

”TUNTUU ETTÄ MUT TÄYTYY RIKKOA ENNEN KUIN
VOIN SAADA SEN MITÄ TARVITSEN”

Medikalisaatio, hidas väkivalta ja siitä selviytyminen transsu-
kupuolisten transterveydenhuoltoa käsittelevissä blogikirjoi-
tuksissa

Aino-Mari Uisma
Maisterintutkielma
Sosiologia
Yhteiskuntatieteiden ja filo-
sofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2022

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Yhteiskuntatieteiden ja filosofian
Tekijä Aino-Mari Uisma	
Työn nimi "TUNTUU ETTÄ MUT TÄYTYY RIKKOA ENNEN KUIN VOIN SAADA SEN MITÄ TARVITSEN" - Medikalisaatio, hidas väkivalta ja siitä selviytyminen transsukupuolisten transterveydenhuoltoa käsittelevissä blogikirjoituksissa	
Oppiaine Sosiologia	Työn tyyppi Pro Gradu
Aika Kevät 2023	Sivumäärä 83 + liitteet 8 sivua
Ohjaaja Markku Lonkila	
Tiivistelmä	
<p>Transterveydenhuollossa tiedetään esiintyvän ongelmia, esimerkiksi epäasiallista kohtelua ja vähättelyä. Tietoa kokemuksista ja niiden kehittymisestä koko transterveydenhuollossa asioimisen ajalta on kuitenkin varsin vähän. Tämän tutkimuksen tehtävänä on selvittää, millaista väkivaltaa transsukupuoliset kohtaavat transterveydenhuollossa asioidessaan, miten se vaikuttaa heihin ja miten he pyrkivät tekemään vastarintaa. Aineistoni koostuu kolmesta, keskimäärin viiden vuoden ajalle jakautuvasta blogiaineistosta, joita jäsenän temaattisen narratiivisen analyysin kautta. Teoreettinen viitekehyseni muodostuu hitaan väkivallan teorian ympärille, jota olen jaotellut edelleen episteemiseksi väkivallaksi, kuluttavaksi odottamiseksi ja transterveydenhuollon harjoittamaksi sosiaalisesti kontrolliksi. Kiinnitän transterveydenhuollossa esiintyvän hitaan väkivallan transsukupuolisuuden medikalisoitumiseen ja sen myötä rakentuneisiin diagnostisiin kriteereihin ja asiantuntijoiden rooliin portinvartijoina.</p> <p>Transterveydenhuollon hidas väkivalta keskittyy erityisesti tutkimusjaksolle, joskin sen kuluttavuus korostuu sukupuolenkorjausprosessin edetessä. Episteeminen väkivalta lävistää koko transterveydenhuollon ja vaikuttaa myös odottamiseen ja transterveydenhuollon harjoittamaan sosiaaliseen kontrolliin. Hitaaseen väkivallaan liittyy toistuvasti ahdistusta, pelkoa, levottomuutta ja unettomuutta. Transsukupuolisilla on mahdollisuuksia vastarintaan erilaisten strategioiden avulla, mutta nämä eivät ole aina yhtä hyvin kaikkien saavutettavissa vaan voivat riippua esimerkiksi taloudellisista tai tiedollisista resursseista ja tukiverkoista.</p>	

Tulokset nostavat esille transsukupuolisten kokemuksia transterveydenhuollon väkivaltaisista piirteistä, jotka helposti jäävät huomiotta. Näin myös transterveydenhuollon rakenteisiin juurtuneet vahingolliset piirteet tulevat näkyviksi. Erityisesti episteemiset rakenteet seurauksineen ja niiden taustalla vaikuttavat näkemykset kaipaavat lisää huomiota.

Asiasanat Transsukupuolisuus, terveydenhuolto, sukupuolenkorjaus, hidas väkivalta, episteeminen väkivalta, medikalisaatio, odottaminen, sosiaalinen kontrolli

Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto

Muita tietoja

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Millaista hidasta väkivaltaa kirjoituksissa esiintyy?	67
TAULUKKO 2	Millaista toimijuutta ja vastarintaa kirjoituksissa kuvaillaan?	69

SISÄLLYS

1	JOHDANTO JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	2
2	YHTEISKUNNALLINEN KONTEKSTI.....	6
2.1	Keskeinen käsitteistö	6
2.1.1	Transsukupuolisuutta määrittelemässä – lääketieteellinen ja feministinen ymmärrystapa	6
2.1.2	Transnormatiivisuus	9
2.1.3	Cisgenderismi	10
2.2	Transterveydenhuolto Suomessa.....	11
2.2.1	Laki, diagnostiikka ja käytännön järjestyminen	11
2.2.2	Transterveydenhuollon merkitys transsukupuolisille	12
2.2.3	Ongelmakohdat transterveydenhuollossa.....	13
2.3	Sosiologinen transtutkimus	14
3	TRANSSUKUPUOLISUUDEN MEDIKALISOITUMINEN.....	16
3.1	Mitä medikalisaatio on? Transsukupuolisuus tulee lääketieteen piiriin...	16
3.2	Lääketieteilijöiden ja transihmisten muokkaama medikalisaatio.....	18
3.3	Lääketieteelliset hoidot kehittyvät.....	20
3.4	Lääketieteen määrittelyvalta ja patologisointi.....	22
3.5	Diagnoosien ja portinvartijoiden voima	23
3.6	Medikalisaation hyödyt ja haitat transsukupuolisille	25
4	HIDAS VÄKIVALTA.....	27
4.1	Mitä väkivalta on?.....	27
4.2	Miten väkivalta voi olla hidasta? Konventionaalisia käsityksiä haastamassa	28
4.2.1	Episteeminen väkivalta hitaana väkivaltana.....	29
4.2.2	Kuluttava odottaminen hitaana väkivaltana.....	30
4.2.3	Transterveydenhuollon harjoittama sosiaalinen kontrolli hitaana väkivaltana.....	31
4.2.4	Miten transsukupuoliset voivat haastaa hidasta väkivaltaa?	33
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	34
5.1	Aineisto ja sen keruu	34
5.1.1	Aineiston yleiskuvaus.....	34
5.1.2	Tutkimuksessa huomioitavat laki ja tietosuoja.....	35
5.2	Tutkimusetiikka	36
5.2.1	Tutkimusetiikka internet-tutkimuksessa	36

5.2.2	Transtutkimuksen eettiset erityiskysymykset.....	39
5.3	Temaattinen narratiivinen analyysi	40
5.3.1	Tekstien narratiivisuudesta.....	40
5.3.2	Temaattisen narratiivisen analyysin periaatteet ja toteutus	41
6	ANALYYSI	44
6.1	Episteeminen väkivalta	44
6.1.1	Vähättely	44
6.1.2	Asiantuntijatiedon ensisijaisuus suhteessa omaan tietämiseen	45
6.1.3	Huoli suoriutumisesta	46
6.1.4	Episteeminen väkivalta ja transterveydenhuollon raskaus	47
6.1.5	Episteemisen väkivallan vastustaminen valmistautumalla.....	48
6.2	Kuluttava odottaminen	49
6.2.1	Epävarma odottaminen.....	49
6.2.2	Kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen	51
6.2.3	Menetetty aika.....	53
6.2.4	Odottamisessa selviäminen positiivisen odottamisen ja odotukseen asemoitumisen avulla	54
6.3	Transterveydenhuollon harjoittama sosiaalinen kontrolli.....	57
6.3.1	Diagnostiikan ja oman itsen ristipaineessa.....	57
6.3.2	Mahdollisten hoitopolkujen rajaaminen	58
6.3.3	Raskas transterveydenhuolto, jolle ei ole vaihtoehtoja.....	59
6.3.4	Strateginen suhtautuminen sosiaaliseen kontrolliin.....	62
	6.3.4.1 Oman identiteetin ja vaatimusten välinen sovittelu.....	62
	6.3.4.2 Tukiverkostot tiedon lähteinä, identiteetin vahvistajina ja voimavarana	63
	6.3.4.3 Oman hoitopolun strateginen rakentaminen ja valitusten ja muistutusten tekeminen	64
6.4	Analyysin yhteenveto.....	66
7	POHDINTA.....	70
8	LOPUKSI.....	74
	LÄHTEET	77
	LIITTEET	84

1 JOHDANTO JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Sukupuolenkorjausprosessi voi olla sitä tarvitsevalle transsukupuoliselle henkilölle elintärkeä. Sen positiiviset vaikutukset ovat laajat; se voi esimerkiksi vähentää koettua sukupuolidysforiaa, lisätä tyytyväisyyttä elämään, laskea itsemurhariskiä ja vähentää huolia syrjinnästä. (Heinonen, Suominen, Mattila & Kylmä 2013, 13–15; van de Grift, Elaut, Cerwenka, Cohen-Kettenis, Cuypere, Richter-Appelt, Kreukels 2017; Yildizhan, Yüksel, Avayu & Noyan 2017; Allen, Watson, Egan & Moser 2019). Elämä ilman sukupuolenkorjausta ei välttämättä näyttäydy elämisen arvoisena. (Pearce 2018, 151–153).

Koska sukupuolenkorjausprosessilla voi olla näin suuri merkitys monien hyvinvoinnille, ongelmat transterveydenhuollossa ovat hyvin huolestuttavia. Viitataan sanalla transterveydenhuolto tässä tutkimuksessa kaikkiin niihin terveydenhuoltoon tarjoihin tahoihin, jotka osallistuvat sukupuolenkorjausprosessin järjestämiseen. Suomessa sukupuolenkorjausprosessin tutkimusvaihe ja hoito on keskitetty Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan ja Tampereen yliopistolliseen sairaalaan, mutta tiettyjä hoitoja voidaan tarjota myös muissa terveydenhuollon pisteissä (1053/2002).

Transterveydenhuollossa esiintyvät ongelmat voivat olla hyvin moninaisia. Aiempien selvitysten perusteella tiedetään, että transterveydenhuollossa asioivat voivat kohdata epäasiallista kohtelua, tungettelevia kysymyksiä, ennakkoluuloja ja odotuksia tietynlaisista identiteettiin ja kokemukseen liittyvistä narratiiveista (Puckett, Cleary, Rossman, Newcomb & Mustanski 2018, 55–56; Johnson 2019, 529–530). Aiemmat selvitykset kokemuksista suomalaisessa transterveydenhuollossa kertovat myös kuormittavista odotusajoista ja epätietoisuudesta, vähättelystä sekä henkilökunnan tiedon puutteesta (Heinonen ja kumppanit 2013, 12–13; Loponen 2021, 75–88; Salovaara 2022, 13–16). Suomalaisessa transterveydenhuollossa voi esiintyä lisäksi ongelmia ymmärtää ulkomaalaistaustaisia transsukupuolisia, heidän kokemuksiaan ja

identiteettejään (Czimbalmos & Rask 2022). Monet voivat myös kokea itsensä voimattomiksi haastaa heihin kohdistuvaa kaltoinkohtelua (Pearce 2018, 55). Myös sukupuolenkorjausprosessia määrittelevää lainsäädäntöä, sen vaatimusta lisääntymiskyvyttömyydestä ja psykiatrisen diagnoosin vaatimista on kritisoitu ihmisoikeuksien vastaiseksi (Amnesty 2014, 40–47).

Näkemykset sukupuolesta ja transsukupuolisuudesta ovat hyvin moninaisia. Sukupuoli voidaan nähdä yhdestä näkökulmasta binäärisenä ja vakaana, toisesta näkökulmasta moninaisempana ja soljuvana. Samoin tavat käsittää transsukupuolisuus ovat hyvin erilaisia – yhtäältä se voidaan nähdä ongelmana, joka tulee hoitaa ja häivyttää pois, tai se voidaan hahmottaa yhdeksi ihmisen ominaisuudeksi muiden ohella. (Pearce 2018, 9, 20–21). Transsukupuolisuuden pitämistä patologisena häiriönä on kritisoitu runsaasti ja siitä on myös pyritty irtautumaan. (esim. Ashley 2019, 481; Johnson 2019, 523–525). Sukupuolenkorjausprosessin edellytyksenä on kuitenkin useissa maissa edelleen psykiatrisen diagnoosi – myös Suomessa diagnoosi on edellytys lääketieteellisille hoidoille ja juridiselle tunnustukselle (2002/563). Tämä diagnoosin edellyttäminen elintärkeiden hoitojen pääsemiseksi ja sen patologisoivan luonteen mahdollinen ristiriitaisuus oman kokemuksen kanssa voi asettaa transsukupuoliset hyvin jännitteiseen asemaan, jossa heidän täytyy tavoitella diagnoosia silloinkin, kun he eivät miellä itseään sairaaksi.

Tutkin tässä maisterintutkielmassa transsukupuolisten kokemuksia transterveydenhuollosta blogikirjoituksista koostuvan aineiston avulla. Huomioni kiinnittyy erityisesti ajan kanssa hitaasti ilmeneviin kuluttaviin ja satuttaviin kokemuksiin, jotka liittyvät transterveydenhuollon rakenteisiin, näiden vaikutuksiin sekä transsukupuolisten mahdollisuuksiin välttää tai vastustaa näitä haitallisia piirteitä. Transterveydenhuoltoa ei ole juurikaan tutkittu Suomessa näin selkeästi sen rakenteellisiin ongelmiin ja väkivaltaisuuteen pureutuen. Tutkimukseni tavoite on tuottaa arvokasta tietoa näistä ongelmakohdista nostamalla esiin juuri niitä kohtaavien ääniä ja kokemuksia sekä transsukupuolisten mahdollisuuksista vaikuttaa itse oman sukupuolenkorjausprosessinsa etenemiseen. Tämä työ keskittyy kolmeen tutkimuskysymykseen:

- 1) Millaista hidasta väkivaltaa aineistossa kuvaillaan?
- 2) Millaisia vaikutuksia hitaalla väkivallalla on kirjoittajiin?
- 3) Millaista vastarintaa kirjoittajat kertovat tekevänsä?

