen avoimuutta, mahdollisuutta kertoa toisin. Dialogisuus näkee mahdollisuuden sisällyttää erilaisia minuuden puolia, erilaisia kokemuksia,*

*erilaisia tulkintoja yhteen kertomukseen ja identiteettiin vapauttavana ja pitää koherenttina kertomusta, joka onnistuu välittämään kertojan moninaisuuden kuulijallekin.*

## 6.5 Yksilöllisen ja sosiaalisen huokoinen raja

Kun aloin tehdä tutkimustani, oma identiteettikäsitykseni oli lähellä psykodynaamista, joskaan ei ehkä kovin tietoisesti. Uskoin siihen, että elämänkulkuni (varhaislapsuutta painottaen) oli muovannut minut sellaiseksi kuin olin, ja sisäiset ristiriitaisuuteni olivat ei-toivottuja seurauksia siitä, miten jonkin tapahtumat todelliset psyykkiset merkitykset olivat ylittäneet kykyäni ymmärtää ja peittyneet näennäisten merkitysten alle. Narratiivisen teorian vaihtoehtoinen tapa ajatella on ollut minulle kokemuksena suuri helpotus. Tutkimusmatkani varrella kaikki lukemani teoria on kiertynyt lujasti minuun: kokemukseeni, kertomuksiini, ruumiini virtauksiin. En näe enää sisäistä ristiriitaisuutta virheenä itsessäni, vaan ajattelen sen ennemmin olevan kokemuksen rikkautta ja sisäisten ja ulkoisten maailmojeni runsautta, vastaus ristiriitaisessa maailmassa olemiseen ja elämiseen.

Oman minuuteni dialogisuus ja narratiivisuus tarkoittaa, että kokemukseni on kulttuurin sanoilla, äänillä, tarinoilla rakennettu. Kaikki lukemani teoria – kuin myös jokainen kuulemani lääkärin tarina – on kasvanut minuun ja muuttanut minua. Vastaavasti luen Petran kertomuksesta (5.5) hänen omaksumansa psykosomaattisen teorian jälkiä. Minun on helppo kuulla teorian mukainen ruumiin ja psyyken erillisyyttä vastustava juoni tavassa, jolla Petra kertoo omasta elämästään. Hän käyttää esimerkiksi kokemuksistaan ruumiillisia metaforia (juuttuminen, prässä, kädettömyys) ja kohtaa narratiivisen vaikeuden (Chase 1995) kertoessaan omasta pitkäaikaisesta sairaudestaan eli astmasta, johon hän oli ”hilkulla” sairastua. Jos hän olisi sairastunut, se olisi (psykosomaattikan viitekehyksessä) voinut tarkoittaa vain jollakin olemassaolon ulottuvuudella ratkaisemattomaksi jäänyttä ongelmaa, juuttumista siihen. Niinpä astman oli mentävä ohi.

Kun kysytään lääkärin näkemystä ja mielipidettä koulutuksestaan, urastaan, elämästään tai vaikka terveydestään, oletetaan yleensä kaksi asiaa: ensinnäkin ajatellaan, että näkemykset ovat enemmän tai vähemmän pysyviä, lähes vastaajan yksilöllisiä ominaisuuksia tai persoonallisista ominaisuuksista syntyviä (ks. Sampson 1993, 34; Radley & Billig 1996, 221). Myös ristiriidattomuuden vaatimus on vahva – kyselykaavake sisältää kyllä vaihtoehdon ’en osaa sanoa’, mutta harvemmin ’sekä että’ tai ’joskus niin, joskus näin’ (ks. Ronkainen 1999).

Tapa, jolla olen tutkimuksessani lukenut lääkäreiden elämäntarinoita etsien niistä moniäänisyyttä, ristiriitaisuuksia tai ristiriidan mahdollisuuksia, tuntuu loukkaavan selkeyden ja yksiselitteisyyden vaatimusta ja siten myös haastattelemiani lääkäreitä. Dialoginen tutkijuus ei kuitenkaan tunnusta yksiselitteisyyden normia eikä dilemman yksilölähtöisyyttä. Päinvastoin identiteetti ja minuus nähdään lähtökohtaisesti moninaisuudelle avoimina, ja se, milloin jaetun maailman moneus koetaan ristiriidaksi ja dilemmaksi, on tutkimuskysymys.

Jos etsisin tarinasta, haastattelupuheesta, vastausta siihen, mitä mieltä Lassi on syventävien opintojen tutkimusprojektistaan (ks. luku 3.5), vastaus olisi 'sitä ja tätä', 'välillä niin, välillä näin', 'sekä että'. Hän kertoo syvän pettymyksen projektissa, joka oli hänelle tärkeä, mutta yhtä lailla hän nyt kertoessaan arvioi pettymyksen henkilökohtaiseksi käänteeksi ja kasvun paikaksi. Syventävien myötä tarinan päähenkilö kasvaa itsenäiseksi ajattelijaksi, kriittiseksi tieteen ja tieteentekemisen arvioijaksi.

Lassin episodissa näyttäytyy ideologinen dilemma (Billig ym. 1988). Hän on syventäviään arvioidessaan tilanteessa, jossa (ainakin) kaksi arviota, kaksi tulkintaa, kaksi tarinaa samasta kokemuksesta ovat mahdollisia. Hän voisi kertoa omasta tieteellisestä kypsymättömyydestään ja epäonnistumisestaan, mutta valitsee kasvun version ja samalla lääkärin identiteetin, joka rakentuu kyvyille ajatella kriittisesti ja itsenäisesti. Samalla mahdollisuus kriittisyydessään kunnioituksen puutteeseen syyllistyvästä lääkäristä ikään kuin kummittelee kerronnan taustalla. Kyse ei ole Lassin minuuteen ja persoonallisuuteen rakenteistuneesta ristiriidasta – ideologinen dilemma sijaitsee sosiaalisessa todellisuudessa (Billig ym. 1988). Haastattelutilanteessa sosiaalinen todellisuus konkretisoituu keskusteluksi haastattelijan ja haastateltavan välillä ja ideologisesta dilemmasta tulee dialoginen ongelma (Billig 1999, 241), sanojen asettamisen vaikeus (Chase 1995). Lassi kertoo tarinaansa minulle haastattelijana, mutta samalla hän kertoo toiselle lääkärille, ja ammattikulttuurimme hiljainen tieto (ks. Linde 2001) vihjaa, miten hän voi – ja miten hänen tulee – selittää pettymykseen johtanut tieteellisen uran alku.

Tuo hiljainen tieto, tieto, joka meillä kulttuurimme jäsenenä on käytössämme, vaikka sen kuvaaminen on vaikeaa, tarjoaa myös Lassin dilemman. Nuoren lääkärin tulisi yhtäältä kunnioittaa kokeneen kollegan tietoa, taitoa ja näkemystä, eikä kunnioituksessa ole kyse vain ammatillisen hierarkian ylläpitämisestä. Ainakin itselleni oli lääkärin työtä tehdessäni elintärkeää saada suuren epävarmuuden hetkellä kääntyä kokeneemman puoleen ja voida luottaa samaani vastaukseen, voida toimia sen mukaan. Samanaikaisesti, ja korostuneesti ongelmalähtöisen oppimisen ideologian vallitessa, nuoren lääkärin tulee kasvaa lääkäriyteen ennen kaikkea kriittisenä ja kuvia kumartamatta (Walton & Matthews 1989). Hänen tulee osata etsiä tietonsa lähteistä, jotka hän ensin

osaa arvioida luotettaviksi, ja tehdä käytännön ratkaisut näyttöön perustuen. Dilemma näiden välillä on mahdollisuutena olemassa lääketieteen kulttuurissa, ja se muuntuu henkilökohtaiseksi ja koetuksi ristiriidaksi jokaisessa tilanteessa, jossa lääkäri joutuu edetäkseen valitsemaan, kumpaa ääntä kuuntelee.

Konflikti ei synny sulkemisesta sisään vaan ulos, ulos omasta itsestä siksi, ettei tuolle konfliktille ole sanoja, kohtauspaikkaa kielessä. Dialoginen tiedostamaton on sitä, mitä ei haluta tai voida lausua ääneen, mitä sanat väistävät (Shotter & Billig 1998; Billig 1999). Bahtin ei kiellä kokemuksen sisäisyyttä eikä sisäisen konfliktinkaan mahdollisuutta, mutta hän sosiaalistaa sen, tuo sen päivänvaloon (Emerson 1986, 32; Schwab 1991, 68). Jos riittävän moni tunnistaa saman jaetun dilemman omaksi sisäiseksi konfliktikseen, on mahdollista koettaa myös sanoittaa sitä.

*Dialogisuuden näkökulmasta sanoista syntyvä minuus ja sosiaalinen todellisuus nähdään dialogina, joka jatkuu yksilön rajan yli ja molemmin puolin. Dialogiksi miellettyä yksilö on sekä ainutkertaisen elämänhistoriansa luoma ja sanoittama että suhteidensa ja jaettujen sanojen ja kertomusten hetkestä toiseen uudesti synnyttämä. Sosiaalisen ja psykologisen identiteetin välillä ei ole juopaa, vaan kyse on rajasta, jonka ylittäessään sanat muuttuvat ääneenlausutuista ajatuksiksi, sisäiseksi dialogiksi, ja takaisin. Yksilöllisenä koettu ristiriitakin on samalla ideologinen, jaettu dilemma.*

## 7 Päättely: tulokset ja pohdintaa

Päättelen seuraavaksi empiiriset lääkäri-identiteetin moniäänisyyttä koskevat sisällölliset tulokseni. Jokainen alun perin artikkeliksi kirjoitettu osatutkimus tiivistyy yhdeksi lääkäriyttä ja lääkäri-identiteettiä neuvottelevaksi dialogiksi ja dilemman mahdollisuudeksi. Uskon näiden keskustelujen kertovan jotakin olennaista nykylääkäriydestä ja niistä kysymyksistä, joita lääkärit sekä yksilöinä että ammattikuntana kohtaavat. Dialogisuuden näkökulmani sisältää ajatuksen yksilön ja sosiaalisen rajan huokoisuudesta; jaetut, kulttuuriset, ammattikulttuuriset ja yhteiskunnalliset keskustelut konkretisoituvat yksittäisen lääkärin uran, elämän ja identiteetin neuvotteluina ja toisin päin. Jatkan tässä jokaisesta aineistoistani tulkitsemastani lääkäriyden neuvottelusta kohti neuvottelun laajempia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia yhteyksiä.

Aineistossani on sellaisiakin dialogeja tai dilemmoja, joita en ole kirjassani juurikaan käsitellyt. Esimerkiksi työhön liittyvän kliinisen epävarmuuden ja tietämisen velvollisuuden välinen neuvottelu toistuu usein työkokemuksia muisteltaessa ja kuuluu kaipuussa erikoistua alalle, joka on riittävän suppea hallittavaksi. Toisaalta aineistoni luonnetta ei pidä unohtaa. Pääasiallisena aineistonani ovat lääkäreiden elämäntarinat. Lääkärin kertoessa elämästään identiteetit ja dilemmat painottuvat elämän ja työn yhteensovittamisen teemoihin, eivät esimerkiksi kliinisen päätöksenteon moniäänisyyteen (josta esim. Engeström 1999). Tässä esittämieni identiteettineuvottelujen yleisempi merkitys ja mielenkiinto ei perustu pelkästään niiden yleisyyteen aineistoissani, vaan tunnistan niiden merkityksen siitä, miten ne konkretisoivat jonkin ajankohtaiseksi tietämäni ja itselleni tutkijana mielenkiintoisen ammattikulttuurisen tai yhteiskunnallisen keskustelun.

Rakensin edellä kohdassa 5.3 kirjallisuuteen perustuen kuvan myyttisestä lääkäristä, joka on ”rationaalinen, vakaa ja kykenevä tekemään päätöksiä. Hän on henkisesti vahva ja fyysisesti haavoittumaton, ikään kuin tiedollisesti hallitsemansa sairausilmiön yläpuolella myös ruumiineen. Hän sitoutuu työhönsä ehdoitta, ja työ on hänelle elämän keskeinen sisältö. Hän etenee urallaan suunnitellusti ja katkottomasti. Hän on tarkka sekä omasta että koko ammattikuntansa arvosta ja arvostuksesta eikä toimi tavalla, joka kyseenalaistaisi profession tieteellistä ja eettistä perustaa.” Tutkimuksessani olen osoittanut,

miten tämä lääkärimyytti elää ihanteena, jonka kanssa niin yksittäiset lääkärit kuin koko ammattikunta yhteisestikin neuvottelevat identiteettiään. Myytti ei toistu sellaisenaan nuoren lääkärin identiteettinä, vaan myytti on ennemminkin niitä odotuksia ja se mittapuu, joilla oma lääkäriys arvioidaan.

Lääkärimyytin tarkastelussani keskeistä on ollut se, miten myytti kohtelee lääkäriä eri tavoin sukupuolesta riippuen. Ei-rationaalisuus, henkinen häilyvyys ja fyysinen heikkous saavat kulttuurissa feminiinisen merkityksen. Nainen joutuu joskus tietoisemmin osoittamaan omaa vahvuuttaan ja järkeään, kun taas häilyminen ja haavoittuvuus uhkaavat ehkä enemmän miestä silloin, kun miehen normina nähdään maskuliininen. Työhön sitoutumisen kaikkitai-ei-mitään-periaate ja uran katkottomuuden odotus ovat usein perheelliselle naiselle ristiriitaisempia, koska vanhemmuuden vastuu mielletään kuuluvaksi ensisijaisesti äidille. Tutkimuksessani olen teoreettisilla ja menetelmällisillä valinnoillani tietoisesti tehnyt tilaa lääkäriyden tarkastelulle siten, ettei lääkärimyytti asetu itsestään selväksi normiksi. Olen ensinnäkin katsonut uraa elämän osana ja lääkäri-identiteettiä sellaisena, kuin se elämäntarinassa muotoutuu. Tällöin lääkäriys syntyy väistämättä neuvotteluna muiden sitoumusten kanssa ja työhön sitoutumisen ehdottomuus epämääräistyy (ks. Johnson 1983). Toisaalta olen perustellut elämäntarinan kuulemista moniäänisenä ja moniin suuntiin avoimena minuuden dialogina. Jos kertomuksen tehtäväksi nähdään ”ilmaista ja käsitellä moninaisia, osin ristiriitaisia minuuksia ja kokemuksia”, kuten Stanton Wortham (2001, 7) esittää, vakauden ja päättäväisyyden vaatimukset asettuvat uuteen valoon: moniääninen kertoja on myös ambivalentti ja päättämätön.

Sisällöllisinä tuloksina esittämäni dilemmat koskevat maskuliinista lääkärimyyttiä: kolmessa on kyse nimenomaan uraan sitoutumisen tavoista ja määrästä. Yksi käsittelee ammatin arvon mittaamista ja tieteellistä ja eettistä perustaa, ja viimeisessä puolestaan pohditaan fyysistä haavoittuvuutta ja lääkärin sairauden merkitystä.

## 7.1 Lääkäriyden dialogeja

### *Elämän hallinta ja elämän virrassa ajautuminen*

Aineistojen analyysin ensimmäisessä vaiheessa etsin siihen mennessä tekemiäni 19 haastattelun lääkärkertomuksista laman, työttömyyden ja työtilanteen epävarmuuden saamia merkityksiä (Löyttyniemi 2001a; myös Löyttyniemi 1998). Vastaan tässä alkuperäiseen tutkimuskysymykseeni siitä, miten äkki-

arvaamatta ilmaantuneen työttömyysuhan aiheuttama katkos lääkärin uralla ja identiteetissä oli mahdollista kertoen silloittaa.

Haastattelut aloittaessani syksyllä 1996 työttömyys oli jo kääntynyt laskuun. Vain yksi haastatteleminen lääkäreistä oli ollut työttömänä pitemmän jakson ja hänkin ennen virallista valmistumistaan. Useilla muilla oli lyhyitä, noin kuukauden mittaisia työttömyyksiä eri työpaikkojen tai työ sopimusten välillä, mutta ne saivat ansaitun loman merkityksen. Toisaalta ne kertovat siitä, miten nuoren lääkärin työsuhteet olivat pätkittäisiä ja epävarmoja, eikä työtilanteen kehitystä osattu edelleenkään ennustaa varmasti (STM 1997). Tällaisessa tilanteessa toimiva ja uskottava kertomus ei ollut sellainen, joka vain visioi nousujohteista uraa (ks. Rosenwald & Ochberg 1992).

Nimeän artikkelissa (Löyttyniemi 2001a) 'sattuman logiikaksi' tavan, jolla lääkärit käänsivät tilanteen epävarmuuden voitokseen. Heille uran epäjatkuvuudesta tuli mahdollisuus olla sitoutumatta liian aikaisin tiettyyn uraan ja mahdollisuus tarttua sellaisiin tilaisuuksiin, joita ei olisi osannut suunnitella. Jotkut ottivat käyttöönsä saman 'ajautumisen' tai 'ajelehtimisen' käsitteen, jota oli työttömyyskeskustelussa käytetty uhkakuvan luomisessa (esim. SLL 1993b), mutta antoivat sille uuden, myönteisen merkityksen. Ajattelen, että 1990-luvun alun työttömyysvaihe teki mahdolliseksi ja toimivaksi tällaisen uralogiikan, mutta kyse ei ollut vain työttömyysuhasta selviytymisestä. Monet niistäkin tutkimukseeni osallistuneista lääkäreistä, joiden ura haastattelun aikaan oli hyvinkin selvässä vaiheessa, esimerkiksi erikoistumisvirassa, käyttivät sattuman retoriikkaa suunnitelmallisen uralogiikan rinnalla. Lääkäreillä oli käytössään (ainakin nämä) kaksi erilaista tapaa puhua ja hahmottaa tulevaa uraansa, ja niistä sattuman logiikka mahdollisti suoran tai epäsuoran kritiikin jäykkää ja ehdottoman lineaarista ja suunnitelmallista uran rakennetta kohtaan (vrt. Allen 1988).

'Ajautumisen', itsensä toteuttamisen ja nykyhetken keskittymisen *carpe diem* -mallitarina ei elä vain lääkäreiden ammattikulttuurin tarinavarannossa, vaan kulttuurimme hetkessä laajemmin. Hetkittäin siinä nähdään myöhäismodernin yhteiskunnan lyhytjänteisyyttä ja egoismia, välillä taas tervetullutta kritiikkiä suorittamisen ja tehokkuuden palvonalle. Ehkä elämän virrassa ajautumisessa voi kuulla kaiun myös joistakin itämaisistä filosofioista, joiden mukainen elämän hallintapyrkimyksistä luopuminen on samalla luopumista itsensä tiedostavasta ja haluavasta egosta (Kohn 1992). Sattuman logiikka joka tapauksessa haastaa 'uran' perinteisen merkityksen. Sosiologi Dorothy E. Smith kirjoittaa omasta siihenastisesta urastaan, joka olisi mahdollista kuvata määrätietoisena etenemisenä, mutta näkeekin "menneisyydessään ei niinkään uraa kuin sarjan odottamattomia tilanteita, sattumia, jolloin näyttää siltä, kuin minusta olisi tullut lähes sattumalta se, joka olen" (Smith 1987, 65).