Kaksi ensimmäistä kysymystä keskittyvät selvittämään, kohtaavatko tutkimani transsukupuoliset transterveydenhuollossa hidasta väkivaltaa, ja millaisia vaikutuksia sillä on heihin. Tätä varten olen rakentanut aiemman tutkimuksen ja teoretisoinnin pohjalta hitaan väkivallan viitekehyksen, jonka keskiössä on Rob Nixonin (2011) aja-

tus hitaasta väkivallasta väkivaltana, joka on ajallisesti ja tilallisesti hajautunutta, kuluttavaa ja kertyvää. Jaan hitaan väkivallan edelleen kolmeen osaan, joihin keskityn: *episteemiseen väkivaltaan, kuluttavaan odottamiseen ja transterveydenhuollon harjoittamaan sosiaaliseen kontrolliin.*

Tutkimuskysymyksistäni kolmas keskittyy kirjoittajien kertomuksiin harjoittamistaan vastarinnan muodoista. Tämän avulla pyrin selvittämään, millaisia mahdollisuuksia heillä on välttää tai selviytyä kohtaamastaan hitaasta väkivallasta ja sen vaikutuksista. Käsitän transterveydenhuollossa asioivat transsukupuoliset aktiivisiksi toimijoiksi, jotka voivat vaikuttaa omaan terveydenhuoltoonsa.

Sijoitan analyysini hitaasta väkivallasta laajempaan medikalisaation viitekehykseen. Ehdotan transterveydenhuollossa esiintyvän hitaan väkivallan olevan osin yhteydessä transsukupuolisuuden medikalisoitumiseen ja sitä seuranneisiin patologi-soitumiseen, diagnostisiin kriteereihin ja portinvartijoina toimiviin asiantuntijoihin.

Hidas, kuluttava ja vaikeasti tunnistettava väkivalta voidaan tehdä näkyväksi kiinnittämällä huomiota sen narratiiviseen esittämiseen; siitä on kirjoitettava tarinoita, jotka herättävät huomiota ja jotka tekevät sen näkyväksi. (Nixon 2011, 3, 15). Tästä syystä lähdän vastaamaan tutkimuskysymyksiini keräämälläni laadullisella aineistolla, joka koostuu kolmen transterveydenhuoltokokemuksia käsittelevän blogin kirjoituksista. Nämä kirjoitukset, jotka kuvaavat varsin syvällisesti ja ajoittain hyvinkin kipeästi transterveydenhuollossa asiointia useamman vuoden ajan, mahdollistavat hitaan väkivallan ajallisen hajautuneisuuden haastamisen ja siten tekevät näkyväksi transterveydenhuoltoon juurtuneet ongelmat ja väkivaltaiset piirteet sekä näiden vaikutukset kirjoittajiin. Analysoin aineistoani temaattisen narratiivisen analyysin keinoin.

Tämä työ sijoittuu osaksi laajempaa lääketieteellisen sosiologian kenttää ja erityisesti sen kiinnostusta lääketieteellisiä instituutioita ja niiden rakenteita kohtaan. Kuten monessa muussa lääketieteellisen sosiologian tutkimuksessa, myös tässä huomio kiinnittyy terveydenhuollon järjestymiseen ja palveluiden saamiseen, kokemukseen instituution sisällä ja kysymyksiin tiedosta ja tietämisestä. (Hill, Cockerham, McLeod & Haferty 2021, 1-7, 11-12). Työni rakentumisessa näkyvät myös sukupuolentutkimuksen, yhteiskuntatieteellisen transtutkimuksen ja väkivaltatutkimuksen vaikutukset.

Seuraavaksi esittelen tähän tutkimukseen liittyvää yhteiskunnallista kontekstia. Aloitan jäsentelemällä erilaisia tapoja ymmärtää transsukupuolisuus ja kaksi transterveydenhuollon järjestäytymiseen keskeisesti vaikuttavaa ideologiaa, transnormatiivisuuden ja cisgenderismin. Tämän jälkeen esittelen transterveydenhuollon järjestämisestä Suomessa, siihen liittyvää lainsäädäntöä ja käytössä olevaa diagnostiikkaa. Esittelen myös lyhyesti aiemman tutkimuksen havaintoja transterveydenhuollon tärkeydestä transsukupuolisille ja transterveydenhuollossa aiemmin havaittuja ongelmia.

Pääluvun lopuksi esittelen tiiviisti sosiologisen transtutkimuksen historiaa ja pääsuuntauksia. Suhteutan oman tutkimukseni osaksi laajempaa kiinnostusta transsukupuolisten kokemuksista instituutioissa ja erityisesti osaksi alati kasvavaa kiinnostusta terveydenhuoltokokemuksia.

Kolmannessa pääluvussa esittelen transsukupuolisuuden vaiheittaista tuleamista lääketieteellisen alueelle kuuluvaksi ilmiöksi. Tarkastelen tätä kehitystä medikalisaation teorian kautta. Esittelen, kuinka sekä lääketieteelliset asiantuntijat että transihmiset itse ovat vaikuttaneet transsukupuolisuuden medikalisoitumiseen, ja millaisia vaikutuksia tälle prosessilla on ollut transsukupuolisuudelle ja transsukupuolisille.

Neljännessä pääluvussa esittelen teoreettisen viitekehýkseni. Aloitan jäsentelällä lyhyesti yleisesti väkivallan määrittelyä ja siihen liittyvää tutkimusta. Tämän jälkeen esittelen Nixonin (2011) ajatusta hitaasta väkivallasta ja omaa, transsukupuolisuuden medikalisaatioon sitoutuvaa jaotteluani hitaasta väkivallasta *episteemisenä väkivaltana, kuluttavana odottamisena ja transterveydenhuollon harjoittamana sosiaalisena kontrollina*. Lopuksi esittelen transsukupuolisten mahdollisuuksia haastaa tätä heidän kohtaamaansa hidasta väkivaltaa kertomusten kautta.

Viides pääluku jakaantuu kolmeen osaan: aineiston ja sen keruun jäsentelyyn, keskeisten eettisten kysymysten huomiointiin ja tekemäni temaattisen narratiivisen analyysin esittelyyn.

Kuudennessa pääluvussa esittelen analyysini tuloksia aineistolainauksen avulla. Aloitan esittelemällä ensin *episteemisen väkivallan* erilaisia muotoja ja vaikutuksia, sekä tulkitsemiani vastarinnan muotoja. Samalla tapaa esittelen *kuluttavaan odottamiseen* ja *transterveydenhuollon harjoittamaan sosiaaliseen kontrolliin* liittyvät havainnot. Lopuksi esittelen tiiviisti tulokset tutkimuskysymyksiini vastaten.

Seitsemännessä pääluvussa pohdin syvemmin analyysini tuloksia yhtäältä suhteessa aiempaan tutkimukseen, toisaalta myös niiden yhteyksiä medikalisaatioon ja sen vaikutuksiin jäsenellen. Pohdin myös kokemusten samankaltaisuutta yleisesti kokemuksiin terveydenhuollosta.

Kahdeksannessa pääluvussa keskityn arvioimaan omaa tutkimustani kokonaisuudessaan ja alueittain. Erityisesti keskityn teoreettisen viitekehýkseni soveltuvuuden arviointiin, oman tutkijapositioni jäsentelyyn sekä aineiston piirteiden mahdollisiin vaikutuksiin. Lopuksi käsittelen lyhyesti odotettavissa olevia muutoksia transterveydenhuoltoon liittyvään diagnostiikkaan ja lainsäädäntöön.

2 YHTEISKUNNALLINEN KONTEKSTI

2.1 Keskeinen käsitteistö

Esittelen seuraavaksi tutkielmalleni keskeistä käsitteistöä. Aloitan jäsentelemällä erilaisia tapoja määritellä transsukupuolisuus ja millaisia seurauksia näillä on transsukupuolisille ja transterveydenhuollon järjestymiselle. Tämän jälkeen esittelen kaksi keskeistä ideologiaa, transnormatiivisuuden ja cisgenderismin, jotka myös liittyvät tiiviisti transterveydenhuollon järjestymiseen.

2.1.1 Transsukupuolisuutta määrittelemässä - lääketieteellinen ja feministinen ymmärrystapa

Yleisesti transsukupuolisen voidaan ajatella olevan henkilö, jonka sukupuoli-identiteetti ei vastaa hänelle syntymässä määriteltyä sukupuolta. Hän voi olla mies tai nainen, mutta myös sukupuolibinäärin ulkopuolelle asettuvia muunsukupuolisia voidaan luonnehtia transsukupuolisiksi. Transihminen on kattotermi, joka kattaa kaikki henkilöt, joiden sukupuoli-identiteetti tai ilmaisu eroaa syntymällä määriteltyyn sukupuoleen liittyvistä odotuksista. (Seta 2021; THL 2022). Transsukupuolisuuden määrittely on muuttuvaa ja kilpailtua; vaikka historiallisesti transsukupuolisuutta ja siihen liittyviä mahdollisuuksia ovatkin määritelleet lääketieteellisistä piireistä ja kirjallisuudesta kumpuavat diskurssit, on nykyaikainen kieli ja käsitteistö saanut vaikutteita yhteisö- ja aktivismilähtöisistä vastadiskursseista sekä yhteiskuntatieteellisestä ja humanistisesta teoretisoinnista (Pearce 2018, 20). Toisaalta lääketieteelliselle tiedolle

ehdolliset, patologiset lähestymistavat vaikuttavat edelleen vahvasti käsityksiin transsukupuolisuudesta ja transterveydenhuollon mahdollisuuksista, minkä tähden on tärkeää tarkastella kriittisesti tällaisia arvovaltaisia diskursseja ja lääketieteellisten ammattilaisten harjoittamaa vallankäyttöä diagnoosin ja diskurssin kautta. (Pearce 2018, 9, 47–48).

Sukupuolen moninaisuuteen liittyvä kieli ja sanasto on hyvin monipuolista ja jatkuvassa neuvottelun ja kehityksen tilassa. Pidän sitä Pearcea (2018, 19–20) mukailleen paikkaan ja aikaan tiiviisti sitoutuneena, diskursiivisesti erilaisia näkemyksiä viestivänä välineenä, jolla on vaikutuksia tapoihimme hahmottaa transsukupuolisuutta ja siihen liittyviä ilmiöitä ja mahdollisuuksia. Sukupuoleen liittyvät diskurssit eivät siten ole staattisia ja pysyvästi ihmisiä määritteleviä, vaan ne voidaan haastaa ja uudistaa, jolloin myös tapa ymmärtää transsukupuolisuus voi myös muuttua; kun diskursiivisesti tunnistamme erilaisia mahdollisuuksia ja tapoja olla, tulevat ne myös elettäviksi ja koettaviksi. Näin ollen erilaisissa hahmotustavoissa ja käsitteissä piilevä valta ja mahdollisuus vaikuttavat konkreettisesti esimerkiksi transterveydenhuollon järjestämiseen. (McQueen 2015, 125–156, 186–187).

Ammattilaisten ja transsukupuolisten erilaiset näkemykset transsukupuolisuudesta ja siihen liittyvistä mahdollisuuksista aiheuttaa erimielisyyksiä, kitkaa ja ongelmakohtia transterveydenhuollossa (Pearce 2018, 7). Tämän vuoksi on tärkeää perehtyä erilaisiin hahmotustapoihin ja sen vaikutuksiin, koska tällöin transterveydenhuollon ongelmatilanteiden syvällisempi ymmärtäminen mahdollistuu. Lisäksi sillä, miten tutkijat itse valitsevat määritellä transsukupuolisuuden, on väistämättä vaikutusta tutkimuksen rakentumiseen jokaisessa vaiheessa tutkimusongelmien muotoilusta analyysiin ja raportointiin.

Ruth Pearce (2018) jakaa omassa väitöskirjassaan transsukupuolisuutta määrittelemään pyrkivät lähestymistavat karkeasti kahteen kategoriaan: ehdollista tilaa (*trans as condition*) ja liikettä (*trans as movement*) painottaviin ymmärrystapoihin. Tekstin sujuvuuden nimissä viitataan aiempaa tutkimusta (esim. Loponen 2021) mukaillen näihin ymmärrystapoihin *lääketieteellisenä* ja *feministisenä* lähestymistapana.