Liisa Rantalaiho (1996) pohtii elämänhallinnan käsitettä ja sen vihjaamia pitkäjänteisyyden ja tulevaisuusorientoituneisuuden ihanteita. Viitattuaan mahdollisuuteen kauhistella nykynuorten 'tässä-ja-nyt'-eetosta hän siteeraa leskirouva Elisabet Järnefeltiä vuosisadan takaa:

Kun eivät ollenkaan osaa ymmärtää riemun voivan syntyä juuri siitä, että uskaltaa olla tulevaisuudesta huolehtimatta! Kunhan vain nyt menettelee uskonsa mukaan oikein. Mitä enemmän uskaltaa – mitä uhkaavammilta semmoisen menettelyn seuraukset näyttävät – mitä rohkeammin syrjäyttää pelon ja on päästämättä sitä vaikuttamaan menettelyyn, sitä suurempi riemu. Mutta tuotapa ei parhaallakaan tahdolla saa ihmisille selitetyksi. He vain luulevat, että kaikki tyynni riippuu ihmisen omasta huolehtimisesta ja että siis täytyy määrätietoisesti osata luoda omaa tulevaisuuttansa. Kun kaikki onni riippuu päinvastoin siitä, että tulevaisuuttaan ei voi ollenkaan itse luoda ja että kokonaan luopuu huolista sen asian suhteen (Järnefelt 1992, sit. Rantalaiho 1996, 240).

Haastatteleman lääkärit eivät työttömyyden jälkitilassa olleet kokonaan luopuneet huolista uriansa tulevaisuuden suhteen, mutta tulevaisuuden ennakoinnin rinnalla heidän käytössään oli toisenlainen logiikka, joka jätti tilaa elämän ennakoimattomuudelle, uskallukselle, harrastuksille, perheelle, henkilökoh-taiselle muutokselle.

### *Professionaalisuus (kollegiaalisuus, eettisyys, tieteellisyys) ja taloudellisuus, tehokkuus*

Lääkärityöttömyyskirjoituksista koostuvasta tekstiaineistostani olen analyytisimmin lukenut Nuori lääkäri -lehden Työllisyys-teemanumeron kirjoituksia vuodelta 1993 (sivut 192-201; Löyttyniemi 2000). Työllisyys-teemanumeron artikkeleissa oli kyse erilaisista, eri kirjoittajien näkökulmista akuuttiin työttömyysongelmaan. Näitä ammattipoliittisia tekstejä voi lukea tarinoina, joissa kyse on toiminnan tapojen ja päämäärien perustelusta (Sulkunen & Törrönen 1997b; Korhonen & Oksanen 1997). Esittäessään arvokkaina tietyt päämäärät ja tietyt toimijan ominaisuudet tekstit rakentavat omat arvomaailmansa. Arvo-kas lääkäriys rakentui analysoimissani teksteissä ammattitaidon, eettisyyden, kollegiaalisuuden ja työhalukkuuden perustalle. Nuori, mahdollisesti työtön lääkäri esitettiin kuitenkin usein joko tämän arvokkaan perustan uhkana tai keinottomana, toisten toimia odottamassa. Narratiivisen identiteetin näkö-kulmasta ammattipoliittisetkin tekstit ovat mallitarinoita, joita sovittelemalla jokainen lääkäri rakentaa omaa lääkäriyttään. Etsiessään ymmärrystä omaan tilanteeseensa nuori lääkäri löysi työttömyyskeskustelusta myös epäeettisen,

ei-ammattillisen tarinamallin. Samalla pelätyt ammattikunnan sisäiset jaot toteutuivat työttömyysteksteissä.

Tekstit saattoivat kutsua työttömyyttä korjaavaan toimintaan koko lääkärikuntaa, poliittisia päättäjiä, työnantajalääkäreitä tai nuoria lääkäreitä, mutta tarinan vastustajan ominaisuudessa, arvokkaita päämääriä ymmärtämättöminä, esitettiin yleensä ne tahot, jotka toimivat sokeasti ja kuurosti markkinatalouden periaatteita noudattaen ja tehokkuutta ihannoiden. Toisaalta suhde rahaan oli ristiriitainen, sillä yhtä tuomittavaa oli oman työn arvon kieltäminen palkasta tinkimällä ja arvokasta puolestaan taloudellisten realiteettien ymmärtäminen. Kokoava tulkintani teksteistä esittää, että niissä keskusteltiin työttömyyden ympärillä laajemmasta lääkäri-identiteetin haasteesta: markkinaorientaation haastamista perinteisistä professionaalista ihanteista.

Vaikka tämän artikkelini pohjana on ammattilehdistä kerätty tekstiaineisto, lääkärikunnan julkinen keskustelu ja kollektiivinen identiteetin rakennus, ristiriita perinteiseksi nimettyjen professionaalien arvojen ja terveydenhuollon lisääntyvän markkinaorientaation välillä on myös jokaisen lääkärin työssään ja omassa sisäisessä dialogissaan kohtaama dilemma (vrt. Julkunen 2001, 251). Suomessa terveydenhuollon säännöstely tapahtuu suurelta osin yksittäisten lääkäreiden käytännön työssään tekemin päätöksin (Saarni & Vuorenkoski 2003). Saarni ja Vuorenkoski nimeävät yhdeksi perinteisen lääkärietiikan akuuteimmista ongelmista lääkärin lojaalisuuden kohteen epäselvyyden: onko lääkärin tehtävä ratkaisunsa ensisijaisesti potilaansa, maksajan vai terveydenhuollon organisaation parhaaksi? Markkinaorientaatio muuttaa kokonaisvaltaisesti kulttuurin ihmiskuvaa kohti omaa etuaan ajavaa homo economicusta, ja oman elämänsä ja identiteettinsä ratkaisuisia lääkäri on ihminen myös. Hän sovittelee itselleen yhteiskunnan vallitsevaa economicus-tarinaa ja samanaikaisesti myyttistä professionaalien kutsumuksen ja etiikan kertomusta.

En sano kutsumusta myyttiksi vähätelläkseni sen merkitystä auttajan identiteettinä, vaan tarkoitan myyttisellä lääkäriydellä ammattikulttuurista peruskertomusta, joka asettaa odotukset yksittäiselle lääkärille mutta toteutuu harvoin jos koskaan sellaisenaan lääkärin identiteettinä. Uudenlaisen professionaalisuuden ja eettisyyden tarve tunnustetaan kyllä. Esimerkiksi Saarni ja Vuorenkoski esittävät tavoitteena laajan kliinisen autonomian yhdistämistä yhteisesti sovittuihin säännöstelyperiaatteisiin; eettisyys taipuu sosiaalisen oikeudenmukaisuuden suuntaan. Samalla heidän tekstissään lääkärin myytti kirjoittautuu eräänlaiseksi menetetyksi yhtenäisen, arvostetun, kliinisessä päätöksenteossaan autonomisen ammattikunnan ihanteeksi. Tällaisen perinteisen ”vapaana ammatinharjoittajana toimivan lääkärin tilanne (nähdään) eettisesti selkeänä, koska hänen pitää tasapainottaa vain omat ja potilaansa edut” (Saarni & Vuorenkoski 2003, 997-998).

Eliot Freidsonia (2001) soveltaen vapaa, autonominen professionaalisuus on kuitenkin ideaalimalli, ei kuvaus menneestäkään todellisuudesta. Ehkä uudenlaisen, yhteiskunnan, lääketieteen ja individualisaation haasteisiin mukautuvan lääkäriyden neuvottelemisen helpottuisi, jos nähtäisiin, ettei lääkäri ole koskaan ollut vapaa. Hän ja potilas ovat aina tasapainottaneet paitsi omiaan myös läheistensä ja yhteisöjensä etuja ja tehneet sen kulloistenkin lääketieteellisten, yhteiskunnallisten ja kulttuuristen ajattelutapojen ja arvojen vaa'assa. Lääkärin ammatillinen toiminta on aina ollut riippuvaista myös muiden ammattilaisten työstä (Davies 1995, 60). Luopuminen professionaalisuuden 'menetetyn paratiisin' kertomuksesta (ks. LaCapra 1999) voisi antaa tilaa lääkärin roolille, jossa yhdistyy neuvottelija ja lääketieteellinen tietäjä.

Freidsonin ideaalimallin mukainen professionaalinen ideologia, jonka ajattelen todentuvan lääkäri-identiteetin myyttisenä ihanteena, on ristiriidassa taloudellisten arvojen ja markkinaideologian kanssa. Toisaalta professionaalinen ideologia, joka korostaa työn hyvää tuottavaa tarkoitusta enemmän kuin taloudellista hyötyä, kykenee Freidsonin mukaan myös vastustamaan markkinavaltaa. Tämä edellyttää professioilta työn eettisen perustan muistamista, mutta se edellyttää myös muilta kykyä luottaa ja uskoa eettisyyden mahdollisuuteen: lääkärin etiikka ei ole vain oman edun tavoittelun peittävää retoriikkaa. Professionaalinen etiikka ei toteudu vain käytännön työn ratkaisuisissa, vaan se toteutuu ennen kaikkea laajemmissa taloudellisissa, poliittisissa ja ideologisissa ratkaisuisissa, joilla asetetaan työn tavoitteet ja puitteet (Freidson 2001, 217). Freidson näkee, että nykyisessä tilanteessa lääkärikunnan tasapainottava tehtävä on tuoda asiantuntemuksensa terveydenhuollon päätöksentekoon perustelemaan ratkaisujen eettisyyttä taloudellisuuden ohella tai jopa sen sijaan. Kyetäkseen tähän lääkärikunta tarvitsee tietonsa ja taitonsa perustelemaan ajattelun ja toiminnan vapauden, mutta ei abstraktin autonomian mielessä, vaan äänenä ja näkökulmana keskustelussa, jossa kaikki osapuolet ovat monin kerroin toisissaan kiinni ja riippuvaisia.

Vaikka analysoimassani 90-luvun alun työttömyyskeskustelussa oli kyse koko professionaalista ideologiaa koskevasta taloudellisten arvojen esittämästä haasteesta, ongelmaksi saatettiin nimetä nuoret, työttömyysuhan edessä epäeettisiin työllistymisen muotoihin ajatuvat lääkärit. Tätä kirjoittaessani loppuvuonna 2003 ajankohtaista keskustelua käydään siitä, miten monet nuoret lääkärit työllistävät itsensä ns. keikkalääkäreinä, jotka työskentelevät yhtiömuotoisten lääkärivuokrausfirmojen kautta vuokrattavana tilapäisenä työvoimana terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Yleisessä keskustelussa ja myös lääkäreiden keskuudessa keikkalääkäriyttä on kritisoitu ja nuoria lääkäreitä syyllistetty sitoutumattomuudesta ja ”omien taloudellisten etujen ajamisesta” (ks. Pälve 2003). Keskustelu, jossa Lääkäriliiton puheenjohtaja puolustaa keikkalääkäreitä (emt.), muistuttaa vuosikymmenen takaista lääkäriyöttömyys-

keskustelua: nytkin nuoret lääkärit asetetaan (retorisen) syyllisen asemaan, jotta voitaisiin perustella lääkärin oikeaa (kutsumusammattia ja täydellistä sitoutumista muistuttavaa) etiikkaa ja asennetta. Puheenjohtaja Pälve pohtii puheenjohtajan palstallaan keikkatyön mahdollisia perusteita näin:

Keikkatyötä tekevät lääkärit valitsevat työnantajansa, koska se voi tarjota heille mahdollisuuden hallita sekä työaikaa että vapaa-aikaa. Tähän ei julkinen sektori nyt kykene. Jollekin sopii työskentely viikonloppuisin ja öisin, toiselle vain päiväaikainen työskentely viikolla. Kolmas haluaa tehdä neljä päivää viikossa. Syyt voivat vaihdella, mutta jo näihin valintoihin voi kaikilla olla sama syy, kuten esim. lasten hoidon järjestäminen.

(Jos keikkatyö on epäeettistä, onko lasten hoidon järjestymisen ensisijaisuus samalla epäeettistä?) Se, nähdäänkö ongelmaksi terveydenhuollon järjestelmä, joka ei helposti mahdollista kuvatuunlaisia työn ja muun elämän palapelejä, vaiko työhön sitoutumattomat nuoret keikkalääkärit, on iso eettinen kannanotto. Kirjoittaessaan professionaalisen ideologian ja markkinaideologian ristiriitaisuudesta Eliot Freidson (2001, 218) kirjoittaa ennen kaikkea voiton maksimoinnin tavoitteen ja eettisyyden yhdistämisen mahdottomuudesta, mutta hän viittaa instituutioihin ja institutionaaliseen etiikkaan. Sekä vuosikymmenen takaisessa lääkäriyöttömyyskeskustelussa että keikkalääkärikeskustelussa on kyse ideologisesta dilemmasta, lääkärikunnan kohtaamasta ristiriidasta oman edun tavoittelun ja eettisyyden ja kollegiaalisuuden välillä. Tapa, jolla koko ammattikuntaa ja instituutioita koskeva ideologinen dilemma näissä keskusteluissa toisinaan konkretisoidaan nuoren lääkärin elämän ja uran ratkaisujen ristiriidoiksi, ei lopulta mahdollista sen paremmin ammattietiikan tulevaisuuden kuin (nuorten) lääkäreiden elämänpalapelien ongelmallisuuden pohdintaa.

## *Ura/työ ja perhe*

Tutkimukseni kolmantena aineistona ovat nuorten lääkäreiden urien alkuvaiheita kartoittavan kyselytutkimuksen osana saadut vastaukset avoimeen kysymykseen, jossa vastaajia pyydettiin muistelemaan työttömyysvaihetta ja pohtimaan sen merkitystä omalle uralle. Keskityn kirjoittajakumppanieni kanssa analyysissä niihin vastaajiin, jotka saivat kyselyn osana olleella SOC-kysymyssarjalla korkean pistemäärän (sivut 181-185; Löyttyniemi ym. 2004). Heidän orientaationsa maailmaan tulisi siis SOC-teorian perusteella olla koherenssia – mielekkyyttä, ymmärrettävyyttä ja selviytymisen tunnetta – ilmentävä myös avovastausten pienissä urakertomuksissa. Antonovskyn ko-

herenssin tunteen ja työn yhteyksiä koskevaa kirjoitusta (Antonovsky 1987b) mukailten ajattelimme ymmärrettävyyden ennen kaikkea ennustettavuutena ja varmuutena jatkuvuudesta, ja kysyimme, millaisia uran kuvauksia ja koherenssin kokemuksia laadullisesta aineistostamme voi lukea.

Vain vähemmistö korkean SOC-pistemäärän saaneista vastaajista kuvasi uransa yksiselitteisen koherenttina ja ennustettavana. Vaikka SOC-teorian mukaan koherenssin tunteen eri komponentit kietoutuvat toisiinsa ja usko omien resurssien riittävyteen on epätodennäköinen, jos todellisuus näyttäytyy ei-ymmärrettävänä ja sattumanvaraisena (Antonovsky 1987, 20), monissa avovastauksissa uran epäselvyys yhdistyi vahvaan merkityksellisyyteen ja luottamukseen selviytymisestä. Äitiys oli näkökulma, josta käsin uralla etenemisen ja elämän ennustettavuuden vaateet saattoi kyseenalaistaa ja keskittyä mielekkäästi elämään nykyhetkeä. Äitiys myös sisältyi vastausten uriin isyyttä useammin.

Professionaalisen uran käsite on teoreettisesti ja tutkimuksellisesti ymmärretty irrallaan muista elämän sitoumuksista, autonomisen professionaalien eteen ja ylös suuntaavana liikkeenä (Allen 1987; Davies 1995; Johnson 1983). Professionaalioteorioissa ei perinteisesti ole käsitelty sukupuolta, mutta yhteiskunnassa, jonka keskeisenä rakenteena on perhe ja jossa nainen mielletään perheestä vastuulliseksi, tällainen riippumaton uralla etenijä vihjaa miehisestä sukupuolestaan.

Suomalainen naiseus on historiallisesti muodostunut työetiikan ja äitiyden yhdistämisestä, ja naisen sosiaalinen identiteetti on ollut keskeisesti äidin – hän ei ole kotivaimo vaan –äiti (Rantalaiho 1997). Siksi nimenomaan äitiydestä käsin on mahdollista haastaa professionaalista uraa koskevat odotukset. On kuitenkin esitetty, että työn ja perheen instituutiot, totut normitetut elämänmuodot, ovat haurastumassa sikäli, että ne ovat riippuvaisempia yksilöiden valinnoista ja jättävät toimijoille enemmän pelivaraa (Julkunen 2003; Beck 1995). On yhtä aikaa totta se, että työelämän ja perheen yhteensovittamisen palapeli on edelleen useammin naisten palapeliä (Salmi 1996) myös lääkäreillä (Töyry ym. 1997), ja toisaalta se, että Lääkäri 98 -tutkimuksessa sekä mies- että naislääkärit nimesivät tärkeimmäksi arvokseen perheen (Mattila ym. 2003). Vaikka sairastuneen lapsen kanssa jää kotiin useimmiten äiti, lääkäriäidin puoliso jää selvästi useammin kuin hoitajaäidin – toisaalta lääkäri-isä jää muita miespuolisia hoitoalan työntekijöitä harvemmin (Kivimäki 1997). Isyyden, äitiyden ja perheen merkitykset ovat liikkeessä, isyys kohti läsnäolon ja vanhemmuuden jakamisen odotusta (Huttunen 1999; Vuori 2001). Mieslääkäriellekin voi tulla ja olla mieleen kirjoittaa elämästään isyyden, ei uran, kertomus (Seppänen 2000). Tutkimukseni haastatteluaineiston lääkäri-isät kuvaavat työhön sitoutumisen *paljon*-periaatteen: he eivät sulkeista uraa

edes tilapäisesti, kuten jotkut avovastausaineiston äideistä, mutta kertovat työn rinnalle perheen ja lapset ja elämän painopisteen kotiin.