Transsukupuolisuutta voidaan lähestyä tilana, joka on usein lääketieteellisten asiantuntijoiden tuntemuksen ja tietämyksen määrittelemää; se on vakaa, korjattavissa, määriteltävissä ja rajattavissa staattisten, usein sukupuolen binäärikäsityksiin nojaavien kriteerien avulla (Pearce 2018, 9, 20). Pearce kutsuu tätä tapaa hahmottaa transsukupuolisuus tilaksi (*trans as condition*) mutta selkeyden vuoksi viitataan siihen itse lääketieteellisenä tapana ymmärtää transsukupuolisuus, sillä kyseinen lähestymiskulma on ollut ja on hyvin tyypillisesti edustettuna lääketieteellisessä kirjallisuudessa ja hoidon järjestämisessä. Tämä ymmärrystapa transsukupuolisuudesta vaikuttaa yhtäältä siihen, miten transsukupuolisuus hahmotetaan lääketieteellisten ammat-

tilaisten toimesta ja toisaalta myös siihen, millaisia sukupuoliä ja identiteettejä voidaan tunnistaa ja millaisia hoitomahdollisuuksia transsukupuolisille voidaan transterveydenhuollossa tarjota (Pearce 2018, 83–96). Lääketieteellinen ymmärrys, tukiesään tiedon sijoittumista asiantuntijoille transsukupuolisten itsensä sijasta, luo selalaista tiedon ja vallan epäsymmetriaa, joka on aiemmassa tutkimuksessa liitetty transtahmisten negatiivisiin kokemuksiin transterveydenhuollossa (Heinonen et al. 2013, 12–13; Pearce 2018, 75–78). Myös transsukupuoliset itse voivat hyödyntää, uudistaa ja käyttää strategisesti tällaista lääketieteellistä ymmärrystä käsitellessään omaa suhdettaan sukupuoleen ja kehoon, oikeuttaessaan omia identiteettejään muille ja navigoidessaan transterveydenhuollossa. (Pearce 2018, 96; Johnson 2019, 516–517).

Vaihtoehtoisesti transsukupuolisuus voidaan hahmottaa avoimeksi liikkeeksi yli sosiaalisesti rakennettujen rajojen, sellaisesta lähtökohdasta, jota yksilö ei ole itse valinnut, vaan joka on hänelle muiden toimesta osoitettu (Stryker 2017, 1). Pearce kutsum tätä lähestymiskulmaa liikkeeksi (*trans as movement*) mutta viittaa itse siihen feministisenä ymmärryksenä transsukupuolisuudesta, sillä se irtaantuu lääketieteellisen ymmärryksen tiukoista kategorioista ja haastaa näkemyksiä sukupuolesta olenaisesti vakaana ja binäärisenä. (Pearce 2018, 20–21). Tälle tavalle lähestyä transsukupuolisuutta kenties keskeisimpänä teoreetikkona pidetään filosofi Judith Butleria ja hänen ajatustaan sukupuolesta performatiivisena, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muodostuvana ja neuvoteltavana – tämä käsitys on saanut jalansijaa sekä aktivismissa että tutkimuksessa 90-luvulta lähtien (Butler 1999; Stryker 2017, 139; Pearce 2018, 35). Toisin kuin lääketieteellinen ymmärrys, feministinen lähestymistapa haastaa tiedon ja osaamisen sijoittumista asiantuntijoille ja antaa enemmän tilaa ja mahdollisuuksia erilaisille identiteeteille – myös sellaisille, jotka eivät sovi transnormatiivisiin narratiiveihin ja tavoittele vallitsevia cisgenderistisiä ihanteita (Stryker 2017, 21–24; Pearce 2018, 19–21, 33–45). Tässä tutkimuksessa lähestyn transsukupuolisuutta ja sukupuolta yleensäkin vahvasti feminististä käsittämistapaa mukaillen, sillä se sallii transsukupuolisten identiteettien moninaisuuden huomioimisen sekä heidän oman syvän tietämyksensä arvostamisen.

Lääketieteellinen ja feministinen ymmärrys eivät ole vain kaksi erillistä, kilpailevaa lähestymiskulmaa, vaan ne myös vaikuttavat toisiinsa. Lääketieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa on esimerkiksi ryhdytty huomioimaan myös yhteiskunnallista transtutkimusta ja transaktivismia, minkä lisäksi muunsukupuolisille on auennut mahdollisuuksia lääketieteellisiin hoitopolkuihin. Toisaalta lääketieteelliseen ymmärryksen pohjaava lääketieteellisten asiantuntijoiden valta diagnosoida ja arvioida säilyy monella paikalla edelleen. (Pearce 2018, 45–48).

2.1.2 Transnormatiivisuus

Transnormatiivisuus on "normatiivinen ideologia, joka luo ja ylläpitää sosiaalisia, juridisia ja lääketieteellisiä asetelmia, joissa transsukupuolisia pidetään tilivelvollisina tietuille standardeille, joita sekä trans- että cissukupuoliset ylläpitävät." Transterveydenhuollossa transnormatiiviseen narratiiviin sopivat henkilöt, kehot ja identiteetit saavat tukea ja tunnustusta, siitä poikkeavat puolestaan tulevat "marginalisoiduiksi, alistetuiksi ja heidät tehdään näkymättömiksi." (Johnson 2016, 466–469). Transterveydenhuoltoon on rakennettu tilivelvollisuuden rakenteita, joissa diagnostisin manuaalein varustetut asiantuntijat arvioivat laillisen ja usein sosiaalisesti myönnetyn vallan ja pätevyyden turvin sitä, ketkä suorittavat sukupuoltaan oikealla tavalla ja siten ansaitsevat lääketieteellistä ja laillista tunnustamista. Sukupuolenkorjausprosessiin kuuluvaa tosielämän koetta (kts. myös sivu 11) voidaan pitää yhtenä esimerkkinä tällaisesta transnormatiiviseen ajatteluun pohjaavasta tilivelvollisuuden mekaniikasta. (1053/2002; Johnson 2016, 467–468; Pearce 2018, 64–67). Transnormatiivinen narratiivi on saanut kannatusta myös transsukupuolisilta itseltään, sillä se on mahdollistanut tietynlaisille transsukupuolisille – polkuja lääketieteellisten hoitojen ja virallisen tunnistamisen äärelle (Pearce 2018, 87–89).

Transnormatiivisuus mukailee vahvasti lääketieteellistä ymmärrystä siitä, mitä tarkoittaa olla transsukupuolinen – se on historiallisesti painottanut heteroseksuaalisuutta, halua mukailla perinteisiä sukupuolirooleja ja, erityisesti Suomessa, halua olla lisääntymiskyvytön. Tämän myötä syntyy hierarkia, jonka huipulle sijoitetaan lääketieteellisen ymmärryksen mukaiset henkilöt "oikeiksi transsukupuolisiksi" ja vastaavasti pohjalle esimerkiksi sukupuolibinäärin ulkopuolelle asettuvat henkilöt ja heidät, jotka eivät tavoittele lääketieteellisiä hoitoja ja normatiivista sukupuolen ilmaisua. (Johnson 2016, 465–468; Pearce 2018 113–115; Repo 2018, 16–19).

Transnormatiivisuus on keskeinen käsite, joka mahdollistaa tällaisen hegemonisen diskurssin toiminnan ja vaikutusten tarkastelun. Transnormatiiviseen narratiiviin sopiminen näyttää aiemman tutkimuksen perusteella tekevän transterveydenhuollossa asioimisesta helpompaa – ja vastaavasti sen ulkopuolelle jääville pääsy lääketieteellisten hoitojen piiriin voi olla entistäkin hitaampaa tai jopa mahdotonta (Pearce 2018, 113–115; Shepherd & Hanckel 2021). Kaikki eivät kuitenkaan voi tasavertaisesti vastata transnormatiivisiin odotuksiin, sillä lääketieteelliset ymmärrykset sukupuolesta yleisesti ja transsukupuolisuudesta erityisesti ovat tyypillisesti hyvin valkoisia ja länsimaisia, jolloin esimerkiksi rodullistettujen henkilöiden voi olla erityisen haastavaa tulla otetuksi todesta "oikeina transsukupuolisina" (Johnson 2016, 486; Pearce 2018, 113–115).

2.1.3 Cisgenderismi

Cisgenderismiä voidaan pitää ennakkoluuloisena ja systemaattisena ideologiana, joka on pesiytynyt moniin vaikutusvaltaisiin diskursseihin, esimerkiksi transsukupuolisuuden lääketieteelliseen ymmärrystapaan. Cisgenderismi tarkoittaa yhteiskunnan taipumusta suosia tietynlaisia cissukupuolisia kehoja ja käytöksiä – ja vastaavasti marginalisoida näistä poikkeavia cis- ja transihmisiä sekä heidän omaa tietämystään ja ymmärrystään itsestään. (Ansara & Hegarty 2012; Ansara & Berger 2016; Pearce 2018, 43–44). Cisgenderismiin kuuluu keskeisesti “transihmisten systemaattinen häivyttäminen ja problematisointi” sekä “sukupuolen rakentaminen binäärisenä, biologisesti määräytyvänä, syntymästä asti vakaana, muuttumattomana, ulkopuolelta määrättyinä” ilmiönä, jolloin transsukupuolisista, heidän elämistään ja kehoistaan tulee mahdottomia poikkeamia (Pearce 2018, 85).

Cisgenderismi voidaan jakaa kulttuuriseen ja ammattimaiseen cisgenderismiin. Molemmat ovat vahvasti institutionalisoituneita, mutta ammattimainen cisgenderismi toimii huomattavasti avoimemmin ja selkeästi ääneen sanottuna esimerkiksi transterveydenhuollossa ja diagnostisissa kriteereissä. Juuri ammattimainen cisgenderismi näkyy lääketieteellisen ymmärrystavan joustamattomuudessa ja ylläpitää sen mukaisia näkemyksiä siitä, mikä on transterveydenhuollossa mahdollista ja mikä ei. Tähän sisältyy myös lääketieteelliselle lähestymistavalle keskeinen näkemys asian tuntijoiden osaamisesta ja näkemyksistä transsukupuolisten omaa tietämistä tärkeämpänä, jolloin muodolliset diagnostiset kategoriat ja kriteerit nähdään oleellisempina välineenä potilaiden ymmärtämiseen ja potilaan oma, hienostuneempi ymmärrys itsestään sivuutetaan. (Ansara & Berger 2016; Pearce 2018, 115)

Cisgenderismi on hyvin tärkeä käsite transsukupuolisten yhteiskunnallisen aseman ymmärtämisessä. Se tekee näkyväksi sen, kuinka transsukupuolisten oma tietäminen ja tunteminen voidaan syrjäyttää ja kuinka transsukupuolisia voidaan lähestyä juuri poikkeamina, jotka tulee häivyttää. Sekä cisgenderismi että transnormatiivisuus ovat selkeästi vahingollisia rakenteita, jotka voivat vaikuttaa transsukupuolisten elämiin ja transterveydenhuollon järjestymiseen. Kenties yksi mahdollinen tapa purkaa transnormatiivisia hierarkioita ja cisgenderistisiä asenteita voisi olla feministisen ymmärrystavan laajempi käyttöönotto – näin moninaiset tavat olla ja tehdä sukupuolta voitaisiin nähdä tasavertaisesti yhtä hyvinä ja hyväksyttävänä.

2.2 Transterveydenhuolto Suomessa

2.2.1 Laki, diagnostiikka ja käytännön järjestäminen

Transterveydenhuollolla viitataan niihin terveydenhuollon instituutioihin, jotka osallistuvat lääketieteellisen sukupuolenkorjausprosessin toteuttamiseen. Tähän kuuluvat Suomen kahden sukupuoli-identiteetteihin keskittyvän poliklinikan lisäksi monia muita osastoja, sairaaloita ja terveyskeskuksia, jotka tarjoavat sukupuolta vahvistavia hoitoja transsukupuolisille. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön asetus 1053/2002 säätelee lääketieteellistä sukupuolenkorjaushoidon toteuttamista. Sen mukaisesti tutkimus ja hoito on keskitetty kahteen paikkaan, Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan ja Tampereen yliopistolliseen sairaalaan. Tutkimusta, hoitoa ja seuranta toteuttavat asetuksen mukaisesti monitieteelliset työryhmät, joiden toiminnasta vastaa psykiatrian erikoislääkäri. (1053/2002).

Sukupuolenkorjausprosessin ensimmäinen vaihe, tutkimusvaihe, kestää tavanomaisimmin vähintään vuoden. Sen aikana transterveydenhuollossa asioiva käy keskustelemassa työryhmänsä jäsenten kanssa omasta henkilöhistoriastaan ja sukupuolikokemuksistaan. Tutkimusjakson aikana tehdään myös psykologisia testejä, joiden avulla kartoitetaan valmiutta hoitoihin ja suljetaan erotusdiagnostiikan avulla pois psykiatriset sairaudet ja häiriöt, jotka voisivat vaikuttaa sukupuolikokemukseen. Tutkimusvaiheen lopuksi potilaalle voidaan antaa ICD-10:n mukainen diagnoosi F64.0 ("transsukupuolisuus") tai F64.8 ("muu sukupuoli-identiteetin häiriö"). (TAYS 2021). Diagnoosin F64.0 kriteereistä kirjoitetaan seuraavasti:

"Tavallisesti henkilöllä on tunne oman anatomisen sukupuolen epämiellyttävyydestä tai epäasianmukaisuudesta. Diagnostiset kriteerit:

A. Halu elää ja tulla hyväksytyksi vastakkaisen sukupuolen edustajana. Tavallisesti tähän liittyy toive saada kirurgista ja hormonaalista hoitoa oman ruumiin muuttamiseksi mahdollisimman samankaltaiseksi kuin toivottu sukupuoli.