On esitetty, etteivät sitoumukset perheeseen tulevaisuudessa koske vain pienten lasten vanhempia, vaan enenevässä määrin myös ikääntyvistä vanhemmistaan huolehtivia keski-ikäisiä, mikä on uutena asiana otettava huomioon arvioitaessa terveydenhuollon työvoimatarvetta ja –tarjontaa (STM 2001, 56). Näistä muutoksista on vaikea ennustaa sitä, miten lääkärit tulevaisuudessa sovittavat yhteen työn ja perheen, mutta ne puhuvat sen puolesta, että perhe ja muut työn ulkopuoliset sitoumukset tulisi sisällyttää uran käsitteeseen niin miehillä kuin naisillakin.

### *Luottamus ja kriittisyys: suhde tietämiseen*

Tämän kirjan luvussa 3.5 (myös Löyttyniemi 2001b) keskityin yhteen haastatteluun ja siinä kerrotun elämäntarinan yhteen jaksoon, ydinepisodeihin. Tällainen jakso on määritelmänsä mukaan eräänlainen minuuden kerronnan tiivistymä, jossa kertojalle keskeiset näkökulmat käyvät neuvotteluun. Tulkitseen Lassiksi kutsumani lääkärin kertovan minuuttaan itsenäistymiskertomuksen muodossa. Hän kertoo lisensiaatintutkintoonsa sisältyvästä syventävien opintojen tutkimusprojektista henkilökohtaisen muutoksen tapahtuman, jossa mennyt, auktoriteettiuskoinen ja –luottavainen Lassi korvautuu kriittiseen ajatteluun kykenevällä. Syventävät-episodin alussa päähenkilö-Lassia määrittivät odotukset etenevästä kliinisestä ja tieteellisestä kirurgin urasta sekä luottamus syventävien ohjaajan tieteelliseen pätevyyteen ja sitoutumiseen Lassin projektiin. Lassi pettyy näissä odotuksissaan, ja kertomuksen kääntein myötä päähenkilö kasvaa kriittiseksi sekä ohjaajan toimintaa että omia aiempia itsestänselvyyksiään kohtaan. Tätä nyky-Lassia määrittää ennen kaikkea odotus omien ratkaisujen itsenäisestä ja tietoisesta pohdinnasta, ja tästä näkökulmasta niin uran luomisen kuin tiedeuskonkin itsestänselvyyys määrittyy vähempiarvoiseksi menneen minän ääneksi.

Olen jo pohtinut Lassin itsenäistymiskertomuksen dilemmaattisuutta; tässä keskityn siihen tapaan, jolla luottamus ja kriittisyys kietoutuvat yhteen Lassin kerronnassa. Luottamusta ja kriittisyyttä ei tule Lassin dilemmassakaan ymmärtää toisilleen vastakohtaisina, vaan ennemminkin kahtena erillisenä maailmassa olemisen akselina ja orientaationa, joita lääkärikin varmasti tarvitsee. Lassin kertomuksen kautta tekee kuitenkin mieleni väittää, että molemmat ovat ammattikulttuurisesti liikkeessä olevia käsitteitä ja että niillä on yleisemminkin taipumus liittyä toisiinsa.

Taustoitin lääketieteellisen ajattelun ja koulutuksen virtauksilla, näyttö-lääketieteellä ja ongelmalähtöisellä oppimisella, jotka molemmat korostavat

itsenäistä, kriittistä, arvioivaa suhdetta tietoon. *Evidence-based medicine* eli näyttöön perustuva lääketiede on metodologia, jonka avulla voi arvioida lääketieteellisen tutkimustiedon laatua ja soveltuvuutta kulloiseenkin kliniseen ongelmaan. Näyttölääketieteen 1980-1990-luvuilla luotua ajattelutapaa on haastattelemiini lääkäreiden valmistumisen jälkeen alettu opettaa lääkärikoulutuksessa (Pitkälä ym. 2000). Näyttöön perustuen myös laaditaan Suomalaisen lääkärisseura Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä Hoito -hankkeen yhteistyönä valtakunnallisia hoitosuosituksia klinisen päätöksenteon tueksi ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)). Näyttölääketieteen ajattelutavan leviämisen kanssa samanaikaisesti on kaikissa suomalaisissa lääketieteellisissä tiedekunnissa omaksuttu ongelmalähtöiseen oppimiseen perustuva koulutusmalli, ensimmäisenä Tampereella vuonna 1994 eli vuotta ennen haastattelemiini lääkäreiden valmistumista (Veteläsuo 1998).

Tutkimukseeni osallistuneet lääkärit osuivat tässäkin mielessä murroskohtaan, sillä he saivat vielä vanhamuotoisen koulutuksen. Näyttölääketieteen opetuksen ja ongelmalähtöisen oppimisen päämääränä on kriittinen ajattelija, joka kykenee itsenäisesti hankkimaan tietoa, arvioimaan sen tieteellistä pätevyyttä ja soveltamaan sitä (Walton & Matthews 1989; Sackett ym. 2000; Pitkälä ym. 2000). Vaikka Lassi ei ollut saanut ongelmalähtöistä koulutusta, hän esittää itsensä tällaisena itsenäisenä, kriittisenä ajattelijana kertoessaan tarinaansa. Koska oma teoreettinen viitekehäykseni korostaa kaikkien minuutemme äänten olevan sosiaalista, jaettua alkuperää, voisi Lassin ajatella osoittavan, ettei lääkäriys rakennu vain virallisen opetussuunnitelman mukaiseksi, vaan lääkäriyttä rakentavat kaikki ammattikulttuurissa kulloinkin kuuluvat äänet ja ideologiat. Lassi esittää oman henkilökohtaisen muutoksensa tuotoksena kyvyn itsenäiseen, (tiede)kriittiseen ajatteluun, ja samalla hän tulee arvotta-neeksi kyvyn positiivisesti.

Lassin ajattelun itsenäistymiskertomuksella on kuitenkin käänköpuoli. Lassi kertoo syventävät-episodissaan myös pettymyksestä, jonka hänen kunnianhimoinen, innostunut ja ohjaajalta ammatillista huolenpitoa ja arvostusta odottanut mennyt minänsä koki syventäviä tehdessään. Hän nimeää episodin *uransa ensimmäiseksi takapakiksi* juuri tämän pettymyksen ja aiempien ennen kaikkea kollegiaalisuuteen kohdistamiensa odotusten pettämisen vuoksi. Syventäviä aloittanut Lassi luotti sekä ohjaajansa tieteelliseen pätevyyteen ja arviointikykyyn että tämän sitoutumiseen ohjaustehtävänsä. Sen sijaan muutoksen jälkeinen Lassi ei voi turvautua vanhempaan kollegaan tiedon lähteenä eikä luottaa arvioissa muihin kuin – itseensä?

Ongelmalähtöisen oppimisen ideologia korostaa kriittisen ajattelun ja ongelmanratkaisukyvyn ohella sitoutumista elinikäiseen oppimiseen ja tottumista varmuuden saavuttamattomuuteen: tieto on yhtäältä aina ei-lopullista, toisaalta neuvottelun tulos (Walton & Matthews 1989). Opettajan ja oppilaan suhdekin

on tällöin bahtinilaisessa mielessä dialogi, ei monologi tai pelkkä pedagoginen dialogi, jossa toisella on tieto ja toinen on tietämätön tai väärässä (Bakhtin 1984, 81). Uudet ajattelutavat ja ideologiat eivät kuitenkaan heti korvaa entisiä, vaan asettuvat ennemminkin rinnalle. Lassin kertomuksessa mennyt minä esittää näkökulman, jonka mukaan lääkäriksi voisi yhä kasvaa ammatilliseen ja tieteelliseen auktoriteettiin – mestariin – luottaen (ks. Lehto 1991, 49). Tästä näkökulmasta tieto on hallussa ja hallittavissa. Monet haastattelemani lääkäreistä esittivät lääketieteellisen uran yhtenä kaukaisen tulevaisuuden tavoitteena kokemuksen oman alansa hallinnasta. Lääkäri olisi ikään kuin valmis vasta, kun hänen erikoistumisensa olisi supistanut tarvittavan tiedon määrän sopivaksi ja epävarmuuden pieneksi. Samaa hallittavuuden perustelua saatettiin käyttää omaa erikoisalavalintaa pohdittaessa tai perusteltaessa, ja yleislääketiede oli tällöin ala, joka symbolisesti vastusti kaikkea hallinnan kokemusta. Kyse ei nuoren lääkärin näkökulmasta ole hallinnan ja tietäjän statuksen itsetarkoituksellisesta ihannoinnista, vaan työn jokapäiväisen epävarmuuden sietämisestä kertomalla se uran välivaiheeksi. Lassi kasvoi omassa tarinassaan pois tutkimusprojektinsa alkuvaiheen tietämättömyydestä, mutta ei tiedon hallintaan vaan sen jatkuvaan epäilyyn, ja lopulta molemmat ovat hänen kerrotun minänsä eri näkökulmina tarinassa rinnakkain. Sama muutos on tapahtunut lääkärikoulutuksessa ja laajemmin tiedekäsityksissä (ks. Leinonen 2002).

### *Työhön sitoutumisen ja eettisyyden omaelämäkerrallinen määrittely*

Pohtiessani autonomian ja itsenäisyyden käsitteitä (luvussa 3.7.) luin kahta haastatteleaineistoni kertomusta, jotka molemmat ovat henkilökohtaisia muutuskertomuksia: tarinoita itsenäistymisestä ja/tai aikuistumisesta (myös Löytyniemi 2003). Näiden kahden haastattelun valinta tapahtui sekä aineisto- että teorialähtöisesti. Odotusanalyysi tarjoaa metodin, jolla voi etsiä haastattelusta kerronnan tiheyttä, ja se, että useampi lääkäri (Lassi mukaan lukien) kertoo minäänsä itsenäisyyden, vastuullisuuden ja sitoutumisen neuvotteluna, on jo sinällään tutkimuksen tulos. Teoreettisesti lähtökohtana oli kiinnostus identiteetin sukupuoleen, joka ymmärretään suhteessa itsenäisyyden ja suhteisuuden ongelmatiikkaan esimerkiksi psykoanalyttisessa teoriaperinteessä (katso luku 4). Nyt kuuntelen kuitenkin näiden sukupuolittuvien äänten neuvottelua kussakin miehen tai naisen kertomuksessa ja kysyn kuunnellessani itseltäni, mistä tunnistan kertojan sukupuolen.



Itsenäisyys saa jokaisessa näistä kolmesta kertomuksesta erilaisen merkityksen ja ennen kaikkea erilaisen suhteen lääkärin uraan ja toisiin ihmisiin sitoutumiseen. *Hillan* kertomuksessa lääkärin ura saa itsenäisyyden ja oman itsen toteuttamisen merkityksen, mutta eettisyys toisista välittämisenä ja huolenpitona korostuu uran rinnalla ja ehkä arvokkaimpana lääkäriyden määreenä. *Hillan* kuvaus elämästään rakentaa itsenäisyydestä ja muihin ihmisiin sitoutumisesta vastakohtaisuuden, jonka tasapainoa *Hilla* etsii; toinen tuntuu aina olevan toiselta pois. Vaikka *Hillan* tavoitteena onkin vastakohtaisuuden ylittäminen, kertoessaan hän elää omassa identiteetissään saman dilemman, jonka voi ajatella jakavan koko länsimaisen yhteiskunnan julkiseen (mm.) työelämään ja ihmissuhteiden määrittämään perheeseen ja kotiin (Chodorow 1978; Eräsaari ym. 1995). Jos *Hillan* tarinaa kuuntelee eettisyyden näkökulmasta, keskeistä on se, ettei kumpikaan sitoumus – ura tai ihmissuhteet – yksinään ole eettinen valinta *Hillaa* itseään(kään) kohtaan.

*Lassin* kertomuksessa päähenkilön aiempi epäitsenäisyys liittyi tapaan edetä elämässä sattumanvaraisesti (ei-tietoisien ja ei-harkitun merkityksessä) ja ulkoa ohjautuen. Entinen *Lassi* eteni itsestään selvälle kirurgin uralle jo opiskeluaikanaan ja valitsi kirurgian syventävien opintojensa alaksi voidakseen jatkaa suoraan väitöskirjaan. Vasta kertomuksen käänteen myötä hän vapautuu ”riippuvuuksista, auktoriteeteista, ulkoaohjautuvuudesta, ennaltamääräytyneisyydestä” (Komulainen 1998, 107) ja ottaa vastuun omien ratkaisujensa tietoisesta pohdinnasta. Vastuu sisältää eettisen pohdinnan ratkaisujen seurauksista sekä itselle että toisille. Uran nousujohteisen etenemisen logiikka korvautuu (tai oikeammin moniäänistyy) toisella, jonka mukaan *Lassin* työpaikan valintaa määräävät sekä omalta tuntuva lääkärin työ, mahdollisuus kehittää itseään että vaimon työpaikka.

Ajattelen, että *Lassin* kertomus vinksauttaa tapaa, jolla perinteisiin professionaaliin arvoihin kuuluviin sitoutumiseen ja eettisyyteen usein viitataan. Yhteiskunnassa korostuva individualisaatio ja otettu oikeus itsensä toteuttamiseen saatetaan esittää uhkana lääkärin eettiselle sitoutumiselle työhönsä (esim. Pasternack 2003), kun ne *Lassin* kertomuksessa ja kerrotussa identiteetissä vasta mahdollistavat omien ratkaisujen eettisen pohdinnan. Samoin *Empuksi* nimeämäni lääkäri rakentaa identiteettinsä aineksista, joissa yhdistyvät haluttomuus tehdä elämänmittaisia urasuunnitelmia, sitoutuminen tämänhetkiseen tutkimustyöhön, halu toteuttaa työssä itseään ja samalla lahjoittaa lääketieteelle oma kapasiteetti. Edelleen *Empun* kertomukseen kuuluu hyvän lääkäriyden määrittäminen potilaan tarpeiden kautta ja sitoutuminen työn ohella perheeseen (ja näiden vastakkaisuuden kieltäminen).

Näkökulma työhön sitoutumiseen muuttuu väistämättä, kun lähtökohdaksi otetaan elämän(tarinan) kokonaisuus. Individualisaation näkökulmasta *Lassin* voisi kuulla kertovan myöhäisen modernin yhteiskunnan yksilön kertomusta,

jossa ammatti- tai sukupuoliroolit eivät osoita elämälle itsestään selvää suuntaa, vaan yksilö on vastuussa oman elämäkertansa ja omien sitoumustensa muodostamisesta (Beck 1995, 29). Hän vihjaa samalla Zygmunt Baumanin ehdottamalla tavalla uudenlaisen omaehtoisen eettisyyden mahdollisuudesta (Bauman 1996, 42-45) pelätyn professionaalisen ja yhteiskunnallisen merkityksettömyyden sijaan. Silloin individualisaatio näyttäytyy itsen toteuttamisen ohella elämän moninaisina muina sitoumuksina ja monille tahoille suuntautuvana eettisyytenä, ja onkin esitetty, että työtä ja uraa tulisi tarkastella sekä teoreettisesti että tutkimuskäytännöllisesti osana elämän koko palapeliä (Salmi 1996; Heiskanen & Rantalaiho 1997; Johnson 1983; Pratt & Hansson 1991).

### *Lääkärin sairaus tai muu ruumiillinen rajallisuus*

Tartuin tutkimukseni viime vaiheissa teemaan, joka oli jäänyt vaivaamaan minua haastattelut tehtyäni. Muistan ihmetelleeni ääneenkin sitä, miten moni (kaikkiaan kolmetoista) haastattelemistani lääkäreistä kertoi oman sairautensa tai vastaavan ruumistaan pakottavan teeman – lapsettomuuden tai fyysisen vamman – osaksi elämäntarinaansa ja identiteettiään. En ollut odottanut sitä enkä ollut osannut sitä heiltä kysyä.

Luvussa 5.5. aineistonani on viisi haastattelua, joissa lääkärin oman ruumiin rajallisuus on kerrotun identiteetin kannalta keskeinen teema (myös Löytty-niemi 2004). Jokainen näistä viidestä mainitsee sairautensa (tms.) johtaneen kiinnostumaan lääketieteestä, mutta ennen kaikkea he rakentavat kerronnan hetkellä oman elämänsä ja itsensä ymmärrystä vaivastaan ja pohtivat tavalla tai toisella oman autonomian tai vapauden merkitystä. Sairauden (tms.) omaelämäkerralliset merkitykset eivät ole pelkästään kielteisiä tai vapauden vastaisia, vaan siitä saatetaan kertoa persoonallinen, kuvia kumartamaton lääkäri yhtä hyvin kuin oman minuuden herkkä ja sellaisena tarpeellinen puoli. Viidestä kertojasta yhden vaiva on näkyvä, ja hänen kertomuksessaan vaivasta tulee identiteetin kannalta dilemmaattinen, lääkärin uskottavuutta uhkaava seikka.

Lähden sairauskertomuksia lukiessani liikkeelle omasta hämmennyksestäni. Luen viittä haastatteluaineistoni kertomusta kuunnellen itseäni, omia automaattisia ajatuksiani ja tunteitani, joita lääkärin sairaus minussa herättää. Dialoginen viitekehyseni rikkoo kuitenkin yksityisen ja yhteisen rajan ehdottomuuden; omat ajatukseni ja itseni kanssa käymäni keskustelut ovat neuvottelua, jota jaetut keskustelut ja kulttuuriset ajattelun mallit käyvät minussa. Keskustelen siis haastatteluaineistoni kautta lääkärin sairauden (ammatti)kulttuurisista ja myös sukupuolittuvista merkityksistä. Esitän, että elämäntarinan kertomisen

tehtävä antaa lääkärille tilaa kertoa omasta sairaudestaan tms. oman identiteettinsä osa, kun ammattikulttuurissa lääkärin sairauksista puhumisen perinne lähes puuttuu. Kertojani osoittavat, ettei oman ruumiin vajavaisuus välttämättä saa häpeän ja heikkouden merkitystä.

Mäenpää (2000) selvitti työterveyshuollon näkökulmasta lääkäreiden jaksamista ja stressiä vasten sitä lääkärin ja potilaan rooliristiriitaa, johon lääkäri sairastuessaan joutuu. Tarkastelussa jaksaminen nähtiin yhteydessä työn sisältöön, työyhteisöön ja ammattikulttuurisiin odotuksiin, joiden keskellä ”ratkaisevassa asemassa oli yksilö” tilanteiden tulkintoineen ja selviytymiskeinoineen (Mäenpää 2000, 57). Yksilö ja yhteisö nähdään vuorovaikutuksen kahtena osapuolena, jotka jatkuvasti vaikuttavat toisiinsa ja muuttavat toisiaan mutta joiden välinen raja on selvä: yksilö on yhteisön ja kulttuurin ympäröimä, tukema tai stressaama mutta siitä selkeästi erottuva piirteiden, kokemusten ja selviytymisstrategioiden kokonaisuus.

Mitä dialoginen tarkastelu näkee toisin? Yksilön ja yhteisön välinen raja muuttuu laadultaan ja tulee huokoiseksi; jaetut sanat (käsitukset, asenteet, teorit, kertomukset, selviytymisen strategiat) virtaavat rajan kummallakin puolella ja sen yli. Yhteisö ei enää *vaikuta* yksilöön, vaan yhteisö ja kulttuuri tulee yksilöksi joidenkin sanojen kiinnittyessä ruumiin rajaamaan kokonaisuuteen ja toisten sanojen virratessa ohi. Ruumiissa sanoista syntyvät kokemukset ja elämäkertomukset, myös kokemus ja kertomus omasta minästä. Yksilön raja ei silti sulkeudu koskaan, vaan kulttuuri virtaa häneen ja hänestä pois yhtä kauan kuin hengitys.

Tutkijalle tämä tarkoittaa asennetta, jonka mukaan hän kuuntelee kulttuuria silloinkin, kun haastattelee yksilöitä. Yhteisö ja kulttuuri kertovat kertomuksensa yksilöiden suulla, heidän omiksi kokemuksikseen ruumiillistuneina. Yksilön kertomus ja kokemus ei kuitenkaan ole yksi vaan monta, ristiriitaisakin – onhan hänellä käytössään koko kulttuurin kertomuskirjasto oman tarinansa malliksi (Somers 1994). Dialoginen tutkija ei tyypittele yksilöitä vaan kertomuksia.

Lääkärin sairaus on ideologinen dilemma (Billig ym. 1988; Radley & Billig 1996). Se on toisin sanoen ilmiö, jonka ymmärtämiseksi on tarjolla ristiriitaisia käsitteitä vaan ei ristiriidan lopullista ratkaisua. Yhtäältä on ihanne lääkäristä, jonka empatiakyky pohjautuu oman sairauden ja haavoittuvuuden kokemiselle ja läpikäymiselle (Frank 1995, xi; Kleinman 1988). Toisaalta lääkärin sairaus kantaa kaksinkertaisen häpeän merkitystä: sairaus tekee tyhjäksi hallinnan ja kaikkivoipaisuuden tavoitteet, jotka lääkäriin myös liitetään, ja se synnyttää vielä oman osaamattomuudenkin häpeän silloin, kun lääkäri tarvitsee itse lääkärin apua (Mäenpää 2000). Häpeä ei ole yksiselitteinen. Kerroin lääkärin omia ’sairauskertomuksia’ sisältävästä aineistostani psykiatriystävälleni, joka ei tunnistanut heikkouden häpeällisyyttä vaan kertoi päinvastoin useista

uupuneista ja sairauslomalle jääneistä kollegoistaan. Toisaalta Mäenpään väitöskirjasta voi lukea ennen kaikkea lääkärin heikkouden kieltämisen ja häpeän, jonka sai aikaan pelkkä istuminen työterveyshuollon odotushuoneessa tutkimushaastattelua varten.

Mäenpään työterveyshuollon lääkäriprojekti sai aluksi aikaan leimaantumisen pelon. Jo osallistuminen haastatteluun vihjasi oman haavoittuvuuden tunnustamista. Tällaisen aran ja dilemmaattisen aiheen tarkasteleminen dialogisesti voisi onnistuessaan olla keventävää, sillä siinä valokiilaan ei oteta sairastuneita tai uupumiselle alttiita yksilöitä, ei edes tavoitteena tunnistaa heidät (ns.) terveiden joukosta. Dialoginen asenne fokusoi kulttuuriin. Mallitarinat haavoittumattomasta sankarilääkäristä, empaattisesta auttajasta, työssään uupuneesta tai oman pitkäaikaisen sairautensa kanssa urallaan etenevästä lääkäristä voidaan asettaa rinnakkain. Silloin ne ikään kuin paljastavat ristiriitansa ilman, että tuo ristiriita on yksilöiden, yksittäisten lääkäreiden välinen vaiennettu kiista siitä, kuka lopulta on kunniallisin. Kertomuksia ei tarvitse kiinnittää yksilöihin, vaan ne ovat kaikkien yhteistä perintöä: jokainen voi antaa niiden virrata itseensä ja kiinnittyä oman identiteettinsä kertomukseen, jokaisen ehkä joskus täytyy. Samoin niiden välinen dilemma koskee jokaista lääkäriä, vaikka saakin aina ainutlaatuisen vivahteensa osana itse kunkin identiteettiä ja elämäntarinaa. Tällaisen koetun, yksilöllisen dilemman ratkaisu ei – dialogisesti ajatellen – ole yksilöllinen vaan yhteisen neuvottelun tulos (Emerson 1986, 32). Samalla tavoin ongelman torjunta ei – dialogisesti ajatellen – tapahdu yksilön mielen tiedostamattomaan vaan yhteisen dialogin ulkopuolelle ja pois tarinasta (Billig 1999; Freeman 2002a).

## 7.2. Voisiko professio olla dialogi?

Vaikka olen tutkimukseni kuluessa pohtinut paljon omasta elämästä kertomisen ja yksilöllisen identiteetin teoriaa ja kertomusaineiston analysoinnin metodiikkaa, on tutkimisen mieli koko ajan ollut myös mahdollisuudessa sanoa jotakin yleisempää muuttuvasta professionaaliseen maailmasta, jossa lääkärit parhaillaan identiteettejään rakentavat ja toteuttavat. Tämän sanomisen vaikeus on ollut siinä ylittämättömältä tuntuvassa vastakohtaisuudessa, jonka yhtenäisyyttä korostava professionäkökulma muodostaa suhteessa lääkärin yksilölliseen, koettuun todellisuuteen. Professio kuulostaa sanana teoreettiselta ja vieraalta käytännön työtä tekeväälle lääkärille – sille ei käsitteenä syntynyt sisältöä ainakaan oman lääkärikoulutukseni aikana 1980-90-lukujen taitteessa, eivätkä sitä käytä myöskään haastattelemiä nuoret lääkärit. 'Professionaali' ei ole nuoren lääkärin tyypillinen identiteettisana.

Sukupuolisensitiivisestä näkökulmasta perinteinen professionalismin ideologia on pitkälti maskuliinisia arvoja toteuttavaa. Ainakin se sisältää työhön sitoutumisen ja työn itsearvoisuuden (ks. Freidson 2001, 107-108), jotka helposti kääntyvät kaikki-tai-ei-mitään-periaatteelliseksi sitoutumiseksi työhön ja uraan. Professionaalinen ura puolestaan on sekä professionalismin ideologiassa että professioteorioissa perinteisesti nähty muusta elämästä irrallisena rakenteena, ja autonomia on liitetty ihanteena sekä uralla etenijään että koko ammattikuntaan. Eliot Freidsonia (2001) mukaillen profession ideaalimalli ei toteudu sellaisenaan missään, ei ole toisin sanoen olemassa professiota, joka täysin hallitsisi työnsä järjestelyn. Silti ideaalimalli ei ole vain teoreettinen ja empiirinen tutkijan työkalu, vaan sitoutumista, eettisyyttä, tieteellistä perustaa ja autonomiaa toistava ideaalimalli elää lääkärikunnankin keskusteluissa sinä myyttisenä ihanteena, johon omaa professiota ja professionaalisuutta verrataan sekä ammattikunnassa käydyissä yhteisissä keskusteluissa että jokaisen lääkärin omassa identiteetti-prosessissa.

Professionaali-sanan henkilökohtaisesta vieraudesta huolimatta ajattelen, että profession käsitteessä kohtaavat ja liukuvat toisikseen sanan professioteoreettiset, ammattikulttuuriset ja lääkäri-identiteetin yksilölliset merkitykset. Päätelen kirjani tarkastelemalla Duodecim-lehden pääkirjoitusta huhtikuun numerossa 8/2003. Kirjoitus on vuorosana lääkärikunnan dialogissa, jossa neuvotellaan ja puolustetaan lääkäriyden ideologista perustaa. Samalla teksti kertoo mallitarinaa lääkäri-lukijansa identiteetikertomukseksi, ja tässä siirtymässä näen dilemman mahdollisuuden: profession yhtenäisyyttä vaaliva näkökulma ei helposti tunnista elämän moninaisuutta ja erojen merkitystä. Pääkirjoitus on otsikoitu ja ingressoitu näin:

Lääkärin työ muuttuu – miten käy profession?

Lääkäriprofessiota pitää vaalia, kehittää ja sovittaa nyky-yhteiskuntaan.

Otsikko rakentaa yhteyden profession ja lääkärin konkreetin työn välille. Kirjoitus toivoo keskustelua siitä, ”mikä on lääkäriyden olemus ja sisältö muuttuvassa maailmassa”, jossa lääkärin mahdollisuudet toteuttaa eettisyyttä hoitoratkaisuissaan näyttävät yhä rajallisemmilta. Tämän keskustelun tärkeyttä kyseenalaistamatta luen kirjoitusta tietoisesti hiukan toisin, kysyen, millaista on se eettinen professionaalisuus, joka tarjotaan lääkäri-identiteetin perustaksi. Kirjoituksessa professio määritellään ”yhtenäiseksi ammattikunnaksi, jolla on selkeät ammattieettiset velvoitteet ja tarkoin määritetty rooli yhteiskunnassa”; ”äärimmillään (professio on) myös moraalisen arvon sisältävä elämäntapa – kutsumus”. Professio rakennetaan nytkin eettisyyden ja moraalin perustalle, ja tämän perustan säilyttäminen on kirjoituksessa kuvattu haaste, jonka

eteen lääketieteen teknologian kehitys ja yhteiskunnan yleinen muuttuminen asettavat lääkäriprofession ”tuhoutumisen” uhalla. Uhat jaetaan kahtia ulkoi- siin ja sisäisiin, joista ensin mainitut liittyvät terveydenhuollon kustannusten kasvuun ja lääkärin uuteen rooliin rahavirtojen ohjailijana ja säännöstelijänä: taloudelliset arvot uhkaavat syrjäyttää potilaan ja ammattietiikan. Sisältä päin professiota nakertavat yhteiskunnan arvoista ”egoismin korostuminen, oikeus itsensä toteuttamiseen ja ammatin kutsumuksellisen luonteen häviäminen”.

Kyseenalaistamatta yhteiskunnan murrosten vaikutusta professioihin kysy- myksen ”lääkäriyden olemuksesta” voi kääntää pääläelleen, ja se on ehkä myös tehtävä, jos haluaa ylittää profession ja lääkäriyksilön välisen käsitteellisen ja kokemuksellisen kuilun. Jos ihanteellinen professio ymmärretään pääkir- joituksen tavoin yhtenäisenä ammattikuntana ja lääkäriys kutsumuksellisena elämäntapana, ”omien ja muiden etujen toissijaistamisena” potilaan parhaaksi sekä itsen toteuttamisen tarpeesta luopumisena, millaista lääkäriä silloin rakennetaan? Omilla ja muiden eduilla viitataan tässä ymmärtääkseni ennen kaikkea taloudellisten etujen mahdolliseen ristiriitaan, mutta kuten pohdin edellä (esim. s. 243), omista taloudellisista eduistakin huolehtiminen näyttäytyy eri näkökulmasta lääkärin elämänkokonaisuudesta käsin. Millaista *lääkäriä* kohdellaan eettisesti hyväksyttävällä tavalla, jos ihannoidaan ammatin kut- sumusluonnetta? Ei ainakaan sellaista, jolla on kotona pienet lapset tai muita huolehdittavia kilpailemassa potilaiden kanssa etujen ensisijaisuudesta, eikä ehkä ylipäätään ihmistä, jonka rajallisuus pyytää enemmän tai myöhemmin kuulemaan myös oman ruumiin ja mielen etuja ja tarpeita. Vastaavasti lääkä- rityttömyysvaiheessa profession yhtenäisyyden säilyttäminen tarkoitti työt- tömän lääkärin mieltämistä ulos ammattikunnan ytimestä siihen epäilyttävään marginaaliin, jossa epäeettinen, ei-tieteellinen ja omia etuja ajava toiminta tuli mahdolliseksi. Professio suhtautui hetkittäin epäeettisesti omiin nuoriin, työttömyyden uhkaamiin jäseniinsä.

Kuka suhtautuu silloin, kun professio suhtautuu, ja ketä uhataan, kun uhat- tuna on professio? Ei-olemuksellisenä tarkastellen professio on ammatillinen puhetapa, joka kantaa mukanaan klassisen professiotutkimuksen luomaa ihanteellista kuvaa ammatista (Henriksson 2000, 88). Profession voi ajatella (samoin kuin olen väitöskirjani eri vaiheissa ajatellut niin identiteetin kuin sukupuolenkin) ilmiönä, jolle jatkuvasti annetaan uusia ja uudelleen vanhoja merkityksiä siitä puhuttaessa ja siihen viitattaessa. Sekä profession sisäpuoli- siksi määritellyt että sen ulkopuoliset toimijat muodostavat professiota koko ajan käyttäessään sitä käsitteenä, joka selittää heidän omaa toimintaansa tai toisten sanoja ja tekoja. Professio on kuin dialogi tai vuorovaikutus, joka on olemassa niin kauan kuin se jatkuu, todellisena ja konkreettina, mutta mah- dottomana kuvata tyhjentävästi.

Tästä näkökulmasta viittaamani Duodecimien pääkirjoitus ei ole niinkään kuvaus siitä, mitä lääkäriprofessionille on tapahtumassa nyky-yhteiskunnassa, vaan se on arvostetun profession sisäpuolisen kirjoittajan rakentama jäsenyksen tilanteesta, jossa suuri osa profession perinteisesti liitettyistä arvoista on vaarassa muuttua käyttökeltomiksi lääkärin työn perusteluina. Hän tunnistaa tarpeen ”sovittaa (profession) nyky-yhteiskuntaan”, mutta samalla hänen huolensa etiikan ja moraalin puolesta saa hänet kärjistämään argumentaationsa vastakkainasetteluksi uuden (taloudellisten arvojen, yksilöllisyyden korostamisen) ja perinteisen (kutsumusetiikan) välille, eikä tekstiin jää kunnolla tilaa uudenlaisten eettisyyden muotojen neuvottelulle.

Ajattelen, että profession mieltäminen jatkuvana rakennus- ja muutostyönä, johon jokainen lääkäri on osallinen, arkistaa profession käsitettä hyvällä tavalla. Näin ymmärrettynä professionaalisuus voisi tulla osaksi myös sitä sisäistä dialogia, jota lääkäri käy itsessään tehdessään ratkaisuja työssään, urallaan ja elämässään. Jokaisen lääkärin nähtäisiin etsivän omaan tyyliinsä ja elämäkertansa sopivia eettisyyden ja ammatillisuuden merkityksiä sen sijaan, että professionaalisuus tarjoutuu myyttisenä ja kyseenalaistamattomana ihanteena, joka ei salli muita tapoja sitoutua ja toimia eettisesti kuin ”antautua lääketieteelle”, kuten eräs haastattelemistani lääkäreistä kertoi opiskelijana saaneensa ohjeeksi lääkäriopettajalta.

Olen tutkimuksessani perustellut sekä teoriasta että aineistostani käsin identiteetin ymmärtämistä dialogina, jossa identiteetin ainekset (tarinat, ’äänet’, teorit) ja sanat omille kokemuksille löytyvät yhteisestä kulttuurista ja jossa yksilön ja sosiaalisen, ’sisäisen’ ja ’ulkoisen’ todellisuuden raja on kuin huokoinen kalvo, jonka molemmilla puolilla dialogi jatkuu. Keskustelu, jota lääkärikunta kävi työttömyysuhan vaiheessa ammattilehdissään ja muilla julkisilla foorumeilla, kuvasi äärimmillään nuoren, työttömän lääkärin pelinappulana tai hanttihommiin ajautuvana ammattikunnan eettisen selkärangan murtajana, oli tarkoitettu perustelemaan toimenpiteitä työttömyyden vähentämiseksi, mutta se asettui myös osaksi nuoren lääkärin omaa identiteettiprosessia ja pakotti suhteuttamaan omaa ammatillista itseä karuun uhkakuvaan.

Tätä kirjoittaessani lääkäriytyöttömyys on kääntynyt jälleen lääkäripulaksi, mutta työttömyydestä toipumisvaiheessa vuosina 1996-98 haastattelemani lääkärit suhteuttivat itseään siihen usein tavalla, josta voi aueta uudenlaisen professionaalisuuden mahdollisuus suhteessa yhteen professiota määrittäväksi ajateltuun seikkaan, nimittäin autonomiseen, suoraviivaiseen uraan. Lääkärit ottivat ammattikunnan työttömyyskeskustelussa käytetyn ’ajautumisen’ käsitteen omakseen, joskus aivan kirjaimellisesti, mutta muuttivat sen merkityksen ja arvolatauksen. Heille työttömyys tuli merkitsemään paitsi uhkaa myös mahdollisuutta antaa elämän virran viedä sinne, minne ei olisi osannut edes suunnistaa ilman sattuman ohjausta. Kun uran luominen perinteisessä suora-

viivaisessa merkityksessä näytti vielä haastatteluiden aikaan vaikealta tai jopa mahdottomalta, lääkärit saattoivat kertoessaan antaa tilaa äänelle, joka kannusti etsimään omalta tuntuva tietä. Työhön sitoutumisen myyttisen kaikki-tai-ei-mitään-periaatteen moniäänistäminen haastaa perinteisen maskuliinisen professionaalihanteen, mutta se ei ole vain naisten esittämä haaste. Isobel Allenin (1988) kattava tutkimus brittilääläkäreistä käynnistyi naislääkäriin uran tutkimuksena, mutta päätyi painottamaan kaikkein lääkärien uria ja tarvetta muuttaa perinteistä urarakennetta siten, että se sallii henkilökohtaisen elämän sitoumukset ja uran ei-suoraviivaisuuden.