B. Transseksuaalisen identiteetin kokemus on kestänyt vähintään kaksi vuotta.

C. Kyseessä ei ole muun [sic] mielenterveyshäiriön, esimerkiksi skitsofrenian oire tai kromosomipoikkeavuus."
(Kärnä 2021)

Diagnoosin asettamisen jälkeen työryhmä laatii yhdessä potilaan kanssa hoidosta ja sen toteuttamisesta kirjallisen hoitosuunnitelman, josta selviää, mihin hoidolla pyritään vaikuttamaan, minkä lisäksi hoitosuunnitelmassa myös käy ilmi keinot ja tavoiteltu aikataulu tavoitteiden toteuttamiselle. Potilas voidaan ohjata psykiatrian erikoislääkärin toimesta hormonihoitojen arviointiin ja aloitukseen. Hormonihoitojen

edellytys on asetuksen mukaan riittävä psykiatrinen tutkimus, jonka kautta todetaan hoitojen edellytysten täyttyvän. (1053/2002). Hormonihoitoja ja kirurgisia hoitoja on mahdollista saada myös yksityisiltä palveluntarjoajilta ennen tutkimusjaksolle hakeutumista, mutta useimmat lääkärit ohjaavat potilaan lain ja asetuksen mukaiselle hoitopolulle jompaankumpaan yksikköön. Viimeistään diagnoosin jälkeen on myös mahdollista vaihtaa virallinen nimi, jota varten tarvitaan työryhmän lääkäriltä puoltava lausunto. Usein tässä kohtaa alkavaksi katsotaan tosielämän koe, jonka aikana potilaan on tarkoitus elää sukupuolensa edustajana. Tosielämän koe edellyttää oman sukupuoliroolin mukaisen elämän elämistä; siihen voi kuulua oman sukupuolen ilmaiseminen esimerkiksi pukeutumisen kautta, uuden nimen käyttöönotto ja oman identiteetin paljastaminen läheisille. Kestoltaan tosielämän koe on vähintään vuoden ja sen aikana tavataan transterveydenhuollon yhteyshenkilöä ja lopuksi pidetään hoitoneuvottelu, jonka jälkeen sukupuolen juridisen vahvistamisen hakeminen on mahdollista. (Pearce 2018, 65; TAYS 2021; Sukupuolen osaamiskeskus).

Sukuelinkirurgisia toimenpiteitä varten edellytetään henkilökohtaiseen tutkimukseen perustuva kirjallinen suositus oman työryhmän johtavalta psykiatrian erikoislääkäriltä. Lisäksi tarvitaan puoltava lausunto toisen työryhmän psykiatrian erikoislääkäriltä. (1053/2002). Myös sukupuolen lailliseksi vahvistamiseksi tulee olla molempien työryhmien psykiatrian erikoislääkäreiden myönteinen näkemys siitä, että ”henkilö kokee pysyvästi kuuluvansa vastakkaiseen sukupuoleen; hän elää tämän sukupuolen mukaisessa sukupuoliroolissa; ja hänet on steriloitu tai hän on muusta syystä lisääntymiskyvytön.” Tämän lääketieteellisen selvityksen lisäksi vaaditaan, että henkilö on täysi-ikäinen ja Suomen kansalainen tai että hänellä on asuinpaikka Suomessa. (2002/563).

2.2.2 Transterveydenhuollon merkitys transsukupuolisille

Osa transsukupuolisista kokee sukupuolidysforiaa – syvää vierautta, inhoa tai ahdistusta omaa väärinsukupuolittuneisuuttaan kohtaan. Tämä dysforia voi liittyä kehon sukupuolittuneisiin fyysisiin piirteisiin, jotka eivät vastaa omaa koettua sukupuolta, tai sosiaaliseen väärinsukupuolittamiseen, eli vääränä sukupuolena kohdatuksi tulemiseen. (WPATH 2012, 2; Sukupuolen osaamiskeskus). Dysforian kanssa eläminen voi olla hyvin vaikeaa – siihen voi liittyä psyykkistä, emotionaalista ja sosiaalista, jopa fyysistä kipua ja tuskaa. Se voi myös aiheuttaa sosiaalisesta elämästä vetäytymistä. (Galupo, Pulice-Farrow & Lindley 2020; Austin, Holzworth & Papciak 2022). Sukupuolenkorjausprosessi voi vähentää tällaisia dysforian tuntemuksia korjaamalla ke-

hoa paremmin vastaamaan omaa sukupuolta ja tukemalla oman sukupuolen edustajana kohdatuksi tulemista sosiaalisessa elämässä. Sukupuolenkorjausprosessin kautta saadut hoidot ovatkin yhteydessä vähäisempään koettuun sukupuolidysforiaan (van de Grift ja kumppanit 2017).

Sukupuolidysforian vähentämisen ohella sukupuolenkorjausprosessilla tiedetään olevan paljon positiivisia vaikutuksia. Se voi lisätä tyytyväisyyttä elämään (Heinonen ja kumppanit 2013, 15–16), vähentää huolia syrjinnästä ja parantaa sosiaalisten suhteiden laatua (Yildizhan ja kumppanit 2017) ja vähentää transsukupuolisten tilastollisesti varsin korkeaa itsemurhariskiä (Allen ja kumppanit 2019).

2.2.3 Ongelmakohdat transterveydenhuollossa

Koska sukupuolenkorjausprosessilla tiedetään olevan paljon vaikutusta transsukupuolisten hyvinvointiin, on luonnollisesti tutkimuksellinen kiinnostus kohdistunut transterveydenhuollon järjestäytymiseen ja sen yleisiin ongelmakohtiin. Setan selvityksen mukaan sukupuolenkorjausprosessiin liittyy Suomessa pitkiä ja toistuvia odotusaikoja, kuormitusta ja epätietoisuutta. 86 % vastanneista oli kokenut hidasteita tai esteitä, esimerkiksi epäluottamusta hoitohenkilökuntaan ja elämäntilanteeseen tai tiedon puutteeseen liittyviä esteitä. Diagnoosin saaneet henkilöt kertoivat usein kohdanneensa vähemmän esteitä, heikosti toimeentulevat puolestaan kertoivat useammin esteistä. (Salovaara 2022, 13–16). Transsukupuolisten tiedetään myös kohtaavan kaltoinkohtelua transterveydenhuollossa; heihin voi kohdistua esimerkiksi ennakkoluuloja, väärinsukupuolittamista ja tungettelevia, tarpeettomia kysymyksiä, jotka ylläpitävät (trans)normatiivisia käsityksiä sukupuolesta. (Puckett ja kumppanit 2018, 55–56; Loponen 2021, 75–88). Erityisesti ulkomaalaistaustaisten transihmisten voi olla haastavaa tulla ymmärretyiksi transterveydenhuollossa (Czimbalmos & Rask 2022).

Tyytyväisyys sukupuolenkorjausprosessia kohtaan on monen tekijän summa. Esimerkiksi tarpeenmukaisen hoidon hakeminen ja saaminen kaikissa prosessin vaiheissa, diagnoosin saaminen, hoidot, kuulluksi tuleminen hoitavien henkilöiden taholta, dysforian todesta ottaminen ja kyky kuunnella potilaan omaa tunnetta tilanteesta vaikuttavat myönteisesti koettuun tyytyväisyyteen. (Heinonen ja kumppanit 2013, 15–16). Koettu terveydenhuollon laatu voi olla riippuvaista hoitohenkilökunnan soveltuvuudesta ja sitoutuneisuudesta; erot kohtelussa ja prosessin etenemisessä saattavat johtua osittain yksittäisten lääkäreiden tai psykologien näkemyksistä, asenteista ja tietotasosta. Positiiviset kokemukset transterveydenhuollosta voivat riippua yksittäisten hoitohenkilökunnan jäsenten hyväntekeväisyydestä ja omistautuneisuudesta. (Bartholomaeus, Riggs & Sanfaçon 2020). Ongelmakohtien tunnistaminen on

tutkimuksellisesti arvokasta, sillä se voi mahdollistaa niihin puuttumisen tai niihin valmistautumisen. Tämä voi parantaa transterveydenhuollossa asioivien hyvinvointia.

Suomen sukupuolenkorjaukseen liittyvää lainsäädäntöä on kritisoitu kansainvälisesti ihmisoikeuksia rikkovaksi. Esimerkiksi Amnesty (2014, 40–47) pitää lisääntymiskyvyttömyyden ja psykiatrisen diagnoosin edellyttämistä juridiselle tunnistamiselle ihmisoikeuksien vastaisena. Tällä hetkellä käsittelyssä olevassa lakiuudistuksessa sterilisaation vaatimisesta luovuttaisiin ja juridisen sukupuolen muuttaminen ei enää edellyttäisi lääketieteellistä diagnoosia (STM009:00/2021). Tämän voidaan ajatella olevan osa laajempaa kansainvälistä liikehdintää, jossa transsukupuolisten itsemääräämis- ja määrittelyoikeus on kasvanut, ja askeleita otetaan kauemmas lähtökohteisesti patologisoivasta lääketieteellisestä lähestymistavasta. (esim. Burke 2011, 199; Schulz 2017) Näin voidaan ajatella olevan myös Suomessa käyttöön tulevassa ICD-11:sta, jossa siirrytään sukupuoli-identiteettihäiriön diagnosoimisesta sukupuoliristiriidan diagnosointiin (WHO 2019, HA60).

2.3 Sosiologinen transtutkimus

Sosiologinen kiinnostus transsukupuolisuutta kohtaan sai alkunsa 60-luvulla. Ensimmäisenä laajana yhteiskuntatieteellisenä tapaustutkimuksena transsukupuolisuudesta voidaan pitää Harold Garfinkelin etnometodologista tutkimusta sukupuolista-tuksen rakentumisesta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Garfinkel 1967, 116–186). Garfinkelin tutkimuksen vanavedessä tehtiin lisää tutkimusta juuri etnometodologisista ja nimeämisteoreettisista tulokulmista käsin. Näille aikaisille tutkimuksille oli tyypillistä keskittyä sukupuolen sosiaaliseen rakentumiseen ja sen taustalla vaikuttaviin instituutioihin, johon transsukupuolisuuden katsottiin tarjoavan hyvän tarkastelupinnan, sillä se nähtiin poikkeamana, joka teki normit näkyviksi. (Vidal-Ortiz 2008, 439–440). Transsukupuolisten omat kokemukset ja identiteetit ryhtyivät itsessään kiinnostamaan tutkimuksellisesti vasta 90-luvun alkupuolella. (Schilt & Lagos 2017, 429–431).

2000-luvun edetessä sosiologinen kiinnostus transsukupuolisuutta kohtaan on kasvanut. Näin on ollut myös Suomessa; esimerkiksi pelkästään vuonna 2022 Sosiologia-lehdessä julkaistiin kaksi transsukupuolisia käsittelevää tutkimusta, joista toinen keskittyi transsukupuolisten urheilijoiden mediakäsittelyyn ja toinen sukupuoli-

vähemmistöjen kansalaiskampailuun (Heimonen & Harju 2022; Kananen 2022). Nykyinen sosiologinen transtutkimus onkin aiheiltaan hyvin monipuolista. Keskeisimmät kiinnostuksenkohteet voidaan jakaa kolmeen pääsuuntaukseen: transihmisten identiteettien monipuolisuutta käsitteleväksi tutkimukseksi, kokemuksia instituutioissa ja organisaatioissa käsitteleväksi tutkimukseksi sekä määrälliseksi tutkimukseksi transihmisten identiteeteistä ja kokemuksista. (Schilt & Lagos 2017, 432–436). Oma tutkimukseni asettuu osaksi näistä keskeisimmistä, eli kokemuksia instituutioissa ja organisaatioissa käsittelevää tutkimusta.

2000-luvun transtutkimuksen kiinnostus on ollut monissa erilaisissa instituutioissa ja organisaatioissa, esimerkiksi korkeakouluissa, urheilussa ja uskonnoissa ja näihin liittyvissä kokemuksissa. (Hargie, Mitchell & Somerville 2016; Siegel 2019; Darwin 2020). Suurimman kiinnostuksen osakseen ovat saaneet kuitenkin lääketieteelliset instituutiot, sekä yleinen terveydenhuolto että erityisesti sukupuolienkorjausprosessia hallinnoiva transterveydenhuolto. Etenkin länsimaissa huomio on kiinnittynyt transihmisten kokemuksiin näiden instituutioiden asiakkaana, mahdollisiin ongelmiin ja selviämistästrategioihin. (esim. Puckett ja kumppanit 2018; Bartholomaeus ja kumppanit 2020). Kasvava yhteiskuntatieteellinen kiinnostus transihmisten terveyttä ja terveydenhuoltokokemuksia kohtaan on ollut erityisen toivottua, sillä transterveyden tutkimus on ollut pitkään transterveydenhuollosta vastaavien terveysalan ammattilaisten tekemää ja määrittelemää. (Pearce 2018, 5).

Sosiologisessa transtutkimuksessa yhdistyvät usein mielenkiintoisella tavalla erilaiset lähestymistavat ja teoriat. Esimerkiksi 60-luvulta asti varsin paljon käytetty medikalisaation teoria on myös saanut suosiota transsukupuolisten ja terveydenhuollon välisten suhteiden jäsentelyssä (Conrad 2007, 4; esim. Dewey & Gesbeck 2016; Johnson 2019). Myös viimeaikainen kasvava yhteiskuntatieteellinen kiinnostus internetiä ja sosiaalista mediaa kohtaan on näkynyt transtutkimuksessa; tutkimus on keskittynyt esimerkiksi identiteettien rakentamiseen ja neuvotteluun, identiteettien ja teknologian vuorovaikuttamiseen ja kriittiseen ja luovaan sosiaalisten medioiden alustojen käyttöön (Raun 2015; Jenzen 2016; Primo, Zamperini & Testoni 2020).

Sosiologinen transtutkimus on hyvin monipuolista ja saa vaikutteita muista ilmiöistä ja tieteenaloista. Sillä on paljon yhteistä monien muiden sosiologian suuntausten, esimerkiksi terveys sosiologian, ja läheisten tieteenalojen, kuten sukupuolentutkimuksen, kanssa. Suomalaisessa kontekstissa tuotettu tieto transsukupuolisuudesta onkin ollut varsin monitieteellistä – sosiologian lisäksi tutkimusta on tehty esimerkiksi sosiaalilääketieteestä, sukupuolentutkimusta ja psykologiasta käsin (Heinonen ja kumppanit 2013; Alanko, Aspnäs, Ålgars & Sandnabba 2017; Honkasalo 2018).

3 TRANSSUKUPUOLISUUDEN MEDIKALISOITUMINEN

Tämä kappale esittelee transsukupuolisuuden medikalisoitumista, eli sen lääketieteellistymistä, medikalisaation prosessin myötä. Viitataan sanalla *medikalisaatio* siihen prosessiin, jonka seurauksesta jokin asia voi *medikalisoitua*, eli tulla lääketieteellisesti määritellyksi piirteeksi tai ongelmaksi. Esittelen transsukupuolisuuden historiallisia kehityskulkuja 1800-luvun lopulta alkaen tulkiten sitä medikalisaation teorian kautta. Aloitan ensiksi esittelemällä transsukupuolisuuden tulemistä lääketieteen piiriin ja medikalisaation perusteoriaa, minkä jälkeisessä osiossa erittelen tähän prosessiin vaikuttaneita toimijoita. Tämän jälkeen esittelen tarkemmin lääketieteellisten hoitojen kehittymistä medikalisaation näkökulmasta, minkä jälkeisissä osioissa esittelen lääketieteen määrittelyvallan ja diagnoosien muodostumisen seurauksia. Lopuksi jäsentelen medikalisaatioprosessin monia hyötyjä ja haittoja transsukupuolisille.

3.1 Mitä medikalisaatio on? Transsukupuolisuus tulee lääketieteen piiriin

1800- ja 1900-lukujen vaihteessa länsimainen lääketiede ryhtyi kiinnittämään huomiota sukupuolen moninaisuuteen. Sukupuolen moninaisuuteen liittyvä sanasto ja teoretisointi oli jo tuolloin pitkälti psykiatrien, psykologien ja seksologien kehittämiä. (Stryker 2017, 30). Esimerkiksi aikansa johtava seksuaalisuuden tutkija seksologi

Richard von Krafft-Ebing kehitti useita käsitteitä ja kategorioita kuvaamaan normeista poikkeava sukupuolen ilmaisuja. (Stryker 2017, 53). Jonkinlaisena aikansa lääketieteellisenä kattoterminä "vastakkaisen" sukupuolen mukaiselle käytökselle tai näin identifioitumiselle voidaan pitää psykologi Havelock Ellisin popularisoimaa käsitystä sukupuolisesti sisäänpäin kääntyneestä invertistä (*sexual invert*) vuodelta 1913. (Stryker 2017, 54; Pearce 2018, 21). Myös Magnus Hirschfeldiä, saksalaista lääkäriä ja seksologia, voidaan pitää merkittävänä henkilönä transsukupuolisuuden ymmärtämisen kehittymiselle 1900-luvun alkupuolella. Hänen vaikutusvaltaisina antinsa on sukupuoliselle inversiolle vaihtoehtoinen ajatus sukupuolesta, jossa yhdistyvät erilaisin tavoin "sukupuolipiirteet, toissijaiset sukupuolipiirteet, eroottiset preferenssit, psykologiset taipumukset ja kulttuurisesti välittyneet tavat ja käytännöt". Hirschfeldin mukaan erot sukupuolissa palautuivat biologisiin juurisyihin ja oikeudenmukaisen yhteiskunnan tuli tunnustaa tämä luonnollinen järjestäytyminen. Transsukupuoliset voitiin Hirschfeldin mukaan joko parantaa tai heidän sukupuolensa vahvistaa erilaisten lääketieteellisten ja sosiaalisten toimien kautta. (Stryker 2017, 55–57; Pearce 2018, 23). Tämän käsitteiden ja kategorisointien paljouden voidaan nähdä olevan osoitus siitä, kuinka laajalti sukupuolen moninaisuus ryhdyttiin näkemään lääketieteellisenä ongelmana (Stryker 2017, 54).

Käsitteet ja kategorisoinnit ovat keskeinen osa medikalisaatiota. Medikalisaatio voidaan ymmärtää prosessiksi, jossa ilmiö määritellään lääketieteellisin termein, kuvaillaan lääketieteellisellä kielellä, ymmärretään lääketieteellisen kehyksen kautta tai pyritään hoitamaan lääketieteellisen intervention avulla, jos se kehystetään lääketieteelliseksi ongelmaksi. Sen kohteena voi olla yleisesti lääketieteelliseksi mielletty ongelma tai ilmiö, jonka ei olla aiemmin ajateltu kuuluvan lääketieteen piiriin. (Conrad 1992, 210–211; Conrad 2007, 5). Conradia (2007, 7) mukaillen transsukupuolisuus voidaan hahmottaa nykyään melko pitkälle medikalisoituneeksi ilmiöksi – vaikka kilpailevat lähestymistavat sukupuolen moninaisuuden ymmärtämisestä ovatkin saaneet jalansijaa, on lääketieteellisillä käsityksillä ja interventioilla edelleen paljon vaikutusta transihmisten elämään ja tapoihimme ymmärtää transsukupuolisuus ilmiönä (Dewey 2008; Johnson 2019).

Vaikka tutkimuksessa medikalisaatioon onkin tyypillistä usein suhtautua kriittisesti, ei medikalisaatio käsitteenä kuitenkaan ota arvottavaa kantaa siihen, onko tämä prosessi itsessään pohjimmiltaan pahansuopa tai hyvä. Medikalisaation teoreettinen tavoite ei myöskään ole debatoita sitä, mikä on ja mikä ei ole lääketieteellinen ongelma; huomio sen sijaan kiinnittyy siihen, mitä sosiaalisia ja yhteiskunnallisia lähtökohtia lääketieteen vaikutusvallalla on ja mitä seurauksia tällä kehityksellä on. (Conrad 2007, 3–5). Tässä tutkimuksessa katse kiinnittyy erityisesti siihen, miten transsukupuolisuuden medikalisoituminen ja vallan keskittyminen tietyille asiantuntijoille on vaikuttanut transterveydenhuollon ja sen ongelmakohtien muotoutumiseen.

3.2 Lääketieteilijöiden ja transihmisten muokkaama medikalisaatio

Lääketieteellä on ollut – ja on edelleen – usein ensimmäinen sana kehoon ja psyykseen liittyvissä ongelmissa, minkä lisäksi lääketieteen edustajilla on kulttuurisesti ja laillisesti merkittävä asema lääketieteellisen tiedon ja osaamisen auktoriteetteina. (Conrad 2007, 6, 156). Transsukupuolisuuden medikalisoituminen ei kuitenkaan ole pelkästään lääketieteellisten ammattilaisten aikaansaannos. Pearcen (2018, 24) mukaan käsitys transsukupuolisuudesta kehittyi vuorovaikutteisesti vuosikymmenten saatossa transihmisten lähestyessä lääketieteen ammattilaisia saadakseen lääketieteellisiä hoitoja, esimerkiksi hormoneita ja kauneuskirurgisia operaatioita. Transihmisten omien verkostojen ja lääketieteellisten asiantuntijoiden verkostojen vuorovaikutukset erityisesti 1900-luvun puolivälin Yhdysvalloissa tarjosivat transsukupuolisille väyliä lääketieteellisten hoitojen äärelle – asiantuntijat puolestaan saivat verkostoista dataa, jonka pohjalta he muotoilivat teorioitaan. (Stryker 2017, 57–58). Myös osa transihmististä on ajanut dysforian ja siitä seuraavan hädän sisällyttämistä vahvemmin osaksi diagnoosia, ei siksi että se nähtäisiin häiriönä tai sairautena, vaan erityisesti taloudellisista syistä. Tässä näkyy erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnosijärjestelmä DSM:n painottuminen Pohjois-Amerikkaan, missä hoitojen rahoittaminen on tyypillisesti riippuvainen diagnooseista, ja tämän vaikutukset diagnostiikkaan, jota käytetään monissa terveydenhuollon rahoitusrakenteiltaan eri tavoin järjestyneissä maissa. (Davy 2016, 1172). Medikalisaatio onkin hyvin monimutkainen prosessi, johon monet eri toimijat lääkäreistä yhteiskunnallisiin liikkeisiin ja yksittäisiin potilaisiin vaikuttavat (Conrad 2007, 6, 142).

Asiantuntijayhteisöjen sisällä oli – ja on edelleen – hyvin eriäviä näkemyksiä siitä, mitä transsukupuolisuus on, ja miten sitä tulisi hoitaa tai olla hoitamatta. Seksologi Harry Benjaminin 1950-luvulla popularisoima termi *transseksuaali* viittasi erityisesti henkilöihin, jotka pyrkivät elämään “vastakkaisen sukupuolen” mukaista elämää – heille sukupuolenkorjausprosessin nähtiin olevan hyödyksi (Stryker 2017, 38–39). Benjaminin työn pyrkimys oli ottaa nämä ihmiset todesta ja hänen 1966 julkaisemansa teos *The Transsexual Phenomenon* tarjosi ohjenuoran transseksuaalisuuden diagnosointiin ja sukupuolenkorjausprosessin toteuttamiseen. Tämän myötä transsukupuolisuudesta tuli tunnistettavaa, mahdollista ja hoidoista laajemmin saatavia. (Pearce 2018, 24–26). Benjaminin kehittelyistä huolimatta monet lääketieteen ammattilaiset jatkoivat transseksuaalisuuden pitämistä puutteellisen mielen tai kehon tuotoksena. Tähän

käsitykseen liittyy lääketieteellisessä kirjallisuudessa ja laajemmissa yhteiskunnallisissa käsityksissä elävä ajatus “petollisesta transseksuaalista” joka on taipuvainen va-lehtelevaan ja johdattamaan harhaan lääketieteilijöitä, läheisiään ja itseään. Tästä näkökulmasta transseksuaalien ei nähty tarvitsevan sukupuolenkorjaushoitoja vaan psykologisia, psykiatrisia tai psykoterapeuttisia interventioita. (Pearce 2018, 25, 49n7).

Medikalisaation kollektiivisessa prosessissa kansalaisyhteiskunnan liikehdinnät ovat ajoittain hyvinkin vaikutusvaltaisia; yhteiskunnalliset liikkeet voivat tuoda asioita lääketieteen piiriin, vaikka lääketieteen edustajat suhtautuisivatkin penseästi tähän ajatukseen – näin oli alun perin esimerkiksi alkoholismien määrittelyssä sairauksiksi. Toisaalta erilaisia ilmiöitä ja piirteitä voidaan myös *demedikalisoida*, eli haastaa tai korvata lääketieteellinen määrittely ja ratkaisut, esimerkiksi politisoimalla medikalisoitunut ilmiö aktivismin kautta. Homoseksuaalisuutta, jota myös pidettiin pitkään häiriönä, voidaan pitää esimerkkinä tällaisesta demedikalisoitumisesta. (Conrad 2007, 9–10, 110–112). Samansuuntaisia liikehdintöjä on tapahtunut jonkin verran myös sukupuolen moninaisuuden kohdalla – esimerkiksi patologisoivaa diagnostista lähestymistapaa on haastettu ja pyritty korvaamaan tietoon perustuvan suostumuksen mallilla, mutta tämä ei ole vielä saanut tiettyjä maita lukuun ottamatta laajaa suosiota transterveydenhuollon käytännön toteutuksissa (Burke 2011, 191–196; Cavanaugh, Hopwood, Cambert 2016; Schulz 2017). Myös osin yhteiskuntatieteellisestä ja feministisestä tutkimuksesta ja aktivismista nousseet feministinen tapa ymmärtää sukupuoli ovat laajentaneet transterveydenhuollon mahdollisuuksia haastaessaan tiukan lääketieteellisiä näkemyksiä (Pearce 2018, 45–48).