Luen tutkimukseni eri aineistoista esiin dialogia, jota nuoret lääkärit käyvät työhön sitoutumisen ja muiden sitoumusten – olivatpa ne omiin tarpeisiin tai perheeseen – välillä. Näissä identiteettineuvotteluissa korostuvat ne kysymykset, jotka Duodecimin pääkirjoituksessa mainitaan profession sisältä tulevana uhkina: egoismin korostuminen, oikeus itsensä toteuttamiseen ja ammatin kutsumuksellisen luonteen häviäminen. Nuoren lääkärin elämäntarinan kontekstissa ne vain saavat erilaisen merkityksen kuin ammattilehden pääkirjoituksessa, ja esimerkiksi 'egoismin' tulkitsen tyypillisimmin kääntyvän elämäntarinaa päättäväsyydeksi antaa tilaa ja aikaa lapsille ja perheelle. Itsen toteuttamisen teema on toinen, jota lääkärikertojat keskusteluttavat työhön sitoutumisen asteen kanssa, mutta se ei koskaan saa ammattieettisyyttä kyseenalaistavaa merkitystä. Pikemminkin päinvastoin. Itsen toteuttaminen on mahdollista ja tavoitteena paitsi työn ulkopuolisessa elämässä myös työssä, ja tällaisen omista tarpeista lähtevän sitoutumisen voi paikoin kuulla rakentavan vahvan pohjan eettiselle, ulkoapäin asetettuja vaatimuksia kriittisesti tarkastelevalle lääkäriydelle.

Tarkastelemassani Duodecimin pääkirjoituksessa professionaalinen eettisyyden ulkoiseksi uhaksi määritelty lääketieteen kehityksen, hoidon tarpeen lisääntymisen ja resurssien rajallisuuden epäsuhta ei ole keskeinen identiteettidialogi tai –dilemman paikka haastattelu- tai avovastausaineistoissani, mutta on sitä lääkäriyöttömyyskirjoituksista lukemassani ammattikunnan yhteisessä identiteettityössä, jossa oli kyse nimenomaan taloudellisten arvojen uhkaamasta lääkäriydestä. Kyse ei kuitenkaan ole siitä, että taloudellisuuspyrkimysten tuomat arvoriistiriidat olisivat lääkärin yksilöllisen identiteetin ulkopuolisia dilemmoja siinä, missä suhde egoismiin ja itsen toteuttamiseen kuuluisivat yksilön sisään. Dialogisessa viitekehityksessä nämä kaikki keskustelut virtaavat sekä yhteisessä että yksilöllisessä merkitysmaailmassa ja asettuvat osaksi sekä profession että yksittäisen lääkärin identiteettineuvottelua. Enemminkin kyse on siitä, että elämäntarinan kertomisen traditio ja tilanne kutsuvat esiin tiettyjä, yksilöön keskittyviä tarinamalleja. Uskon, että jos aineistonani olisi ollut lääkäreiden työnsä lomassa työstään kertomat tarinat, niistä olisi voinut lukea taloudellisuuden ristiriidan merkitseviä lääkäri-identiteettejä. Tämä olisi



yksi jatkotutkimuksen paikka, ja uskon dialogisuuden antavan menetelmällisiä eväitä tutkia lääkärin työminän dialogisuutta, moniäänisyyttä ja ristiriitaisuutta omaelämäkerrallisen minuuden ohella (ks. Engeström 1999).

Siitä, että sekä yksilön sisäiseksi että ulkoiseksi mielletyt arvodilemmat kuuluvat sisään ja ulos, seuraa kaksi asiaa. Ensinnäkin siitä seuraa eettinen vaatimus muistaa sanojen merkitys lääkärin minuuksien rakentajina silloinkin, kun ammatillisissa ja poliittisissa yhteyksissä keskustellaan profession kohtalosta. Jos professiota rakennetaan perinteisistä eettisistä arvoista, jotka eivät toteudu lääkärin elämässä nyky-yhteiskunnassa, luodaan professionaalisuutta, joka on etäistä ja vierasta lääkärin käsitykselle ja kokemukselle omasta ammatillisuudestaan. Lääkäri 98 -tutkimuksessa vastaajien tärkein arvo elämässä on perhe, ja elämäkertojen yksilöllisyyttä ja omien sitoumusten tekemisen välttämättömyyttä korostava yhteiskunta on se, jossa Ulrich Beckin (1995) mukaan elämme. Professio tarvitsee ennen kaikkea dialogia, jossa etsitään uutta sisältöä eettisyyden, autonomian ja sitoutumisen ihanteille.

Toiseksi yksilön ja yhteisön rajan huokoisuudesta seuraa se, että yksilöllisiksi mielletyt identiteettidilemmat ovat myös yhteisiä pulmia. Lääkärin sairauden tai ruumiillisen tai henkisen vajavuuden häpeällisyys tai arkielämän palapelit työn, perheen ja muiden sitoumusten yhdistämiseksi eivät ole pelkästään yksilöllisen työstämisen tehtäviä tai jokaisen omia ratkaisuja, sillä niitä tehdessään lääkäri samalla pyrkii kertomaan arvokasta lääkärin tarinaa, jonka esittämällä hän tulee tunnistetuksi ja tunnustetuksi osaksi ammatillista yhteisöään ja profession sisäpuolta. Professionaalista keskustelua siitä, millaiset urat ja palapelit ovat hyväksyttäviä ja miten ne ovat yhdistettävissä lääkäriyteen, professionaalisuuteen, ammattietiikkaan ja säilyvään ammattitaitoon käydään hyvin vähän, vaikka se voi olla edellytys professiolle, joka suhtautuu eettisesti ja kollegiaalisesti kolleegaan kaikenlaisissa elämänvaiheissa.

## Lähdekirjallisuus

- Aaltonen, Tarja (2002): Sanatonko tarinaton? Afaatikon intersubjektiiivinen maailma ja kertoen rakentuva identiteetti. Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja A:5. MSS, Helsinki
- Abbott Andrew (1988): The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. The University of Chicago Press, Chicago
- Achté, Kalle (1993): Kun lääkäri sairastuu. WSOY, Juva
- Achté, Kalle; Alanen, Yrjö & Tienari, Pekka (1989): Psykiatria 1. WSOY, Juva, 7.p.
- Ailus, Kirsi (1993): PWG:n kevätkokous: Lääkärit työaikalainsäädännön piiriin! Nuori Lääkäri 30(6-7): 16-17
- AL (2002): Kirurgi Teittinen taisteli kolmessa sairaalassa. Sydämen valinnat. Aamulehti 20.10.2002, ss. 1, 17-18
- Allen, David G. (1987): Professionalism, Occupational Segregation by Gender and Control of Nursing. Kirjassa The Politics of Professionalism, Opportunity, Employment, and Gender, ss. 1-24. Sarah Slavin (toim.). The Haworth Press, New York
- Allen, Isobel (1988): Doctors and Their Careers. Policy Studies Institute, London
- Anderson, Pamela (1998): Tracing Sexual Difference: Beyond the *Aporia* of the Other. Konferenssiesitys 20<sup>th</sup> World Congress of Philosophy, Boston, Massachusetts 10.-15.8.1998. Verkossa (15.04.2004) osoitteessa <http://www.bu.edu/wcp/Papers/Gend/GendAnde.htm>
- Andersson, Claes (2002): Luova mieli. Kirjoittamisen vimma ja vastus. Kirjapaja, Helsinki
- Antonovsky, Aaron (1987a): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass, San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1987b): Health Promoting Factors at Work: The Sense of Coherence. Kirjassa Psychosocial Factors at Work and Their Relation to Health, ss. 153-167. R. Kalimo, M.A. El-Batawi & C.L. Cooper (toim.). World Health Organization, Geneva
- Antonovsky, Aaron (1993a): The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science & Medicine 36: 725-733.
- Antonovsky, Aaron (1993b): Complexity, Conflict, Chaos, Coherence, Coercion and Civility. Social Science & Medicine 37: 969-981
- Antonovsky, Aaron (1996): The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective. Israel Journal of Medical Sciences 32: 170-178.

- Anttonen, Anneli (1994): Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot. Kirjassa Naisten hyvinvointivaltio, ss. 203-226. Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Anttonen, Anneli; Lempäinen, Kirsti & Liljeström, Marianne (toim.) (2000): Feministejä – Aikamme ajattelijoita. Vastapaino, Tampere
- Arajärvi, Terttu & Varilo, Esko (toim.)(1991): Lastenpsykiatria tänään. Weilin+Göös, Tampere, 3. uud. p.
- Bakhtin, Mikhail (1981): Discourse in the Novel. Kirjassa The Dialogic Imagination. Four Essays by M. M. Bakhtin, ss. 259-422. Michael Holquist (toim.). University of Texas Press, Austin
- Bakhtin, Mikhail (1984): Problems of Dostoevsky's Poetics. Theory and History of Literature Vol. 8. Caryl Emerson (toim.). University of Minnesota Press, Minneapolis
- Bakhtin, Mikhail (1986): Speech Genres and Other Late Essays. Caryl Emerson & Michael Holquist (toim.). University of Texas Press, Austin
- Bal, Mieke (1997): Narratology: Introduction to the Theory of Narrative. University of Toronto Press, Toronto, 2. p.
- Balint, Michael (1957): The Doctor, His Patient and the Illness. Pitman, London
- Barthes, Roland (1994): Mytologioita. Gaudeamus, Tampere
- Bauman, Zygmunt (1996): Postmodernin lumo. Vastapaino, Tampere
- Beck, Ulrich (1995): Poliitiikan uudelleen keksiminen: kohti refleksiivisen modernisaation teoriaa. Kirjassa Ulrich Beck, Anthony Giddens & Scott Lash: Nykyajan jäljillä: refleksiivinen modernisaatio, ss. 11-82. Vastapaino, Tampere
- Benjamin, Jessica (1990): The Bonds of Love. Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination. Virago Press, Lontoo
- Benjamin, Jessica (1998): Shadow of the Other. Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis. Routledge, New York
- Billig, Michael (1999): Freudian Repression. Conversation Creating the Unconscious. Cambridge University Press, Cambridge
- Billig, Michael; Condor, Susan; Edwards, Derek; Gane, Mike; Middleton, David & Radley, Alan (1988): Ideological Dilemmas. A Social Psychology of Everyday Thinking. Sage, London
- Bochner, Arthur (2001): Narrative's Virtues. Qualitative Inquiry 7: 131-157
- Booth, Wayne C. (1974): A Rhetoric of Irony. University of Chicago Press, Chicago
- Bordo, Susan (1993): Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body. University of California Press, Berkeley
- Braidotti, Rosi (1994): Nomadic Subjects. Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory. Columbia University Press, New York
- Braidotti, Rosi (2002): Kvinna-i-tillblivelse. Könsskillnaden på nytt. Kvinnovetenskaplig tidskrift 23(4): 5-26
- Bruner, Jerome (1990): The Acts of Meaning. Harvard University Press, Cambridge
- Burke, Kenneth (1984): Attitudes toward History. University of California Press, Berkeley, 3.p.

- Cassell, Joan (1998): *The Woman in the Surgeon's Body*. Harvard University Press, Cambridge
- Chamberlayne, Prue; Bornat, Joanna & Wengraf, Tom (toim.)(2000): *The Turn to Biographical Methods in Social Science: Comparative Issues and Examples*. Routledge, London
- Chambers, Ruth & Campbell, Ian (1996): Gender Differences in General Practitioners at Work. *British Journal of General Practice* 46: 291-293
- Charmaz, Kathy (1994): Identity Dilemmas of Chronically Ill Men. *Sociological Quarterly* 35: 269-288
- Chase, Susan (1995): Taking Narrative Seriously. Consequences for Method and Theory in Interview Studies. Kirjassa *Interpreting Experience. The Narrative Study of Lives* Vol. 3, ss. 1-26. Ruthellen Josselson & Amia Lieblich (toim.). Sage, Thousand Oaks, CA
- Chidambaram, S. Muthu (1993): Sex Stereotypes in Women Doctors' Contribution to Medicine: India. Kirjassa *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, ss. 13-26. Elianne Riska & Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Chodorow, Nancy (1978): *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. University of California Press, Berkeley
- Code, Lorraine (1993): Taking Subjectivity into Account. Kirjassa *Feminist Epistemologies*, ss. 15-48. Linda Alcoff & Elizabeth Potter (toim.). Routledge, New York
- Conley, Frances K. (1998): *Walking Out on the Boys*. Farrar, Straus and Giroux, New York
- Crossley, Nick (1996): *Intersubjectivity: the Fabric of Social Becoming*. Sage, London
- Davies, Celia (1995): *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Open University Press, Buckingham
- Davies, Celia (1996): The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology* 30: 661-678
- Davis, Kathy (1997): Embodiment Theory. Beyond Modernist and Postmodernist Readings of the Body. Kirjassa *Embodied Practices. Feminist Perspectives on the Body*, ss. 1-23. Kathy Davis (toim.). Sage, London
- De Lauretis, Teresa (1987): *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film, and Fiction*. Indiana University Press, Bloomington
- Denzin, Norman K. (1989a): *Interpretive Interactionism. Applied Social Research Method Series Vol 16*. Sage, Newbury Park, CA
- Denzin, Norman K. (1989b): *Interpretive Biography. Qualitative Research Methods Series Vol 17*. Sage, London
- de Peuter, Jennifer (1998): The Dialogics of Narrative Identity. Kirjassa *Bakhtin and the Human Sciences: No Last Words*, ss. 30-48. Michael Mayerfeld Bell & Michael Gardiner (toim.). Sage, London
- Edelstein, E.L. & Beider, L. (1982): Role Reversal: When Doctors Become Patients. *Psychiatria Clinica* 15: 177-183

- Elston, Mary Ann (1993): Women Doctors in a Changing Profession: The Case of Britain. Kirjassa Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour, ss. 27-61. Elianne Riska & Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Emerson, Caryl (1984): Editor's Preface. Kirjassa Bakhtin, Mikhail: Problems of Dostoevsky's Poetics. Theory and History of Literature Vol. 8, ss. xxix-xliii. Caryl Emerson (toim.). University of Minnesota Press, Minneapolis
- Emerson, Caryl (1986): The Outer Word and Inner Speech: Bakhtin, Vygotsky, and the Internalization of Language. Kirjassa Bakhtin. Essays and Dialogues on His Work, ss. 21-39. Gary Saul Morson (toim.). University of Chicago Press, Chicago
- Engeström, Ritva (1999): Toiminnan moniäänisyys: Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista. Helsinki University Press, Helsinki
- Eriksson, Kristina (2003): Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor. Kön- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik. Förlags Ab Gondolin, Stehag
- Eriksson, Kristina & Eriksson, Maria (2002): "Kön har ingen betydelse men könsblandning är bra": "könsgörande" i två professionella sammanhang. Kvinnovetenskaplig tidskrift 23(1): 53-72
- Eräsaari, Leena; Julkunen, Raija & Silius, Harriet (toim.) (1995): Naiset yksityisen ja julkisen rajalla. Vastapaino, Tampere
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere
- Estés, Clarissa Pinkola (1999): Kvinnor som slår följe med vargarna. Myter och sagor om vildkännans arketyper. Wahlström & Widstrand, Stockholm
- Forsius, Arno (2003): Lääkärin ammatillisen autonomian kehitysvaiheita. Suomen Lääkärilehti 58: 2887-2891
- Fox, Nicholas J. (1992): The Social Meaning of Surgery. Open University Press, Milton Keynes
- Frank, Arthur W. (1993): The Rhetoric of Self-change: Illness Experience as Narrative. The Sociological Quarterly 34: 39-52
- Frank, Arthur W (1995): The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics. University of Chicago Press, Chicago
- Freeman, Mark (1993): Rewriting the Self. History, Memory, Narrative. Routledge, New York
- Freeman, Mark (1998): Experience, Narrative, and the Relationship Between Them. Narrative Inquiry 8: 455-466
- Freeman, Mark (1999): Culture, Narrative, and the Poetic Construction of Selfhood. Journal of Constructivist Psychology 12: 99-116
- Freeman, Mark (2002a): Charting the Narrative Unconscious: Cultural Memory and the Challenge of Autobiography. Narrative Inquiry 12: 193-211
- Freeman, Mark (2002b): The Burden of Truth: Psychoanalytic *Poiesis* and Narrative Understanding. Kirjassa Strategic Narrative: New Perspectives on the Power of Personal and Cultural Stories, ss. 9-27. Wendy Patterson (toim.). Lexington Books, Lanham

- Freeman, Mark (2003a): Myth, Memory, and the Moral Space of Autobiographical Narrative. Plenary speech presented in 2nd Tampere Conference on Narrative: Narrative, Ideology and Myth. Tampere 28.06.2003
- Freeman, Mark (2003b): Identity and Difference in Narrative Inquiry: A Commentary on the Articles by Erica Burman, Michele Crossley, Ian Parker, and Shelley Selater. *Narrative Inquiry* 13: 331-346
- Freidson, Eliot (2001): *Professionalism. The Third Logic*. The University of Chicago Press, Chicago
- Frosh, Stephen (1994): *Sexual Difference. Masculinity & Psychoanalysis*. Routledge, London
- Gersie, Alida (1997): *Reflections on Therapeutic Storymaking. The Use of Stories in Groups*. Jessica Kingsley Publishers, London
- Gherardi, Silvia (1994): The Gender We Think, The Gender We Do in Our Everyday Organizational Lives. *Human Relations* 47: 591-610
- Gherardi, Silvia (1995): *Gender, Symbolism and Organizational Cultures*. Sage, London
- Gilligan, Carol (1982): In a Different Voice. *Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press, Cambridge
- Gjerberg, Elisabeth (2002a): Kvinner i norsk medisin – mot full integrering. En studie av kjønnsdifferensieringen i legers spesialitetsvalg. *Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo*
- Gjerberg, Elisabeth (2002b): Gender Similarities in Doctors' Preferences – and Gender Differences in Final Specialisation. *Social Science & Medicine* 54: 591-605
- Gjerberg, Elisabeth & Kjølørød, Lise (2001): The Doctor-Nurse Relationship: How Easy Is It to Be a Female Doctor Co-operating with a Female Nurse? *Social Science & Medicine* 52: 189-202
- Greenhalgh, Trisha & Hurwitz, Brian (1998): *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books, London
- Greimas, Algirdas Julien (1980): *Strukturaalista semantiikkaa*. Gaudeamus, Helsinki
- Greimas, Algirdas Julien (1987a): A Problem of Narrative Semiotics: Objects of Value. *Kirjassa On Meaning. Selected Writings in Semiotic Theory*. University of Minnesota Press, Minneapolis
- Greimas, Algirdas Julien (1987b): Actants, Actors and Figures. *Kirjassa On Meaning. Selected Writings in Semiotic Theory*. University of Minnesota Press, Minneapolis
- Grosz, Elizabeth (1990): *Jacques Lacan. A Feminist Introduction*. Routledge, London
- Grosz, Elizabeth (1993): Bodies and Knowledges: Feminism and the Crisis of Reason. *Kirjassa Feminist Epistemologies*, ss. 187-215. Linda Alcoff & Elizabeth Potter (toim.). Routledge, New York
- Gurevitch, Zali (2000): Plurality in Dialogue: A Comment on Bakhtin. *Sociology* 34: 243-263