Vaikka lääketieteen asiantuntijat joutuvat jakamaan vaikutusvaltaa medikalisaation prosesseissa muiden toimijoiden kanssa ja lääketieteellisiä ymmärrystapoja pyrittään ajoittain haastamaan, on lääketieteellä monella saralla edelleen paljon valtaa. Lääketieteen toimivalta on viime vuosikymmeninä kasvanut ja laajentunut medikalisaation myötä ja siten on myös lääketieteen harjoittama sosiaalinen kontrolli, eli mahdollisuus määritellä ja muokata ihmisiä ja käytöksiä, kasvanut. Tällä kontrollilla voidaan ajatella olevan kolme eri muotoa: *kontrolli lääketieteellisen teknologian kautta, ja lääketieteellisen ideologian kautta ja lääketieteellisen yhteistyön kautta* (Conrad 1979, 2–7; Conrad 2007, 8, 151). Jäsentelen näitä muotoja seuraavissa luvuissa.

3.3 Lääketieteelliset hoidot kehittyvät

Vuonna 1919 Hirschfeld perusti Berliiniin seksuaalitieteiden instituutin, jossa kehitettiin ensimmäisiä lääketieteellisiä sukupuolenkorjaushoitoja ja jonka kokoelma kattoi ennennäkemättömän määrän historiallisia dokumentteja, etnografiaa, tapaustutkimuksia ja kirjallisuutta. (Stryker 2017, 55–57; Pearce 2018, 23). Berliinin seksuaalitieteiden instituutin lisäksi lääketieteellisiä hoitoja ryhdyttiin tarjoamaan Yhdysvalloissa. Hormonien tuntemuksen lisääntyessä Ellisin teoretisoinnin mukaisia inverttejä hoidettiin 1930–1950-luvuilla ensisijaisesti hormonaalisesti, jotta normaalina pidetty käyttäytyminen voitaisiin palauttaa tai jotta nämä ihmiset voitaisiin hormonaalisesti kastroida ja siten rajoittaa heidän patologisena pidettyä käytöstään. Kun hormonaaliset hoidot eivät parantaneet tätä sisäänpäin kääntyneisyyttä, siirryttiin hoidoissa psykologisia ja psykiatrisia ratkaisuja kohti 1950-luvulla. Sukupuolenkorjaushoitoja pyytäviä pidettiin häiriintyneinä ja harhaluuloisina, minkä lisäksi kaikenlaista valkoisesta, ylä- ja keskiluokkaisesta normista poikkeavaa sukupuolen ilmaisua pidettiin patologisena. (Pearce 2018, 22).

Nykymuotoisten sukupuolta vahvistavien hoitojen juuret ovat seksologi Harry Benjaminin työssä. Benjamin perusteli kirurgisten ja hormonaalisten hoitojen saataavuuden parantamista niiden havaituilla positiivisilla vaikutuksilla. Hän myös piti tärkeänä psykiatrin roolia potilaiden hoitoihin sopivuuden arvioinnissa. Vuonna 1979 perustettu järjestö *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, josta myöhemmin tuli *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), kokosi yhteen Benjaminin lähestymistapaa mukailevia asiantuntijoita. Järjestö julkaisee hoitosuosituksia *The Standards of Care*, jotka ohjeistavat diagnosoinnissa ja hoitojen toteuttamisessa. (Pearce 2018, 26).

Suomessa transsukupuolisten viralliset hoitopolut ovat suhteellisen uusia. 1970 ja -80-luvuilla muutamat transsukupuoliset tavoittelivat sukuelinkirurgiaa silloisen kastroimislain puitteissa. Lääkintöhallituksen istuntokäsittelyssä tekemän soveltamiskäytännön mukaan kastraatio voitiin myöntää, mikäli liuta kriteereitä täyttyi – näihin lukeutuivat muun muassa odotus ”vastakkaisen sukupuolen mukaisesta” sukuvietistä, positiivinen selviytymisennuste ja kastroimisen pitäminen ainoana keinona ”vaikeiden sielullisten kärsimysten lieventämiseen”. (HE 56/2001 vp, 5). Nämä kriteerit mukailevat aiemmin esittelemäni lääketieteellisen ymmärryksen piirteitä – heteronormatiivisuus, asiantuntijain rooli ja merkitys korostuvat. Ihmisoikeuksien vastaiseksi kritisoitu vaatimus lisääntymiskyvyttömyydestä nähtiin ratkaisuksi transsukupuolisia vanhempia seuraaville, hämmentävinä pidetyille sukupuulle, minkä li-

säksi transsukupuolisuuteen ajateltiin olennaisesti sisältyvän halu olla lisääntymiskyvytön, josta kastroimislain taktinen hyödyntäminen nähtiin todisteena (Repo 2018, 18–19).

Lääketieteellinen teknologia on yksi lääketieteen sosiaalisen kontrollin välineistä. Nämä transsukupuolisuuden kehittyneet hoidot ja sukupuolenkorjausprosessi voidaan hahmottaa lääketieteelliseksi teknologiaksi, biolääketieteelliseksi paranteluksi, jossa kehoa parannellaan tai muutellaan esimerkiksi lääkkeiden ja kirurgian avulla, joko lääkärin suorittamana tai itsenäisesti (Conrad 2007, 70–90). Lääketieteellinen teknologia pyrkii asettamaan erilaisten interventtioiden, kuten lääkityksen, leikkauksen tai valvonnan ja valistuksen kautta kehot ja mielet normaaleiksi ja terveiksi – tämä on yksi lääketieteen sosiaalisen kontrollin muodoista. (Conrad 1979, 3–4). Conradian (2007, 87–89) mukailleen sukupuolenkorjausprosessin voidaan hahmottaa edustavan sekä normalisoivaa että korjaavaa parantelua – yhtäältä keho korjataan vastaamaan koetua sukupuolta, toisaalta keho (tyypillisesti, mutta ei aina) normalisoidaan tuomalla se lähemmäs normaalia käsitystä tyypillisestä sukupuolensa edustajasta. Nämä biomedikaaliset parantelut voivat olla hyvin houkuttelevia, sillä ne tarjoavat yksilölle mahdollisuuden parantaa tilannettaan tekemällä heistä hyväksyttävämpiä ja nostamalla heidän itsetuntoaan (Conrad 2007, 89). Kohdatuksi tuleminen sukupuolensa edustajana voikin olla merkittävä tapa välttää syrjintää ja stigmaa (esim. Anderson, Irwin, Brown & Grala 2020, 49–50). Toisaalta silloin, kun lääketieteellisen teknologian käyttö oman kehon normalisoinnissa on tavanomaista, voivat he, jotka eivät tahdo tai kykene parantelemaan omaa kehoaan, kohdata entistä enemmän haittaa, kun moninaisuus ja sen sietokyky vähenevät. Tällöin parantelematon, poikkeavuutena nähty olomuoto voi stigmatisoitua entisestään (Conrad 2007, 89–90, 94–95). Medikalisaatio tyypillisesti, sijoittaessaan ongelmat ja ratkaisut yksilöihin, siirtää huomion pois sosiaalisista ja kollektiivisista muutoksista (Conrad 2007, 8), minkä voidaan osin ajatella tapahtuvan myös transsukupuolisten kohdalla – heidän oletetaan tavoittelevan normatiivisia tapoja edustaa omaa sukupuoltaan ja siten välttävän heihin kohdistuvaa yhteiskunnallista kaltoinkohtelua sen sijaan, että puuttuisimme laajempiin cisgenderistisiin ja transfobisiin asenteisiin ja rakenteisiin (esim. Grzanka, Devore, Gonzalez, Pulice-Farrow & Tierney 2018, 19).

3.4 Lääketieteen määrittelyvalta ja patologisointi

Voimakkaimpana sosiaalisen kontrollin muotona voidaan pitää auktoriteettia määrittellä käytöksiä, henkilöitä ja asioita (Conrad 2007, 8). Ilmiöt ja piirteet voidaan määrittellä lääketieteellisiksi ongelmiksi monin erilaisin perusteluin; esimerkiksi siksi, koska lääketieteellä on ensimmäinen sana kehoon ja mieleen liittyvissä kysymyksissä tai koska lääketieteen voidaan nähdä tarjoavan ratkaisu tiettyyn ongelmana pidettyyn asiaan (Conrad 2007, 9). Ilmiöstä voidaan tehdä lääketieteellinen ongelma myös *lääketieteellisen ideologian* perusteella – tällöin esimerkiksi tietyt piirteet tai käytös tuodaan lääketieteen määriteltäväksi ja ratkaistavaksi osittain yhteiskunnallisten ja ideologisten lähtökohtien tai odotettujen hyötyjen vuoksi. Tämä voi hyödyttää yksilöä, yhteiskunnan vallitsevaa tilaa tai molempia osapuolia. (Conrad 1979, 6–7). Transsukupuolisuuden tuleminen lääketieteen piiriin on yhtäältä hyödyttänyt yksilöitä tarjoamalla heille pääsyn hoitojen äärelle, toisaalta sen voidaan ajatella hyödyttävän myös yhteiskunnan vallitsevaa tilaa piilottamalla sukupuolen binäärisyyttä ja pysyvyyttä haastavat transsukupuoliset, tekemällä heistä ”sosiaalisesti cissukupuolisia” kuten Pearce (2018, 86) kirjoittaa.

Conrad (1979) korostaa lääketieteellisten käsitteellistämistapojen ja kontrollin usein tukevan yhteiskunnan vallitsevia arvoja ja moraliteettia. Transsukupuolisuuden medikalisoitumisen voidaankin nähdä sitoutuvan pyrkimykseen joko hallita epänormaalina tai -moraalisena pidettyä poikkeavuutta, pyrkimystä normalisoida ja korjata vääränlainen, uhkaava sukupuolisuus. Esimerkiksi Jemima Repo (2018, 14–19) kuvaillee, kuinka psykiatrisen tiedon ja diskurssien tuottaminen transsukupuolisista homogeneenisena, lisääntymiskyvyttömyyttä tavoittelevana ryhmänä mahdollisti selkeitä sukulaisuussuhteita uhkaavien transsukupuolisten tunnistamisen ja hallinnoimisen. Samalla transihmisille rakennettiin lääketieteellisiä hoitokäytäntöjä ja polku juridiseen tunnistukseen lisääntymiskyvyn hinnalla. Vallitsevien arvojen ja normien tukeminen lienee myös yksi syy sille, miksi oletus sukupuolinormatiivisuudesta ja heteroseksuaalisuudesta on aiemmin ollut melko keskeinen osa transsukupuolisuuden lääketieteellistä ymmärrystä (Ekins 2005, 307–310; Shepherd & Hanckel 2020, 48–51). Myös se, kuinka monet aktivistit ovat ajaneet kautta aikain transsukupuolisuuden medikalisoitumista voidaan tulkita tästä lääketieteellisen ideologian kehyksestä käsin – lääketieteen piiriin tuleminen on mahdollistanut transsukupuolisille itselleen hyötyjä, esimerkiksi hoitojen rahoituksen sellaisissa maissa, joissa yhteiskunta on järjestynyt niin, että diagnoosit ovat keskeinen avain hoitojen rahoitukselle. Tämä näkyykin käytännössä esimerkiksi siinä, miten monet aktivistit ovat ajaneet transsukupuolisuuden diagnostiikkaa – ei siksi, että sitä pidettäisiin lääketieteellisenä häiriönä,

vaan siksi, että lääketieteellisen kehikon käyttäminen on ollut mahdollisesti ainut väylä hoitojen äärelle. (Davy 2016, 1172; Johnson 2019, 525–526).

Medikalisaatio on joustavaa – se voi vähentyä ja lisääntyä, rajata tai sisällyttää uusia ilmiöitä lääketieteen piiriin. Medikalisaation tyyppi voi myös muuttua tiukemmaksi tai lievemmäksi, silti pitäen ilmiön lääketieteen alueella. (Conrad 2007, 7). Muutokset lainsäädännössä ja diagnostiikassa vaikuttavat siihen, miten käytännössä lääketiede voi määritellä ja suhtautua transsukupuolisiin – mikä lääketieteen rooli on suhteessa transsukupuolisuuteen.

3.5 Diagnoosien ja portinvartijoiden voima

Transsukupuolisuuteen liittyvät diagnoosit ilmestyivät 80- ja 90-luvuilla. 1980 kansainvälisesti käytetyssä, amerikkalaiseen psykiatriaan perustuvan diagnostiikkamanuaalin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders kolmannessa versiossa (DSM-III) eriteltiin erikseen sukupuoli-identiteetin häiriö ja transvestismi. Suomessa käytetyssä, Maailman terveysjärjestö WHO:n julkaisemassa tautiluokitusjärjestelmässä *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, joka julkaistiin 1992, eriteltiin myös transseksuaalisuus ja transvestismin erilaisia muotoja. (Pearce 2018, 26).