- Hahn, Robert A. (1985): *Between Two Worlds: Physicians as Patients*. *Medical Anthropology Quarterly* 16: 87-98
- Halila, Hannu (1998): *Finland. Kirjassa Medicine and Medical Education in Europe: The Eurodoctor*, ss. 148-169. Gunther Eysenbach (toim.). Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Hamburger, Jean (1977): *Ihmisen mahti ja hauraus. Tutkielma lääketieteen ja ihmisen muodonmuutoksista*. WSOY, Porvoo
- Haraway, Donna (1991): *Situated knowledges: Science question in feminism and the privilege of partial perspective*. Kirjassa *Simians, cyborgs, and women. The reinvention of nature*, ss. 183-201. Free Association Books, London
- Heino, Juha; Virtanen, Pekka; Halila, Hannu & Luhtala, Riitta (1995): *Yli puolet valmistuvista lääkäreistä vailla työkokemusta*. *Suomen Lääkärilehti* 50: 3345-3348
- Heinämaa, Sara (1996): *Ele, tyylä ja sukupuoli. Merleau-Pontyn ja Beauvoirin ruumiin-fenomenologia ja sen merkitys sukupuolikysymykselle*. Gaudeamus, Tampere
- Heinämaa, Sara (1997): *Ero ja etäisyys: Luce Irigaray ja filosofisen itsekritiikin perinne*. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, ss. 37-55. Sara Heinämaa, Martina Reuter & Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Heinämaa, Sara (2000): *Ihmetys ja rakkaus. Esseitä ruumiin ja sukupuolen fenomenologiasta*. Nemo, Helsinki
- Heinämäki, Elisa (1997): *Toistosta tanssiin: naisen esittäminen Luce Irigarayn mukaan*. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, ss. 82-101. Sara Heinämaa, Martina Reuter & Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Heiskanen, Tuula & Rantalaiho, Liisa (1997): *Persistence and Change of Gendered Practices*. Kirjassa *Gendered Practices in Working Life*, ss. 191-196. Liisa Rantalaiho & Tuula Heiskanen (toim.). Macmillan Press, Hampshire
- Henriksson, Lea (1994): *Ammatillisen sisaruuden uudet jaot – sota terveystyön taitekohtana*. Kirjassa *Naisten hyvinvointivaltio*, ss. 97-127. Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Henriksson, Lea (1998): *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. *Stakes, Tutkimuksia* 88, Helsinki
- Henriksson, Lea (2000): *Professiot ja sukupuolten välinen työnjako terveystyössä*. Kirjassa *Terveys sosiologian suuntauksia*, ss. 85-103. Ilka Kangas, Sakari Karvonen & Annika Lillrank (toim.). Gaudeamus, Helsinki
- Henriksson, Lea (2001): *Gendering the Theories on Professions – Five Narratives*. Kirjassa *Gender Perspectives on Vocational Education. Historical, Cultural and Policy Aspects*, ss. 305-329. Philipp Gonon, Kurt Haefeli, Anja Heikkinen & Iris Ludwig (toim.). Peter Lang, Bern
- Herndl, Diane Price (1991): *The Dilemmas of a Feminine Dialogic*. Kirjassa *Feminism, Bakhtin, and the Dialogic*, ss. 7-24. Dale M. Bauer & S. Jaret McKinstry (toim.). State University of New York Press, Albany
- Honkasalo, Marja-Liisa (1993): *Kipeät ruumiit*. Kirjassa *Tieteen huolet, arjen ihmeet*, ss. 92-105. Päivi Korvajärvi, Ritva Nätkin & Antti Saloniemä (toim.). Vastapaino, Tampere

- Honkasalo, Marja-Liisa (1994): Miten naiset kirjoittavat vaivoistaan – omaelämäkertamenetelmän mahdollisuuksista terveystutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31; 41-48
- HS (1986): Lääketieteen opiskelijat vastustavat mieskiintiötä. *Helsingin Sanomat* 09.02.1986, s. 8
- Hunter, Kathryn (1991): *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton University Press, Princeton, NJ
- Huttunen, Jouko (1999): Muuttunut ja muuttuva isyys. Kirjassa *Mies ja muutos. Kriittisen miestutkimuksen teemoja*, ss. 169-193. Arto Jokinen (toim.). Tampere University Press, Tampere
- Huttunen, Laura (2002): Kotona, maanpaossa, matkalla: kodin merkitykset maahanmuuttajien omaelämäkerroissa. *Suomalaisen Kirjallisuuden Seura*, Helsinki
- Hydén, Lars-Christer (1995): The rhetoric of recovery and change. *Culture, Medicine and Psychiatry* 19:73-90
- Hypölä, Harri (toim.)(2000): *Lääkäri 98*. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987-1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aiemmin. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja* 2000:10, Helsinki
- Hyvärinen, Matti (1994): *Viimeiset taistot*. Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti (1997): Rhetoric and Conversion in Student Politics: Looking Backward. Kirjassa *Interpreting the Political: New Methodologies*, ss. 18-38. Terrell Carver & Matti Hyvärinen (toim.). Routledge, London
- Hyvärinen, Matti (1998a): Thick and Thin Narratives: Thickness of Description, Expectation, and Causality. Kirjassa *Cultural Studies: A Research Volume Vol 3*, ss. 149-174. Norman Denzin (toim.). JAI Press, Stamford
- Hyvärinen, Matti (1998b): Lukemisen neljä käännettä. Kirjassa *Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa*, ss. 311-336. Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen & Anni Vilkkö (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti (1998c): Jörn Donnerin matka ja paluu. Kirjassa *Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa*, ss. 125-152. Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen & Anni Vilkkö (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti; Peltonen, Eeva & Vilkkö, Anni (1998): Johdanto. Kirjassa *Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa*, ss. 7-25. Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen & Anni Vilkkö (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hyvärinen, Matti; Kurunmäki, Jussi; Palonen, Kari; Pulkkinen, Tuija & Stenius, Henrik (2003): Johdanto. Kirjassa *Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria*, ss. 9-17. Matti Hyvärinen, Jussi Kurunmäki, Kari Palonen, Tuija Pulkkinen & Henrik Stenius (toim.). Vastapaino, Tampere
- Hänninen, Vilma (1996): Coping with Unemployment as Narrative Reorientation. *Nordiske Udkast* 24: 19-32
- Hänninen, Vilma (1999): Sisäinen tarina, elämä ja muutos. *Acta Universitatis Tamperensis* 696, Tampereen yliopisto, Tampere
- Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (toim.) (1998): *Kunnon tarinoita: Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Kuntoutussäätien tutkimuksia* 59/98, Helsinki



- Irigaray, Luce (1985a): *Speculum of the Other Woman*. Cornell University Press, Ithaca, New York.
- Irigaray, Luce (1985b): *This Sex Which Is Not One*. Cornell University Press, Ithaca, New York
- Irigaray, Luce (1991): *The Irigaray Reader*. Margaret Whitford (toim.) Blackwell, Oxford
- Irigaray, Luce (1996a): *Sukupuolieron etiikka*. Gaudeamus, Tampere
- Irigaray, Luce (1996b): *I love to You. Sketch of a Possible Felicity in History*. Routledge, London
- Irigaray, Luce (2002): *Between East and West. From Singularity to Community*. Columbia University Press, New York.
- Johnson, Malcolm (1983): *Professional Careers and Biographies*. Kirjassa *The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others*, ss. 242-262. Robert Dingwall & Philip Lewis (toim.). Macmillan Press, Lontoo
- Josselson, Ruthellen (1995a): *Imagining the Real: Empathy, Narrative, and the Dialogic Self*. Kirjassa *Interpreting Experience. The Narrative Study of Lives Vol 3*, ss. 27-44. Ruthellen Josselson & Amia Lieblich (toim.). Sage, Thousand Oaks
- Josselson, Ruthellen (1995b): *Narrative and Psychological Understanding*. *Psychiatry* 58: 330-343
- Julkunen, Raija (1994): *Suomalainen sukupuolimalli – 1960-luku käänteenä*. Kirjassa *Naisten hyvinvointivaltio*, ss. 179-201. Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Julkunen, Raija (2001): *Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Vastapaino, Tampere
- Julkunen, Raija (2003): *Uusinstitutionalismien jäljillä*. Kirjassa *Instituutit ja sosiaalipoliittikka*. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen, ss. 19-40. Juhon Saari (toim.). Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki
- Järnefelt, Arvid (1992): *Vanhempieni romaani*. WSOY, Juva, 6.p.
- Karjalainen, Kerkko & Kotkavirta, Jussi (2001): *Narratiivinen lääketiede: mitä se on ja miksi se on tärkeää?* *Suomen Lääkärelehti* 56: 5138-5141
- Kaskisaari, Marja (1995): *Lesbokirja*. Vastapaino, Tampere
- Kaskisaari, Marja (2000): *Kyseenalaiset subjektit. Tutkimuksia omaelämäkertoista, heterojärjestyksestä ja performatiivisuudesta*. SoPhi, Jyväskylä
- Kataja, Vesa (toim.)(1989): *Nuori lääkäri* 88. Kyselytutkimus vv. 1977-1986 Suomessa laillistetuille lääkäreille. *Julkaisuja* 4:1989. Sosiaali- ja terveysturva-ministeriö, suunnitteluosasto, Helsinki
- Katila, Saija & Meriläinen, Susan (1999): *A Serious Researcher or Just Another Nice Girl? Doing Gender in a Male-Dominated Scientific Community*. *Gender, Work and Organization* 6:163-173
- Katz, Pearl (1999): *The Scalpel's Edge: The Culture of Surgeons*. Allyn and Bacon, Boston

- Keller, Evelyn Fox & Flax, Jane (1988): *Missing Relations in Psychoanalysis: A Feminist Critique of Traditional and Contemporary Accounts of Analytic Theory and Practice*. Kirjassa *Hermeneutics and Psychological Theory: Interpretive Perspectives on Personality, Psychotherapy, and Psychopathology*, ss. 334-366. Stanley B. Messer, Louis A. Sass & Robert L. Woolfolk (toim.). Rutgers University Press, New Brunswick
- Keller, Helen (1957): *Elämäni tarina*. WSOY, Porvoo, 2.p.
- Kerby, Anthony Paul (1997): *The Language of the Self*. Kirjassa *Memory, Identity, Community. The Idea of Narrative in the Human Sciences*, ss. 125-142. Lewis P. Hinchman & Sandra K. Hinchman (toim.). State University of New York Press, Albany
- Kinnunen, Merja & Korvajärvi, Päivi (1996): *Johdanto: Naiset ja miehet työelämässä*. Kirjassa *Työelämän sukupuolistavat käytännöt*, ss. 9-19. Merja Kinnunen & Päivi Korvajärvi (toim.) Vastapaino, Tampere
- Kivimäki, Riikka (1997): *Work and Parenthood*. Kirjassa *Gendered Practices in Working Life*, ss. 89-100. Liisa Rantalaiho & Tuula Heiskanen (toim.). Macmillan Press, Hampshire
- Kleinman, Arthur (1988): *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, New York
- Klemola, Timo (2003): *Filosofian harjoitus – harjoituksen filosofia*. Niin&näin 2/2002, 13-20
- Kohn, Livia (1992): *Selfhood and Spontaneity in Ancient Chinese Thought*. Kirjassa *Selves, People, and Persons: What Does it Mean to Be a Self?*, ss. 123-138. Leroy S. Rouner (toim.). University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana
- Komulainen, Katri (1994): *Retki vastuuratonaalisuuden käsitteeseen*. Naistutkimus 1: 30-39
- Komulainen, Katri (1998): *Kotihiriä ja ihmisiä*. Retorinen minä naisten koulutusta koskevissa elämäkertomuksissa. Joensuun yliopiston Yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja N:o 35, Joensuu
- Korhonen, Inkeri & Oksanen, Katja (1997): *Kertomuksen semiotiikkaa*. Kirjassa *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, ss. 54-71. Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Korsisaari, Eva Maria (1997): *Meditaatioita naiskielen ja naiskirjallisuuden mahdollisuuksista*. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, ss. 56-81. Sara Heinämaa, Martina Reuter & Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Korte, Irma (1988): *Nainen ja myyttinen nainen*. Yliopistopaino, Helsinki
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu (1998): *Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä*. Hanki ja jää, Helsinki
- Korvajärvi, Päivi (1998): *Gendering Dynamics in White-Collar Work Organizations*. Acta Universitatis Tamperensis 600, Tampereen yliopisto, Tampere

- Korvajärvi, Päivi & Kinnunen, Merja (1996): *Lopuksi: Työelämän sukupuolistaminen*. Kirjassa *Työelämän sukupuolistavat käytännöt*, ss. 233-240. Merja Kinnunen & Päivi Korvajärvi (toim.) Vastapaino, Tampere
- Kosonen, Päivi (2000): *Elämät sanoissa. Eletty ja kerrottu epäjatkuvuus Sarrauten, Durasin, Robbe-Grillet'n ja Perecin omaelämäkerrallisissa teksteissä*. Tutkijaliitto, Helsinki
- Kurvinen, Arja (1999): *Tilinteon aika. Tutkimus pankista työnsä menettävien naisten identiteetin uudelleen arvioinneista*. Joensuun yliopiston Yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja, Joensuu
- Kuusisto, R. (1996): *Sodan retoriikasta: Persianlahden ja Bosnian konfliktit läntisten suurvaltajohtajien lausunnoissa*. Kirjassa *Pelkkää retoriikkaa*. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat, ss. 267-291. Kari Palonen & Hilikka Summa (toim.). Vastapaino, Tampere
- Labov, William (1972): *The Transformation of Experience in Narrative Syntax*. Kirjassa *Language in the Inner City. Studies in the Black English Vernacular*, ss. 354-396. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
- LaCapra, Dominick (1999): *Trauma, Absence, Loss*. *Critical Inquiry* 25: 696-727
- Lehtinen, Virpi (2000): *Luce Irigarayn filosofinen hanke: Etiikka, rakkaus ja naisellinen*. Kirjassa *Feministejä – Aikamme ajattelijoita*, ss. 213-238. Anneli Anttonen, Kirsti Lempiäinen & Marianne Liljeström (toim.). Vastapaino, Tampere
- Lehto, Juhani (1991): *Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkärien, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotusten vaikutuksesta*. Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuksia 1/1991, Helsinki
- Lehto, Juhani (2003): *Terveystieteiden tutkimuksen muutos ja muuttumattomuus*. Kirjassa *Instituutit ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen*, ss. 126-140. Juhani Saari (toim.). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki
- Lehtonen, Mikko (1995): *Pikku jättiläisiä. Maskuliinisuuden kulttuurinen rakentuminen*. Vastapaino, Tampere
- Leinonen, Esa; Nevala, Katja; Lehto, Outi; Nieminen, Pentti & Isohanni, Matti (1995): *Lääketieteen opiskelijoiden stressin aiheuttajat ja oireet*. *Suomen Lääkärilehti* 50: 2459-2463
- Leinonen, Pekka (2002): *Kohti postmodernia – ja sen yli*. *Suomen Lääkärilehti* 57: 1553-1555
- Levinas, Emmanuel (1989): *The Levinas Reader*. Seán Hand (toim.). Basil Blackwell, Cambridge
- Linde, Charlotte (1993): *Life Stories. The Creation of Coherence*. Oxford University Press, New York
- Linde, Charlotte (2001): *Narrative and social tacit knowledge*. *Journal of Knowledge Management* 5: 160-170
- Lindgren, Gerd (1999): *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Liber, Malmö

- Lorber, Judith (1993): *Why Women Physicians Will Never Be True Equals in the American Medical Profession*. Kirjassa *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, ss. 62-76. Elianne Riska & Katarina Weigar (toim.). Sage, Lontoo
- Lorber, Judith (2000): Using gender to undo gender. A feminist degendering movement. *Feminist Theory* 1: 79-95
- Löyttyniemi, Varpu (1994): Mitä työnohjaus merkitsee lääkärille? Julkaisematon syventävien opintojen opinnäytetyö, Kansanterveystieteen laitos, Tampereen yliopisto
- Löyttyniemi, Varpu (1998): Murrosvaiheen nuoret lääkärit: syntyikö ajopuusuksipolvi? *Suomen Lääkärilehti* 53: 585-591
- Löyttyniemi, Varpu (2000): ”Töitä nuorille kollegoille!” Miten lääkäriyöttömyyskeskustelussa rakennettiin lääkäriyttä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37: 232-244
- Löyttyniemi, Varpu (2001a): Doctors Drifting: Autonomy and Career Uncertainty in Young Physicians’ Stories. *Social Science & Medicine* 52: 227-237
- Löyttyniemi, Varpu (2001b): The Setback of a Doctor’s Career. Kirjassa *Turns in the Road: Narrative Studies of Lives in Transition*, ss. 177-202. Dan P. McAdams, Ruthellen Josselson & Amia Lieblich (toim.). American Psychological Association, Washington DC
- Löyttyniemi, Varpu (2003): Itsenäisyyden ja vastuullisuuden ydindialogeja: lääkärin kerrottu minä ja sukupuoli. *Kulttuurintutkimus* 20(3): 29-44
- Löyttyniemi, Varpu (2004): Doctors as Wounded Storytellers: Embodying the Physician and Gendering the Body. *Body & Society*, hyväksytty julkaistavaksi.
- Löyttyniemi, Varpu; Virtanen, Pekka & Rantalaiho, Liisa (2004): Work and family as constituents of SOC. *Qualitative Health Research*, painossa.
- MacIntyre, Alasdair (1985): *After Virtue. A Study in Moral Theory*. Duckworth, Guildford, 2.p.
- Marshall, Barbara L. (1991): Re-producing the Gendered Subject. *Current Perspectives in Social Theory* 11: 169-195
- Mattila, Kari & Lääkäri 98 –tutkimusryhmä (2003): Suomalaisten lääkärin arvovallinnat. *Suomen Lääkärilehti* 58: 1199-1201
- May, Vanessa (2001): *Lone Motherhood in Finnish Women’s Life Stories: Creating Meaning in a Narrative Context*. Åbo Akademis förlag, Åbo
- Mazzarella, Merete (1997): Oman elämän kirjoittamisesta – ja muiden. Kirjassa *Aina uusi muisto. Kirjoituksia menneen elämisestä meissä*, ss. 25-36. Katarina Eskola & Eeva Peltonen (toim.). *Nykykulttuurin tutkimusyksikön julkaisuja* 54, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä
- Mazzarella, Merete (2002): *Linjer mellan stjärnor. Essäer om identitet*. Söderströms, Pieksämäki
- McAdams, Dan P. (1993): *The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self*. Morrow, New York