Pearcen (2018, 59) mukaan transsukupuolisuuden diagnostiset kriteerit ovat rakentuneet lääketieteellistä ymmärrystä mukailevalle oletukselle, jonka mukaan sukupuolenkorjausprosessi voi ja sen tulisi tapahtua sukupuolibinäärin sisällä – miehestä naiseksi tai naisesta mieheksi – ja pysyvästi. Lääketieteellisessä kirjallisuudessa käsitykset transsukupuolisuudesta ja sen mahdollisuuksista ovat kuitenkin viime vuosina laajentuneet. Monet lääketieteen ammattilaiset ovat korostaneet tarvetta siirtymään pois trans-identiteettien ja kokemusten patologisoinnista. Tämä näkyy myös diagnostiikan kehittämisessä. Vaihtoehtoisesti diagnosoitavana on ryhdytty pitämään psyykkistä ahdinkoa, joka voi johtua sukupuoliristiriidasta tai marginalisaatiosta. (Pearce 2018, 26–28). Suomessa käyttöön tulevassa ICD-11:ssä siirrytään identiteetti-häiriöiden diagnosoimisesta sukupuoliristiriidan diagnosointiin (WHO 2019, HA60). Vaikka tämä siirtymä voidaankin nähdä irtautumisena patologisoinnista, on tämä muutos saanut osakseen myös kritiikkiä, joka on kohdistunut yhteiskunnallisten ulottuvuuksien, kuten cisgenderismin ja transfobian, sivuuttamiseen (Johnson 2019, 520), stereotyyppiseen käsitykseen sukupuolista, oletukseen ahdingosta olennaisena osana

diagnoosia ja korjausprosessia sekä monitieteellisen osaamisen sivuuttamiseen (Davy, 2016, 1166–1170).

Pearce (2018, 26–28) näkee diagnooseilla olleen neljä keskeistä seurausta transsukupuolisille. *Ensinnäkin* siihen “kulminoitui vuosisadan mittainen patologisointi”, minkä myötä binäärisistä sukupuolinormeista poikkeaminen kehystettiin patologiseksi sairaudeksi, häiriöksi tai lääketieteelliseksi tilaksi.

Toiseksi diagnoosien luomat kategoriat ovat luoneet transsukupuolisille vastuun todistaa itsensä “oikeiksi” tai “tarpeeksi” transsukupuolisiksi sekä sosiaalisissa tilanteissa että lääketieteellisissä yhteyksissä. Tämä on tehnyt heidät tilivelvollisiksi sukupuolinormeja ja transnormatiivisia odotuksia kohtaan (Johnson 2016, 467–468).

Kolmanneksi muodolliset diagnoosit mahdollistavat lääketieteellisten hoitojen saatavuuden. Diagnoosi, joka on kuin virallisesti tunnustettu trans-status, oikeuttaa tiettyihin lääketieteellisiin hoitoihin ja juridiseen tunnistamiseen. Nämä diagnoosit voivat samaan aikaan tehdä transsukupuolisten elämistä mahdollisia ja rajoittaa näitä mahdollisuuksia tekemällä vain tietynlaisia hoitoja tai hoitopolkua mahdolliseksi (Pearce 2018, 29).

Neljänneksi näiden diagnoosien myötä on kehittynyt joukko sukupuoli-identiteetin asiantuntijoita, jotka voivat toimia portinvartijoina transterveydenhuollossa. Näillä portinvartijoilla on valtaa määritellä kasvavissa määrin normaalin ja patologisen käytöksen, kehon ja olemisen rajoja (Conrad 2007, 8, 13, 150–151). Portinvartijuuden edellytys on Pearcen (2018, 92–93) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten ymmärtäminen asiantuntijoiksi, joiden osaaminen pohjaa opittuun tietoon arviointiprosesseista ja saatavilla olevista hoidoista, diagnostisista kriteereistä ja institutionaalisista käytännöistä. Tätä asiantuntijoiden tietoa pidetään usein auktoritatiivisena ja ei-vinoutuneena. Portinvartijat voivat arvioida ja hallinnoida sukupuolenkorjausprosessia tavoittelevia henkilöitä, osallistua keskusteluun kliinisestä tutkimuskirjallisuudesta, valmistella hoitopolkua ja ohjeistuksia. Tämä rooli tiedontuotannossa on antanut näille asiantuntijoille valtaa sekä lääketieteellisissä prosesseissa että vaikutusvaltaa näissä prosesseissa muotoutuviin trans-identiteetteihin. Tämän vallan myötä asiantuntijat voivat myös kyseenalaistaa yhteiskuntatieteistä ja humanistisista tieteistä lähtöisin olevaa tietoa ja tutkimusta, liittyen laajempiin episteemisiin hierarkioihin, joissa esimerkiksi feminististä tutkimusta ei nähdä vakavasti otettavana. (Pearce 2018, 26–28). Asiantuntijoiden toimiminen portinvartijoina saa tukea myös sukupuolenkorjausprosessiin rakennetusta jatkuvasta arvioinnista (Pearce 2018, 60).

Lääketieteellinen yhteistyö muiden instituutioiden, kuten oikeusjärjestelmän, kanssa luo lääketieteellisille asiantuntijoille ja instituutioille erilaisia rooleja ja siten mahdollisuuksia harjoittaa sosiaalista kontrollia (Conrad 1979, 4–6). Sukupuolen moninaisuuden osalta lääketieteilijöiden voidaan ajatella olevan keskeisiä tiedonantajia muille yhteiskunnan toimijoille – tämä asiantuntija-asema näkyy esimerkiksi siinä,

miten lääketieteilijät diagnooseineen ja lausuntoineen ovat keskeisessä asemassa sukupuoli- ja sukupuolen juridisessa tunnistamisessa. (2002/563). Lääketieteellisen toimivallan ja yhteistyön voidaan nähdä lisäävänä lääketieteen sosiaalista kontrollia ihmisten käyttäytymisestä (Conrad 2007, 8) Lääketieteilijät nähdään myös laajemmin herkästi legitimeinä ja luotettavina asiantuntijoina transsukupuolisuutta koskevissa kysymyksissä. Tämä johtuu osaltaan heidän ammatillisesta auktoriteettiasemastaan, mutta myös laajemmat cisgenderistiset asenteet tukevat tietämisen ja osaamisen sijoittamista transsukupuolisten itsensä sijasta ammattilaisten käsiin. (Pearce 2018, 99). Parhailaan käsitellyssä oleva lakimuutos (STM009:00/2021), joka erottaisi lääketieteellisen ja juridisen sukupuolen vahvistamisen toisistaan, voidaan kuitenkin nähdä jonkinlaisena osoituksena lääketieteen yhteistyöroolin ja asiantuntija-aseman murroksesta.

Vaikka asiantuntijoilla on paljon valtaa transterveydenhuollossa, eivät siellä asioidut transsukupuoliset ole välttämättä vailla toimijuutta. Vaikka he ovatkin transterveydenhuollon potilaita, mukailen Pearcen (2018, 10) lähestymiskulmaa, jossa transterveydenhuollossa asioivia ei nähdä pelkästään passiivisina arvioinnin ja hoidon kohteina, vaan aktiivisina neuvottelijoina ja toimijoina. Aiemmat selvitykset ovat osoittaneet, kuinka transsukupuoliset voivat vaikuttaa erilaisten hoitokäytäntöjen rakentamiseen ja mahdollistamiseen, käyttäytyä taktisesti saadakseen tarvitsemiaan hoitoja, hyödyntää internetiä ja erilaisia vertaisyhteisöjä tiedon ja tuen lähteenä (Jenzen & Karl 2014; Raun 2015; Johnson 2019, 525–526; Lojonen 2021, 88–100). Heillä on siis mahdollisuuksia vaikuttaa sekä omien hoitopolkujensa muovautumiseen että laajemmin hoitokäytäntöjen muodostumiseen.

3.6 Medikalisaation hyödyt ja haitat transsukupuolisille

Transsukupuolisuuden medikalisoitumisen seuraukset ovat olleet hyvin moninaisia. Lääketieteellinen halu auttaa on kulkenut käsi kädessä asiantuntijoiden määrittely- ja tuomitsemisvallan kanssa; transsukupuolisten pääsy terveydenhuollon äärelle on riippunut transsukupuolisuuden rakentamisesta jonkinlaiseksi ongelmaksi. (Stryker 2017, 53). Yhtäältä medikalisaatio voi tuoda uskottavuutta, ymmärrettävyyttä ja yhteiskunnallista hyväksyttävyyttä erilaisille ongelmille ja ominaisuuksille (Conrad 2007, 11), kuten lääketieteellisen viitekehysten on havaittu voivan tuoda myös transsukupuolisuudelle (Johnson 2019, 525–526). Lisäksi lääketieteelliset interventiot kuten sukupuolenkorjausprosessin mahdollistamat hoidot voivat vähentää fyysisiä ja psyykkisiä oireita ja siten parantaa yksilöiden elämänlaatua (Conrad 2007, 146–147;

esim. Heinonen ym. 2013, 15–16). Lääketieteellinen sosiaalinen kontrolli voi myös siirtää syyn yksilöstä itsestään johonkin (usein biofyysiseen) taustasyyn, jolloin vastaus ongelmaan ei ole yksilöä rankaiseva vaan terapeutti ja korjaava. Toisaalta medikalisaation voidaan ajatella olevan yksilöä muokkaava ratkaisu moniin sosiaalisiin ongelmiin; ongelman juuri ja ratkaisu sijoitetaan yksilöön itseensä sen sijaan, että pyrittäisiin ratkaisemaan laajempia yhteiskunnallisia ongelmia kuten stigmaa (Conrad 2007, 8, 153). Lisäksi, koska lääketieteellisillä asiantuntijoilla ja instituutioilla voidaan katsoa olevan “sosiaalinen valta määrittellä mikä on sairasta ja mikä tervettä, normaalia tai patologista”, on näillä myös mahdollisuus tehdä “mahdollisesti neutraaleista ihmisten välisistä eroista alistavia ja epäreiluja sosiaalisia hierarkioita” (Stryker 2017, 53).

Äärimmilleen vietyä medikalisaatiota, kuten esimerkiksi synnytyksen ylimedikalisoitumista ja synnyttäjiä vahingoittavia, heidän toiveitaan vastaan meneviä interventioita, on hahmotettu yhdeksi rakenteellisen väkivallan muodoksi (Diaz-Tello 2016; Sadler, Santos, Ruiz-Berdún, Rojas, Skoko, Gillen & Clausen 2016). Lääketieteellisen lähestymistavan on ajateltu olevan sukupuolen moninaisuuden kohdalla myös haastava ja hallitseva. Asiantuntijoiden ja diagnostiikan taipumus painottaa asiantuntijoiden tietoa yli transsukupuolisten oman tiedon ja transnormatiivisuuden korostaminen voi jättää diagnoosin ja hoitojen ulkopuolelle monia, jotka voisivat niistä hyötyä (esim. Shepherd & Hanckel 2021). Koska lääkärit toimivat pääsääntöisinä portinvartijoina lääketieteellisille interventioille ja näiden interventioiden saaminen ja rahoittaminen vaatii usein lääketieteellisen diagnoosin, asetetaan transnormatiivisen narratiivin ulkopuolelle jäävät hankalaan asemaan. Heidän täytyy mahdollisesti strategisoida ylikorostamalla tiettyjä kokemuksia tai jättämällä kertomatta tiettyjä asioita saadakseen tarvitsemiaan hoitoja. (Johnson 2019, 525–526).

Koska osa transsukupuolisista tarvitsee lääketieteellisiä interventioita, ovat transsukupuolisuus ja lääketiede syvästi yhteen kietoutuneita. Transsukupuolisuuden medikalisoitumisen luonne on kuitenkin muutoksen alla: Pearce (2018, 45–46) erittelee kansallisia kehityskulkuja, joissa transterveydenhuoltoa säätelevät lait ja niitä tarjoavat instituutiot ovat linjauksissaan siirtyneet psykiatristen diagnoosien vaatimisesta potilaiden tietoon perustuvan suostumuksen perusteella hoitojen tarjoamiseen. Tätä tietoon perustuvan suostumuksen mallia pidetäänkin yhtenä mahdollisena askeleena kohti depatologisoitumista ja transsukupuolisten vapaampaa itsemäärittelyä ja toimijuutta transterveydenhuollossa (Burke 2011, 199; Cavanaugh ja kumppanit 2016; Schulz 2017).

4 HIDAS VÄKIVALTA

Esittelen tässä osiossa rakentamaani teoreettista viitekehystä. Aloitan ensin esittelemällä lyhyesti erilaisia tapoja määritellä väkivalta tutkimuksessa. Tämän jälkeen esittelen Rob Nixonin (2011) ajatusta hitaasta väkivallasta ja sen suhdetta Johan Galtungin (1969) tunnettuun teoriaan rakenteellisesta väkivallasta ja transsukupuolisuuden medicalisoitumiseen. Sitten erittelen syvemmin aiempien tutkimusten ja teoretisoinnin pohjalta jäsentelemiäni hitaan väkivallan muotoja – *episteemistä väkivaltaa, kuluttavaa odottamista ja transterveydenhuollon harjoittamaa sosiaalista kontrollia*. Lopuksi esittelen vielä mahdollisuuksia haastaa hidasta väkivaltaa narratiivien kautta.

4.1 Mitä väkivalta on?

Tyypillisesti väkivalta mielletään fyysiseksi – se voi olla esimerkiksi toisen lyömistä tai laajamittainen sota. Väkivallan ajatellaankin perinteisesti olevan hyvin näkyvä speaktaakkeli, teko tai tapahtuma, joka on tiettyyn aikaan ja kehoihin sitoutunutta (Nixon 2011, 26–28). Sosiologiassa väkivalta ja sen tutkiminen ovat maailmansotien jälkeen olleet suhteellisen marginaalissa; tämä on osittain johtunut oletuksesta, jonka mukaan modernisaatio vähentää väkivaltaa. Uudemmat tutkimukset ja teoretisoinnit, esimerkiksi Pierre Bourdieun ajatus symbolisesta väkivallasta, ovat haastaneet tätä näkemystä nostamalla esiin väkivaltaan liittyvää moninaisuutta. (Walby 2012, 97–104).