- McAdams, Dan P., Josselson, Ruthellen & Lieblich, Amia (toim.) (2001): *Turns in the Road. Narrative Studies of Lives in Transition*. American Psychological Association, Washington, DC
- Miller, Nancy K. (1988): *Subject to Change. Reading Feminist Writing*. Columbia University Press, New York
- Miller, Nancy K. (1994): *Representing Others: Gender and the Subjects of Autobiography*. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 6: 1-27
- Mills, Sara (1995): *Feminist Stylistics*. Routledge, London
- Mishler, Elliot G. (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Ablex Publishing Corporation, Norwood, NJ
- Mishler, Elliot G. (1986): *Research Interviewing. Context and Narrative*. Harvard University Press, Cambridge
- Morgan, David (1990): *Masculinity, Autobiography and History*. *Gender & History* 2: 34-39
- Morson, Gary Saul (1998): *Contingency and Poetics*. *Philosophy and Literature* 22: 286-308
- Murphy, Raymond (1990): *Proletarianization or Bureauratization: The Fall of the Professional? Kirjassa The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, ss. 71-96. Rolf Torstendahl & Michael Burrage (toim.). Sage, London
- Murray, Kevin (1989): *The Construction of Identity in the Narratives of Romance and Comedy*. Kirjassa *Texts of Identity*, ss. 176-205. John Shotter & Kenneth J. Gergen (toim.). Sage, London
- Mäenpää, Eliisa (2000) *Sairaalalääkärin jaksaminen työterveyshuollon näkökulmasta*. Acta Universitatis Tamperensis 729, Tampereen yliopisto, Tampere
- Neittaanmäki, Liisa; Luhtala, Riitta; Virjo, Irma; Kumpusalo, Esko; Mattila, Kari; Jääskeläinen, Manu; Kujala, Santero & Isokoski, Mauri (1993): *More Women Enter Medicine: Young Doctors' Family Origin and Career Choice*. *Medical Education* 27: 440-445
- Neittaanmäki, Liisa; Luhtala, Riitta; Virjo, Irma; Kumpusalo, Esko; Mattila, Kari; Jääskeläinen, Manu; Kujala, Santero & Isokoski, Mauri (1994): *Lääkärikunta naisistuu: nuorten lääkärin kotitaustasta ja ammattiin hakeutumisesta*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 244-250
- Niemi, Juhani; Pasternack, Amos; Puustinen, Raimo; Sannikka, Anne & Mattila, Eeva (toim.) (2003): *Jo löyty tuhat ja yksi tautia*. Duodecim, Helsinki
- Nienstedt, Walter (2002): *Lääketieteen termit*. Duodecim, Helsinki, 4. uud.p.
- Niskanen, Jouni (1997): *Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa*. Acta Wasaensia No 56, Vaasan Yliopisto, Vaasa
- Nore, Anne Kathrine (1993): *Fra nevenyttig jente til entusiastisk kirurg: En kvalitativ studie av kvinnelige kirurger i Norge*. Specialoppgave til helseadministrasjonsstudiet, Universitetet i Oslo, Oslo
- Olney, James (1972): *Metaphors of Self. The Meaning of Autobiography*. Princeton University Press, Princeton NJ

- Oliver, Kelly (1997): *Family Values. Subjects Between Nature and Culture*. Routledge, Lontoo
- Paasonen, Susanna (2002): *Figures of Fantasy: Women, Cyberspace and the Popular Internet*. Turun yliopiston julkaisu B 251, Turku
- Palo, Jorma (1995): *Mies joka ei ollut mistään kotoisin*. WSOY, Porvoo
- Palomäki, Ari (1993): *Harkiten luotu lääkäriyöttömyys*. Nuori lääkäri 30, Työllisyys -93 -teemanumero, 14-16
- Parker (2003): *Psychoanalytic Narratives: Writing the Self into Contemporary Cultural Phenomena*. *Narrative Inquiry* 13: 301-315
- Pasternack, Amos (2003): *Lääkärin työ muuttuu – miten käy profession?* Pääkirjoitus. *Duodecim* 119: 689-690
- Pateman, Carole (1988): *The Sexual Contract*. Polity Press, Cambridge
- Peltonen, Eeva (1997): *Muistojen sodat – muistien sodat*. Kirjassa *Aina uusi muisto. Kirjoituksia menneen elämisestä meissä*, ss. 88-142. *Nykykulttuurin tutkimusyksikön julkaisu* 54, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä
- Pitkälä, K.; Mäntyranta, T.; Strandberg, T.E.; Mäkelä, M.; Vanhanen, H. & Varonen, H. (2000): *Evidence-Based Medicine – How to Teach Critical Scientific Thinking to Medical Undergraduates*. *Medical Teacher* 22: 22-26
- Pitkänen, Kari (1996): *A Model for Resolving and Describing Spatiotemporal References*. Kirjassa *Approaches to Discourse Anaphora: Proceedings of the Discourse Anaphora and Resolution Colloquium (DAARC96)*, ss. 180-190. Simon Botley, Julia Glass, Tony McEnery & Andrew Wilson (toim.). University Centre for Computer Corpus Research on Language, Technical Papers Volume 8 – Special Issue. UCREL, Lancaster University
- Poppius, Esko (2004): *Psykososiaaliset tekijät ja terveys*. Julkaisematon väitöskirjäsikirjoitus. Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere
- Pratt, Geraldine & Hanson, Susan (1991): *On the Links Between Home and Work: Family-Household Strategies in a Buoyant Labour Market*. *International Journal of Urban and Regional Research* 15: 55-74
- Pälve, Heikki (2003): *Keikkalääkärit – kaikkien hampaissa*. Puheenjohtajan palsta. *Suomen Lääkärelehti* 57: 4277
- Pönni, Antti (1996): *Toinen on ensimmäinen. Lähtökohtia Emmanuel Levinasin ajatteluun*. Esipuhe kirjassa *Emmanuel Levinas: Etiikka ja äärettömyys*. Keskusteluja Philippe Nemon kanssa. Gaudeamus, Helsinki
- Rabin, Stanley; Maoz, Benjamin & Elata-Alster, Gerda (1999): *Doctors' Narratives in Balint Groups*. *British Journal of Medical Psychology* 72: 121-125
- Radley, Alan (1988): *Health and Illness*. Kirjassa *Billig, Michael; Condor, Susan; Edwards, Derek; Gane, Mike; Middleton, David ja Radley, Alan: Ideological Dilemmas. A Social Psychology of Everyday Thinking*, ss. 84-99. Sage, London
- Radley, Alan & Billig, Michael (1996): *Accounts of Health and Illness: Dilemmas and Representations*. *Sociology of Health & Illness* 18: 220-240

- Rantalaiho, Liisa (1994): Sukupuolisopimus ja Suomen malli. Kirjassa Naisten hyvinvointivaltio, ss. 9-30. Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin (toim.). Vastapaino, Tampere
- Rantalaiho, Liisa (1996): Elämän riskit, valinnat ja sidokset. Kirjassa Elämän riskit ja valinnat: hyvinvointia lama-Suomessa?, ss. 234-242. Kirsti Ahlqvist & Anja Ahola (toim.). Edita, Tilastokeskus, Helsinki
- Rantalaiho, Liisa (1997): Contextualising Gender. Kirjassa Gendered Practices in Working Life, ss.16-30. Liisa Rantalaiho & Tuula Heiskanen (toim.). Macmillan Press, Hampshire
- Richardson, Laurel (1997): Fields of Play. Constructing an Academic Life. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ
- Ricoeur, Paul (1981): Narrative Time. Kirjassa On Narrative, ss.165-186. W.J.T. Mitchell (toim.). University of Chicago Press, Chicago
- Ricoeur, Paul (1984): Time and Narrative, Vol I. University of Chicago Press, Chicago
- Ricoeur, Paul (1991a): Life in Quest of Narrative. Kirjassa On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation, ss. 20-33. David Wood (toim.). Routledge, London
- Ricoeur, Paul (1991b): Narrative Identity. Kirjassa On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation, ss. 188-199. David Wood (toim.). Routledge, London
- Ricoeur, Paul (1992): Oneself as Another. University of Chicago Press, Chicago
- Rimmon-Kenan, Shlomith (2002): The Story of "I": Illness and Narrative Identity. Narrative 10: 9-27
- Riska, Elianne (1993): Introduction. Kirjassa Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour, ss. 1-12. Elianne Riska & Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Riska, Elianne (1995): They Don't Care: Unemployed Physicians in the Nordic Countries. International Journal of Health Services 25: 259-269
- Riska, Elianne (1996): Unemployed Doctors: A Challenge to the Medical Profession? Journal of the Royal Society of Medicine 89: 382-384
- Riska, Elianne (2001): Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian, and Russian Women Physicians. Aldine de Gruyter, New York
- Riska, Elianne (2003): The Career and Work of Pathologists: A Gender Perspective. International Journal of Sociology and Social Policy 23: 59-79
- Riska, Elianne & Wegar, Katarina (1993): Women Physicians: A New Force in Medicine? Kirjassa Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour, ss. 77-93. Elianne Riska & Katarina Wegar (toim.). Sage, London
- Rojola, Lea (1996): Me kumpikin olemme minä. Leena Krohnin vastavuoroisuuden etiikasta. Kirjassa Naissubjekti ja postmoderni, ss. 23-43. Päivi Kosonen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Ronkainen, Suvi (1998): Kaikuva empiirisuus – surveyn epistemologiset mahdollisuudet. Kirjassa Faktajuttu. Tilastollisen sosiaalitutkimuksen käytännöt, ss. 233-255. Seppo Paananen, Anneli Juntto & Hannele Sauli (toim.). Vastapaino, Tampere

- Ronkainen, Suvi (1999): Ajan ja paikan merkitsemät. Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus. Gaudeamus, Helsinki
- Rosenwald, George C. & Ochberg, Richard L. (1992): Introduction: Life Stories, Cultural Politics, and Self-Understanding. Kirjassa *Storied Lives. The Cultural Politics of Self-Understanding*, ss. 1-18. George C. Rosenwald & Richard L. Ochberg (toim.). Yale University Press, New Haven
- Roudinesco, Elisabeth (2000): Miksi psykoanalyysia yhä tarvitaan? Gaudeamus, Helsinki
- Rubin, Gayle (1975): The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex. Kirjassa *Toward an Anthropology of Women*, ss. 157-210. Rayna R. Reiter (toim.). Monthly Review Press, London
- Ruusuvuori, Johanna (2000): Control in Medical Consultation: Practices of Giving and Receiving the Reason for the Visit in Primary Health Care. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 16, Tampereen yliopisto. Verkossa osoitteessa <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4755-7.pdf>
- Ryynänen, Katja (2001): Constructing Physician's Professional Identity – Explorations of Students' Critical Experiences in Medical Education. *Acta Universitatis Ouluensis D* 650, Oulun yliopisto, Oulu
- Saarikangas, Kirsi (1997): Äitiyden esittäminen ja *Post-Partum Document*. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, ss. 102-126. Sara Heinämäa, Martina Reuter & Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Saarni, Samuli & Vuorenkoski, Lauri (2003): Terveysthuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 119: 993-1000
- Sackett, David L.; Straus, Sharon E.; Richardson, W. Scott; Rosenberg, William & Haynes, R. Brian (2000): *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2.p.
- Sacks, Oliver (1985): *Mies, joka luuli vaimoaan hatuksi*. Tammi, Helsinki
- Salmi, Minna (1996): Työelämän ja perhe-elämän yhdistämisen palapelit. Kirjassa *Työelämän sukupuolistavat käytännöt*, ss. 211-231. Merja Kinnunen & Päivi Korvajärvi (toim.). Vastapaino, Tampere
- Salonen, Marko (2000): Sukupuolisuustutkimuksen moneus. *Psykologia* 2/2000, 151-162
- Sampson, Edward E. (1993): *Celebrating the Other. A Dialogic Account of Human Nature*. Harvester Wheatsheaf, New York
- Sannisto, Tuire (2002): Pula-ajasta ylituotantoon – lääkärikoulussa 80-luvulta 90-luvulle. Kirjassa *XXX Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura ry 1972-2002*, ss. 102-110. Susanna Rask, Minna Ihantola, Laura Peräkääly, Petri Ojala, Anni Toivanen, Katariina Aalto, Pauliina Taipale, Olli Haltia, Kimmo Tiainen & Teija Santala (toim.). TLK ry, Tampere
- Schafer, Roy (1981): *Narration in the Psychoanalytic Dialogue*. Kirjassa *On Narrative*, ss. 25-49. W.J.T. Mitchell (toim.). University of Chicago Press, Chicago



- Schafer, Roy (1983): Action and Narration in Psychoanalysis. Kirjassa *The Analytic Attitude*, ss. 240-256. The Hogarth Press, London
- Schwab, Gail M. (1991): Irigarayan Dialogism: Play and Powerplay. Kirjassa *Feminism, Bakhtin, and the Dialogic*, ss. 57-72. Dale M. Bauer & S. Jaret McKinsty (toim.). State University of New York Press, Albany
- Seppänen, Juhani (2000): Ensimmäinen sana on isä. Otava, Helsinki
- Shotter, John & Billig, Michael (1998): A Bakhtinian Psychology: From Out of the Heads of Individuals and into the Dialogues between Them. Kirjassa *Bakhtin and the Human Sciences: No Last Words*, ss. 13-29. Michael Mayerfeld Bell & Michael Gardiner (toim.). Sage, London
- Silius, Harriet (1992): Den kringgårdade kvinnligheten. Att vara kvinnlig jurist i Finland. Åbo Akademis Förlag, Åbo
- Silius, Harriet (1995): Sukupuolitetun ammatillisuuden julkisuus ja yksityisyys. Kirjassa *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*, ss. 49-64. Leena Eräsaari, Raija Julkunen & Harriet Silius (toim.). Vastapaino, Tampere.
- Sintonen, Teppo (2001): Etninen identiteetti ja narratiivisuus. Kanadan suomalaiset miehet elämänsä kertojina. SoPhi, Jyväskylä
- Sjögren, Anna-Liisa (1991): Sydänlääkäri muistelee. Tammi, Helsinki
- SLL (1993a): Laskentatyöryhmä III: Sisäänotto lääkärinkoulutukseen supistettava 350:een. Suomen Lääkärilehti 48:1255
- SLL (1993b): Lääkärien ay-toiminnan uudet haasteet. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 48: 2755
- SLL (2003): Lääkärin palkkaopas. Verkossa 15.04.2004 osoitteessa <http://www.laakariliitto.fi/files/palkkaopas.pdf>
- Smith, Dorothy E. (1987): *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Northeastern University Press, Boston
- Somers, Margaret (1994): *The Narrative Constitution of Identity: A Relational and Network Approach*. *Theory and Society* 23: 605-649
- Songe-Møller, Vigdis (1997): Luce Irigaray rakkaudesta ja ihmyksestä. Kirjassa *Ruumiin kuvia: subjektin ja sukupuolen muunnelmia*, ss. 23-36. Sara Heinämaa, Martina Reuter & Kirsi Saarikangas (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Sorjonen, Marja-Leena; Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.)(2001): Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino, Tampere
- Sparkes, Andrew S. (1996): The fatal flaw: A Narrative of the Fragile Body-Self. *Qualitative Inquiry* 2: 462-494
- Spencer, Anne & Podmore, David (1987): Introduction. Kirjassa *In a Man's World. Essays on Women in Male-Dominated Professions*, ss. 1-11. Anne Spencer & David Podmore (toim.). Tavistock Publications, Lontoo
- Spiro, Howard M. (1987) When Doctors Get Sick. *Perspectives in Biology and Medicine* 31: 117-132
- Stanley, Liz (1990): Moments of Writing: Is There a Feminist Auto/biography? *Gender & History* 2:58-67

- Stanley, Liz (1992): *The Auto/Biographical I: Theory and Practice of Feminist Auto/Biography*. Manchester University Press, Manchester
- Stewart, Susan (1986): *Shouts on the Street: Bakhtin's Anti-Linguistics*. Kirjassa *Bakhtin: Essays and Dialogues on His Work*, ss. 41-57. Gary Saul Morson (toim.). University of Chicago Press, Chicago
- STM (1993): *Lääkärikoulutuksen aloituspaikkatarve vuoteen 2010 saakka. Lääkäri-työvoiman laskentatyöryhmä III (I osamietintö)*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1993:4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- STM (1997): *Lääkärikoulutuksen aloituspaikkatarve sekä erikoislääkärien määrän-ennusteet ja koulutustarve vuoteen 2010 saakka*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:13, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- STM (2001): *Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö*. Komiteanmietintö 2001:7, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- STM (2002): *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen 15.1.2002*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- Sulkunen, Pekka (1997): *Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskurssianalyysin rajat*. Kirjassa *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, ss. 13-53. Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.) (1997a): *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*. Gaudeamus, Tampere
- Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (1997b): *Arvot ja modaalisuus sosiaalisen todellisuuden rakentamisessa*. Kirjassa *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, ss. 72-95. Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (1997c): *Puhujakuva: enonsiaation rakenteet*. Kirjassa *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, ss. 96-126. Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Suoninen, Eero (1997): *Miten tutkia moniäänistä ihmistä? Diskurssianalyttisen tutkimusotteen kehittelyä*. *Acta Universitatis Tamperensis* 580, Tampereen yliopisto, Tampere
- Säävälä, Hannu (1999): *Mieheyden psykologiaa*. Kirjassa *Mies ja muutos. Kriittisen miestutkimuksen teemoja*, ss. 52-73. Arto Jokinen (toim.). Tampere University Press, Tampere
- Tamminen, Petri (2003): *Ennen ja jälkeen*. *Anna* 22/2003, 105
- Tamperelainen (2002): *Aloituspaikkojen määrä kasvoi ennätysuureksi*. *Tamperelainen* 19.10.2002, ss. 1, 3

- Tannen, Deborah (1993): What's in a Frame? Surface Evidence for Underlying Expectations. Kirjassa *Framing in Discourse*, ss. 14-56. Deborah Tannen (toim.). Oxford University Press, New York
- Törrönen, Jukka (1997): Intohimoinen teksti – pysäytetty kertomus suostuttelun makrorakenteena. Kirjassa *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, ss. 221-247. Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Töyry, Saara; Räsänen, Kimmo; Hirvonen, Maria; Husman, Kaj; Juntunen, Juhani; Kalimo, Raija; Kujala, Santero; Luhtala, Riitta; Myllymäki, Kati; Seuri, Markku & Äärimaa, Markku (1997): Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus. Taulukkoraportti. Verkossa 15.04.2004 osoitteessa <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/kuormittuneisuus.html>
- Töyry, Saara; Räsänen, Kimmo; Kujala, Santero; Husman, Kaj; Juntunen, Juhani; Kalimo, Raija; Luhtala, Riitta; Myllymäki, Kati; Seuri, Markku & Äärimaa, Markku (1999): Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus – tutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 54: 2423-2430
- Uusitalo, Hannu; Konttinen, Mauno & Staff, Mikko (toim.) (1995): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 173*, Stakes, Helsinki
- Walton, H.J. & Matthews, M.B. (1989): *Essentials of Problem-Based Learning. Medical Education* 23: 542-558
- Vartiovaara, Ilkka (1995): *Delfiinin laulu. Uutta tietoa lääketieteestä*. Otava, Keuruu
- Ve, Hildur (1982): *Makt, intresse och socialisation. Kvinnovetenskaplig tidsskrift* 2: 23-32
- Weckroth, Klaus (1992): *Mustavalkoista sosiaalipsykologiaa*. Vastapaino, Tampere
- Wegar, Katarina (1993): *Conclusions. Kirjassa Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, ss. 173-188. Elianne Riska & Katarina Wegar (toim.). Sage, Lontoo
- Vehviläinen, Arto; Takala, Jorma; Haggren, Outi; Roitto, Hanna-Maria & Kumpusalo, Esko (2003): *Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksesta? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 – tutkimus III. Suomen Lääkärilehti* 58: 188-193
- Veijola, Soile (1997): *Modaalisia suhteita pelissä ja keskustelussa. Kirjassa Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*, ss. 129-152. Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen (toim.). Gaudeamus, Tampere
- Vergheze, Abraham (1995): *My Own Country. A Doctor's Story*. Vintage Books, New York
- West, Linden (2000): *Doctors on the Edge. Gender and the Cultural Psychology of Healing and Lifelong Learning. An Auto/Biographical Study*. A paper presented in the Biographical Methods and Professional Practice Conference, The Tavistock Clinic, London 19.-21.10.2000
- West, Linden (2001): *Doctors on the Edge. General Practitioners, Health and Learning in the Inner-City*. Free Association Books, London

- Veteläsuo, Maija-Liisa (1998): Uudesta lääkärikoulutuksesta hyvät kokemukset Ongelmalähtöinen opiskelu valmentaa ihmisläheiseen potilastyöhön. Suomen Lääkärilehti 53: 3709-3711
- Whitebrook, Maureen (2001): Identity, Narrative and Politics. Routledge, London
- Whitford, Margaret (toim.) (1991): The Irigaray Reader. Blackwell, Oxford
- Widdershoven, Guy A.M. (1993): The Story of Life. Hermeneutic Perspectives on the Relationship Between Narrative and Life History. Kirjassa The Narrative Study of Lives vol I, ss. 1-20. Ruthellen Josselson & Amia Lieblich (toim.). Sage, Thousand Oaks
- Vilkko, Anni (1997): Omaelämäkerta kohtaamispaikkana. Naisen elämän kerronta ja luenta. SKS, Tampere
- Vilkko, Anni (1998): Kodiksi kutsuttu paikka. Tapausanalyysi naisen ja miehen omaelämäkertoista. Kirjassa Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa, ss. 27-72. Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen & Anni Vilkko (toim.). Vastapaino, Tampere
- Virjo, Irma (toim.) (1995): Lääkäri 93. Raportti Suomessa vuosina 1982-1991 laillistetuista lääkäreistä ja vertailu tilanteeseen viisi vuotta aikaisemmin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 1995:4, Helsinki
- Virtanen, Pekka & Koivisto, Anna-Maija (2001): Wellbeing of Professionals at Entry into the Labour Market – a Follow-up Survey of Medicine and Architecture Students. Journal of Epidemiology and Community Health 55: 831-835.
- Virtanen, Pekka; Rantalaiho, Liisa & Halila, Hannu (2000): Opiskelupaikka ja sukupuoli työuran suuntaajina – tutkimus 1990-luvun puolivälissä valmistuneista lääkäreistä. Suomen Lääkärilehti 55: 69-74
- Virtanen, Pekka; Rantalaiho, Liisa & Koivisto, Anna-Maija (2003): Employment Status Passages and Psycho-Social Well-Being. Journal of Occupational Health Psychology 8: 123-130
- Visakorpi, Jarmo (2003): ”Yksi tiedekunta olisi lakkautettava”. Kirjassa 30-vuotinen-sota: Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen, ss. 185-207. Jarmo Visakorpi, Raimo Seppälä, Amos Pasternack & Pauli Ylitalo (toim.). Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, Tampere
- Visakorpi, Jarmo; Seppälä, Raimo; Pasternack, Amos & Ylitalo, Pauli (toim.) (2003): 30-vuotinen sota: Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, Tampere
- Witz, Anne (1990): Patriarchy and Professions: The Gendered Politics of Occupational Closure. Sociology 24: 675-690
- Witz, Anne (1992): Professions and Patriarchy. Routledge, London
- Wortham, Stanton (2001): Narratives in Action. A Strategy for Research and Analysis. Teachers College Press, New York
- Vuori, Jaana (2001): Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampere University Press, Tampere
- Vuorinen, Risto (1992): Persoonallisuus ja minuus. WSOY, Juva

www.kaypahoito.fi

www.laakariliitto.fi/tilastot/

Vygotski, Lev Semjonovits (1982): Ajattelu ja kieli. Weilin+Göös, Espoo

Vähätalo, Kari (1998): Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta. Gaudeamus, Helsinki

Vänskä, Jukka (2003): Selvitys lääketieteen opiskelijoiden kesätyötilanteesta. Suomen Lääkärilehti 58: 1218-1219

Yliopistoutiset (2003): Lakkautusuhasta lääkäripulaan. Tampereen yliopisto,

Yliopistoutiset kesäkuu 2003. Verkossa 09.03.2004 osoitteessa <http://www.uta.fi/ajankohtaista/yliopistoutiset/0603/0206.html>

# Liitteet

Liite 1: Yhteydenottokirje (20. haastattelusta eteenpäin; pieniä sanamuoto-muutoksia alkuperäiseen)

Lääkäri  
(Nimi ja osoite)

Tampereella 24. päivänä syyskuuta 1997

Hyvä Kollega,

teen Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksella väitöskirjatutkimusta (lääkäri-ialtään) nuorista lääkäreistä, heidän elämäntarinoistaan. Tutkimusta varten haastattelen henkilökohtaisesti kaikkiaan noin 30 vuoden 1995 aikana valmistunutta lääkäriä ja toivon Sinun olevan yksi heistä.

Käytännössä tämä tarkoittaa, että pyydän Sinua, kaikkien kiireiteisi keskellä, käyttämään haastatteluun ne noin kaksi tuntia, jotka se keskimäärin vie. Haastattelun ajankohta ja paikka valitaan siten kuin Sinulle parhaiten sopii. Etukäteisvalmistautumista tutkimus ei vaadi. Nauhoitan haastattelut ja puran ne analysointia varten kirjoitetuksi tekstiksi. Kaikki nämä aineistot jäävät ainoastaan omaan käyttööni, ja lopullisen tutkimusraportin kirjoitan siten, ettei haastateltuja ole mahdollista tunnistaa.

Maailma ympärillämme muuttuu, vaan millainen onkaan nuori lääkäri vuonna 1997? Siihen vastausta etsivä tutkimukseni on osa Terveystieteen ammattilaiset –projektiä, ohjaajani on professori Liisa Rantalaiho Terveystieteen laitokselta. Sain nimilistan vuonna –95 valmistuneista Suomen Lääkäriliitosta ja tästä listasta arvoitin ne, joille lähetän kirjeeni. Osoitteet ja puhelinnumerot olen tarkistanut valtakunnallisista osoite- ja numerotiedotuksista.

Otan Sinuun yhteyttä puhelimitse lähiaikoina, voit silloin kysyä lisätietoja, ja voimme sopia haastatteluajan, mikäli päätät osallistua. Tai voit soittaa minulle (kotinumerooni 03-222 8882) tai Terveystieteen laitokselle 03-215 7103), tätä toivon etenkin, jos tiedät olevasi vaikeasti tavoitettavissa tai yhteystietosi ovat vasta muuttuneet.

Syksyisin terveisin,

Varpu Löyttyniemi, LL

## *Elämäntarina*

Haluaisin kuulla elämäntarinasi sellaisena kuin sen haluat kertoa. Eli vaikka lääkärinä sinua haastattelen, olen kiinnostunut muustakin kuin vain työstä tai lääkäriydestä – niistäkin useimmiten toki puhutaan, joskus enemmän, joskus vähemmän. Oikeita ja vääriä asioita minun kannaltani ei ole – mitä haluan kysyä tai tarkentaa, kysyn.

Tiedän, että tehtävä on vaikea – kertoa ilmasta tarinaansa. Joillakin on ollut sellainen tilanne, että on ollut omasta itsestä lähtevä tarve kertoa, pohtia omaa elämäänsä, mutta ellei ole, joutuu kertomaan ’ilmasta’.

Voit ajatella elämääsi ikään kuin se olisi kirja. Se on kesken, mutta siinä todennäköisesti erottuu joitakin lukuja: jos saat ne paperille, laita. Sisällysluettelo toisin sanoen. Voit sitten kertoa siitä tarkemmin.

- Oletko aikaisemmin miettinyt tarinaasi jossakin yhteydessä?
- Jos jää aukkoja, tarkenna: Mitä tapahtui? Kerro esimerkki. Kerro lisää. Kerro tarkemmin. (Narratiivisia kysymyksiä; kysyn mitä en ymmärtänyt, asioista ja ihmisistä, jotka mainitaan mutta ei selitetä.)

## *Lääkärin tarina*

Jos ei selkeästi jo edellä: Lääkäriluvut alaotsikoin. Miten sinusta on tullut tämä lääkäri?

Ks. edellä: aukkopaiikkojen täyttäminen

## *Tarkentavat kysymykset siitä, mitä on tullut esiin*

Miksi, miten minkä vuoksi, miltä tuntui... Lääkärin tarinasta opiskeluaika, klinikat, amanuenssuurit, työkokemukset. Miksi menit/halusit sinne, päätit niin? Millaista se oli? Mitä muistat/jäi mieleen sieltä (esimerkkejä, konkr. tapahtumia: potilas joka jäi mieleen, jonka hoidit hyvin? Minkälaiset potilaat yleensä jäävät mieleen, vai jäävätkö?) **Vaihtoehdot ratkaisuille; vaietet tarinat.** Jos sukupuoli, hierarkiat tms. ovat tulleet esiin tarinassa, kysy edelleen niistä: narratiivisia kysymyksiä – mitä, miten miksi ...?

- Miksi/miten lähdit lääkäriksi? Oliko vaihtoehtoja?
- Onko työ sitä, mitä odotit?
- Viimeinen työpäiväsi/viikkosi?
- Miten koit/muistat työllisyystilanteen muuttumisen? Oletko ollut työtön? Millaisia ratkaisuja teit tuolloin? Mitä luulet, että tekisit, jos tilanne olisi niin huono kuin ennustettiin? Entä jos nyt jäisit ilman töitä?
- Perhe/sukupuoli ja työ: mitä sinulle merkitsee olla naislääkäri? (Ovatko mies ja nainen erilaisia?) Millaisissa tilanteissa olet tietoinen sukupuolestasi työssä? Miten yhteensovitat perheen ja työn?
- Tulevaisuus: suunnitelmat ja haaveet; miksi?
- Elämän ja uran käänne-, huippu- ja pohjahetki
- Kilpaileminen?

### *Yleisiä kysymyksiä:*

Miksi lääkärit tekevät, ajattelevat niin?

Millainen on hyvä lääkäri?

Omat hyvät/huonot puolesi?

Työaikalaki?

Onko merkitystä sillä, että haastattelija on lääkäri?

### *Faktat*

Syntymäaika, yo-vuosi, opiskelun aloittamis- ja lopettamisvuodet, amanuenssuurit, työpaikat, perheen perustaminen, lapset, vanhempien ammatit, sisarukset

— — — —

Toista narratiivinen kutsu!!



### Liite 3: Haastattelut

lääkärille antamani nimi	haastattelun ajankohta	onko lapsi(a)	ruumiin rajalli- suuden teema	työtilanne haastattelun aikaan	puhtun haastatt. sanamäärä (1)
1 Erkki	lokakuu 96	ei	ei	Erikoistumisvirka sairaalassa. Lisäksi yksityisvastaanotto.	14 019
2 Martti	lokakuu 96	ei	ei	Ollut 1,5 vuotta samassa tk:ssa ensin lyhyt-, sitten pidempiaikaisena sijaisena. Hakemassa töitä sairaalasta.	21 623
3 Susanna	lokakuu 96	ei	kyllä	Puolen vuoden sijaisuus tk:ssa päättymässä, ilmeisesti sijaisuutta jatketaan.	18 331
4 Aleks	lokakuu 96	kyllä	ei	Armeijassa, välitöskirja valmistumassa.	21 784
5 Emppu	lokakuu 96	kyllä	ei	Tutkijana, välillä tekee sijaisuuksia kaupunginsairaalassa.	17 671
6 Maija	lokakuu 96	ei	kyllä	Sijaisuus tk-sairaalassa, määrittöskirja vuoden loppuun, luvattu jatkuvan.	20 167
7 Veera	lokakuu 96	ei	kyllä	Puolipäiväisenä tk:ssa, puoli vuotta kestänyttä sijaisuutta juuri jatkettu yli kesän.	14 821
8 Lassi	marraskuu 96	ei	kyllä	N. puolen vuoden sijaisuus tk:ssa päättymässä, harkitsee hakeutumista sairaalatyöhön. Päivystelee aluesairaalassa.	18 052
9 Timo	marraskuu 96	ei	kyllä	Tutkijana, päivystelee terveyskeskuksessa.	10 600
10 Eija	marraskuu 96	ei	kyllä	Pitkäaikainen sijaisuus tk:ssa.	13 553
11 Leena	marraskuu 96	ei	kyllä	Ollut vajaan vuoden sijaisena ja ovalnä sairaalassa, jossa kevääksi ilmeisesti jälleen tiedossa sijaisuus.	16 397
12 Ville	joulukuu 96	ei	ei	Juuri lopettanut ed. työpaikassa, nyt tutkijana ja aikeissa etsiä uutta työpaikkaa sairaalasta. Myös yksityisvastaanotto.	11 277
13 Carita	joulukuu 96	kyllä	ei	Pitkäaikainen sijaisuus sairaalassa, josta lähdössä välillä puoleksi vuodeksi vaihtoon tk:een.	14 848
14 Riku	joulukuu 96	kyllä	kyllä	Erikoistumisvirka sairaalassa, lisäksi yksityisvastaanotto.	18 244
15 Anne	tammikuu 97	ei	ei	Puolen vuoden sijaisuus sairaalassa. Lisäksi päivystelee tk:ssa.	14 178
16 Kalevi	tammikuu 97	kyllä	ei	Tutkijana, lisäksi päivystelee sairaalassa 2-3 kertaa kuussa.	8 173

17 Jaakko	huhtikuu 97	ei	ei	Erikoistumisvirassa diagnostiselle alalle, työ osin tutkimustyötä.	11 408
18 Laura	huhtikuu 97	ei	kyllä	Tutkijana, ohessa päivystelee työterveyslääkärinä.	15 798
19 Petra	toukokuu 97	ei	kyllä	Neljän kk:n sijaisuus kaupunginsairaalaassa. Kesäksi tiedossa sijaisuus tk:ssa, sen jälkeen tulevaisuus avoin.	14 895
20 Mirja	lokakuu 97	ei	kyllä	Hoitaa avoimta virkaa tk:ssa.	16 488
21 Aaro	lokakuu 97	kyllä	ei	Erikoistumisvirka sairaalaassa.	12 154
22 Hilla	lokakuu 97	ei	ei	Vuoden kestänyt sairaalalääkärin työ päättymässä vuodenvaihteessa, sen jälkeen siirtymässä joksikin aikaa diagnostiselle alalle töihin ja jatkamaan jo aloitettua tutkimusta.	18 456
23 Asko	marraasku 97	ei	ei	Päivätyössä apulaislääkärinä sairaalaassa. Työn ohessa vuimestelee vaitöskirjia. Lisäksi päivystää säännöllisesti tk:ssa ja satunnaisesti aluesairaalaassa.	16 597
24 Aura	marraasku 97	kyllä	ei	Äititys lomalla.	13 160
25 Yrjö	marraasku 97	kyllä	ei	Tekemässä puolen vuoden eurolääkäripalvelua tk:ssa, sen jälkeen tiedossa työpaikka sairaalaassa.	16 744
26 Minna	joulukuu 97	kyllä	ei	Tutkijana, välillä tekee sairaalalääkärin sijaisuuksia.	21 224
27 Inari	tammikuu 98	kyllä	kyllä	Juuri aloittanut uudessa työpaikassa sairaalaassa, määräyskirja kesäkuun loppuun.	11 407
28 Mauri	tammikuu 98	kyllä	kyllä	Erikoistumisvirka sairaalaassa, ohessa aloittelee tutkimusta.	10 488
29 Terho	helmikuu 98	kyllä	ei	Tutkijana, päivystelee tk:ssa ja aluesairaalaassa.	11 818
30 Sampo	helmikuu 98	ei	ei	Työskentelee sairaalaassa, jatkaa tässä työpaikassa ainakin kesään asti.	15 048

(1) Luku on puretun haastatteluekstin sanamäärä siitä eteen päin, kun olen esitellyt itseni ja tutkimukseni, vastannut mahdollisiin kysymyksiin, ja haastattelava alkaa kertoa. Sanamäärä ei kerro haastattelun muodosta – osassa haastattelava puhuu lähes pelkästään, osa on enemmän vuoropuhelua. Sanamäärä ei myöskään ole suoraan verrannollinen haastattelun keston – yhden puheen rytmi on nopeampi kuin toisen – ja sanoiksi on laskettu myös erilliset täytesanat ja sanan tapailut, joita puheessa on paljon. Luku mahdollistaa kuitenkin karkean vertailun elämäntarinoiden pituuden välillä ja kertoo aineistoni koosta.

Tk = terveyskeskus, oval = orientoivan vaiheen apulaislääkäri. Kaksivuotinen perusterveydenhuollon lisäkoulutus eli eurolääkäripalvelu korvasi entisen orientoivan vaiheen vuoden 1995 alusta, mutta ilmeisesti orientoivan vaiheen virka oli vielä käytössä ainakin epävirallisena nimikkeenä, koska Leena kertoi työskentelevänsä oval:n määräyskirjalla. Perusterveydenhuollon lisäkoulutus vaaditaan, jotta lääkäri saa täydet ammatinharjoittamisoikeudet yleislääkärinä, ja se edellyttää vähintään puolen vuoden palvelua sekä tk:ssa että sairaalaassa. (Hallila 1998). Siksi monet lääkärit hakeutuivat sairaalasta seuraavaksi tk:een tai päinvastoin.