Lisääntynyt kiinnostus väkivallan eri muotoja kohtaan on luonut liudan uusia käsitteitä, joiden avulla voidaan jäsentellä erilaisia väkivallan muotoja ja niiden yhteyksiä laajempiin yhteiskunnallisiin ilmiöihin. Yhtäältä huomio voi olla tekotavassa

(esimerkiksi taloudellinen väkivalta), tekijässä ja kohteessa (rakenteellinen väkivalta) tai väkivallan motiiveissa (kunniaan liittyvä väkivalta). (Galtung 1969; Fawole 2008; Gill 2014). Uudenlaiset käsitykset tekijöistä, kohteista, tekotavoista ja motiiveista ovat siis laajentuneet väkivallan perinteisestä ymmärryksestä. Näin erilaiset väkivallan muodot erilaisine seurauksineen tulevat tunnistettaviksi – samalla niihin on mahdollista puuttua, kun ne voidaan nimetä.

4.2 Miten väkivalta voi olla hidasta? Konventionaalisia käsityksiä haastamassa

Hidas väkivalta on väkivaltaa, joka tapahtuu hiljalleen ja katseilta piilossa; se on ajallisesti ja tilallisesti hajautunutta, kuluttavaa väkivaltaa. Hidasta väkivaltaa on hankalaa tunnistaa, sillä se ei sovi perinteisiin käsityksiin väkivallasta tapahtumana tai tekona, joka on välitön ja speaktaakkelimainen, minkä lisäksi yhteyksien havaitseminen sen alkuperäisten tapahtumien ja seurausten välillä pakenevat katsetta ajallisen ja tilallisen hajautuneisuuden vuoksi. (Nixon 2011, 2–5). Siinä missä Nixon kehitti tämän käsitteen kuvaamaan monenlaisia ympäristötuhoja ja niiden piilotettuja, unohdettuja tai muuten suurelle yleisölle näkymättömiä seurauksia – esimerkiksi kemikaalisodankäynnin ja ilmastonmuutoksen seurauksia – on hidasta väkivaltaa sovellettu myös kasvavissa määrin ihmistieteissä. Sen kautta on tarkasteltu esimerkiksi sukusalaisuuksien stigman ylisukupolvista kuluttavuutta (Barnwell 2019) ja pakolaisten kohtaamaa väkivaltaa turvapaikanhakuprosesseissa (Mayblin, Wake & Kazemi 2019; Horsti & Pirkkalainen 2021).

Hidas väkivalta on käsitteenä varsin lähellä Johan Galtungin rakenteellisen väkivallan teoriaa (Galtung 1969; Nixon 2011, 10–14). Rakenteelliselle väkivallalle on keskeistä tarkastella yhteiskunnan instituutioiden sisään rakennettuja väkivaltaisia piirteitä – esimerkiksi lisääntymiskyvyttömyyden vaatiminen transsukupuolisten juridisen sukupuolen vahvistamiseksi on yksi rakenteellisen väkivallan muoto. Sekä hidasta väkivaltaa että rakenteellista väkivaltaa ovat oivia välineitä näkemiseltä piilotetun väkivallan kanssa työskennellessä (Nixon 2011, 10). Siinä missä rakenteellinen väkivalta tarkastelee ensisijaisesti kausaatioita ja toimijuutta suhteessa rakenteiden väkivaltaisiin piirteisiin, hidasta väkivaltaa voi pitää sisällään rakenteellista väkivaltaa mutta sillä on teoreettisesti rakenteellista väkivaltaa laajempi kuvaava ulottuvuus; hidasta väkivaltaa ei kutsu huomiota vain kysymyksiin toimijuudesta vaan monimutkaisempiin,

laajempiin väkivallan muotoihin jotka tapahtuvat hitaasti ajan saatossa. (Nixon 2011, 11-12).

Nixon (2011, 6) esittää Edward Saidia mukaillen “näkemättömän vallan normalisoidun hiljaisuuden” olevan keskeistä hitaan väkivallan toiminnalle – se mahdollistaa “hiljennetyin tuhon ja vahingoittavan näkymättömyyden.” Nähdäkseni transterveydenhuolto on instituutiona potentiaalinen paikka hitaalle väkivallalle juuri tämän vuoksi. Medikalisaatio on, siirtäessään sukupuolen moninaisuutta koskevat kysymykset ja ratkaisut lääketieteen huoliksi, osaltaan sekä depolitisoinut sukupuolen moninaisuutta ilmiönä että antanut lääketieteelle auktoriteettia, uskottavuutta ja vaikutusvaltaa sukupuolen moninaisuutta koskevissa kysymyksissä. Esitänkin medikalisaation ja transterveydenhuollossa koetun hitaan väkivallan olevan yhteen kietoutuneita. Nixonin esittämät kysymykset ajasta ja näkemisestä ohjaavat kiinnittämään huomiota transsukupuolisten omiin elettyihin kokemuksiin ja niiden jäsentymiseen heidän navigoidessaan transterveydenhuollossa, jonka asiakkaita he joutuvat olemaan usein melko pitkän aikaa sukupuolenkorjausprosessin pitkän keston tähden.

Aiempaan tutkimukseen ja teoretisointiin pohjautuen hahmotan hitaan väkivallan ilmenevän kolmella tapaa transterveydenhuollossa: *episteemisenä väkivaltana, kulluttavana odottamisena ja transterveydenhuollon harjoittamana sosiaalisena kontrollina.*

4.2.1 Episteeminen väkivalta hitaana väkivaltana

Hidasta väkivaltaa määritellesään Nixon (2011, 15) kutsuu kiinnittämään huomion kysymyksiin vallasta ja perspektiivistä – kuka näkee ja mistä, kenen näkemistä arvos-tetaan ja keiden näkökannat jäävät hegemonisten näkemistapojen jalkoihin? Transterveydenhuollossa on, kuten olen jo aiemmin esittänyt, pitkään vallinnut lääketieteellinen ymmärrys transsukupuolisuudesta, joka asettaa asiantuntijat ensisijaisiksi tietäjiksi ja tulkitsijoiksi. Vaihtoehtoiset tietäjät ja tavat käsitteellistää ja kokea voivat olla toissijaisia – näyttöön perustuva lääketiede luottaa tiukasti lääketieteen ammattilaisten kliinisiin arvioihin, jolloin maallikoiden omat havainnot omasta elämästään ja siitä, miten olemassa olevat rakenteet voivat tosiasiallisesti estää terveystarpeiden täyttymistä, voivat jäädä syrjään (Ansara 2012, 100). Yhtenä hitaan väkivallan muotona voidaankin pitää *episteemistä väkivaltaa*, joka liittyy tiedon tuottamiseen, kiertoon ja tunnistamiseen. Siinä tavat tietää asetetaan hierarkkiseen järjestykseen ja osa tietämisen tavoista tai tietäjistä sivuutetaan epäpätevinä. Hitaalle väkivallalle ominaisesti se on ajallisesti hajautunutta ja hankalasti paikannettavissa. Episteemisen väkivallan kohteena olevia estetään osallistumasta merkitysten muodostamiseen ja jakamiseen, heitä

pidetään kykenemättöminä tuottamaan pätevää tietoa, tai heidän ei nähdä olevan kykeneviä arvioimaan tai ymmärtämään sitä. (Pérez 2019, 81–86).

Transterveydenhuollon episteemisessä riippuvaisuussuhteessa “transihmisten kehot ja sukupuoli ovat asioita, joiden uskottavuus vaatii (cis) intellektuaalisten auktoriteettien mielipiteen” (Radi 2019 Pérezin 2019, 84 mukaan). Kuten Ashley (2019, 481) terävästi toteaa, lääketieteellisen arvioinnin vaatiminen potilaan omien kertomusten hyväksymisen sijaan kieltää transihmisiltä kaikille ihmisille kuuluvan oikeuden määrittellä omia kokemuksiaan; tämän oikeuden kieltäminen on epäinhimillistä. Episteeminen väkivalta, hiljentäessään tiettyjä tietäjiä ja tietämisen tapoja, myös marginalisoi tiettyjä kokemuksia tekemällä niistä hankalia nimetä tai kategorisoida. Yksi strategia, millä sivuutetut henkilöt voivat navigoida tällaisia tilanteita, on oman kertomuksensa muuttaminen ja sopeuttaminen kohdeyleisön kriteereihin todistuksellisen kompetenssin tavoittelemiseksi (Pérez 2019, 85–86). Näin transihmisten onkin havaittu toisinaan toimivan, joskin Johnson (2019, 529–530) kuitenkin muistuttaa, ettei kaikilla transihmisillä ole samoja mahdollisuuksia antaa odotetunlaisia todistuksia sukupuolestaan, eivätkä valmistautuneisuus ja resurssitkaan takaa sitä, että yksilön annettaisiin olla oman sukupuolikokemuksensa auktoriteetti lääketieteellisissä konteksteissa.

4.2.2 Kuluttava odottaminen hitaana väkivaltana

Bourdieu (2000, 228) kirjoittaa potiluden olevan “mitä parhain ahdistuneen, voimattoman odotuksen paikka.” Hänen mukaansa vallan vaikutukset ja vallan ja ajan suhde voidaan tuntea odotuksessa; “odotuttaminen, viivästyttäminen tuhoamatta toivoa, lykkääminen täyttä pettymystä tuottamatta” on vallankäytön olennainen osa. (Bourdieu 2000, 228). Kyky laittaa toinen odottamaan ja siten alistaa hänet vallalle on riippuvainen siitä, miten syvästi hän on kiinnittynyt odotettavaan asiaan. (Bourdieu 2000, 230–231). Transsukupuolisten voidaan katsoa olevan erityisen alttiita tällaiselle odottamiselle, sillä heille odottamista vaativat sukupuolenkorjausprosessi ja sen mahdollistamat hoidot voivat olla välttämättömiä eikä heillä usein ole vaihtoehtoisia polkuja saada tarvitsemaansa – heidän on siis usein pakko odottaa. Tämä tekee näkyväksi vallan epäsymmetrian, joka odottamisessa ja odottamaan laittamisessa esiintyy (Auyero 2010, 857–858).

Odottaminen voi olla sukupuolenkorjausprosessissa kuluttavaa ja vaikuttaa negatiivisesti transihmisten elämään (Heinonen ja kumppanit 2013, 13; Salovaara 2022, 14). Tapahtumattomuus, joka ei sovi perinteisiin käsityksiin väkivallasta, voi olla mo-

nella tapaa vahingollista – esimerkiksi Horsti ja Pirkkalainen (2021, 187–188) tunnistavat karkoitushan alla elävien turvapaikanhakijoiden kokemia jatkuvan odottamisen ja viivästymisen hitaan väkivallan ei-tapahtumia seuraavan esimerkiksi unettomuutta, väsymystä, toivottomuutta, keskittymisvaikeuksia ja häpeää. Tätä mukailien hahmotan transterveydenhuollossa esiintyvän odottamisen myös hitaaksi väkivalaksi. Pitkät odotusajat voivat johtua monista, usein terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoittamiseen liittyvistä seikoista, mutta pitkien odotusaikojen voidaan myös nähdä olevan tarkoituksenmukaisia ja sisäänrakennettua sukupuolienkorjausprosessiin. Sukupuoli-identiteetin häiriön diagnostisiin kriteereihin kuuluu vaatimus siitä, että identiteetti on ollut pysyvä ainakin kaksi vuotta (ICD-10, F64.0); prosessin pitkä kesto ja odottaminen voivat olla myös yksi lääketieteellinen tapa varmistua ”ongelman” aitoudesta ja pysyvyydestä ja siten myös hoitojen tarpeellisuudesta (Linander, Alm, Hammarström & Harryson 2017, 13–14).

Odottamisella voi olla erilaisia muotoja ja seurauksia. Esimerkiksi Jeffrey (2008, 955–956) kuvailee *ylijäämääikää*, joka viittaa tilanteisiin, joissa odottaminen on kroonistunut; nykyhetki painaa mieltä ”kuin kirous” ja tulevaisuutta tuottava jokapäiväinen elämä ja tekeminen ovat kadonneet. Tällöin ajan kulku ”tuntuu alistavalta loputtomassa odotuksessa.” Odottamisessa pelon tai kaipuun kohde voi ikään kuin kuluttaa pois nykyhetken, jolloin se hallitsee ajatuksia ja toimia ja siitä seuraa korostunutta jännitystä. Tästä seuraava *menetetty aika* merkitsee usein korostuneen jännityksen kitkeröitymistä. Se voi sisältää koettua painetta johtuen esimerkiksi halutun kohteen ajallisesta etäisyydestä, kykenemättömyydestä liikkua sosiaalisesti muodostuneisiin kategorioihin, kykenemättömyydestä sopeutua vallitseviin käsityksiin siitä, miten heidän tulisi olla ja tehdä suhteessa aikaan, eli elää esimerkiksi normaalia nuoruutta ja elämää. (Jeffrey 2008, 956). Galtungia (1969, 168–170) mukailien väkivalta on läsnä silloin kun ihmisiin vaikutetaan niin, etteivät heidän keholliset ja henkiset mahdollisuutensa toteudu niin hyvin kuin ne voisivat – heidän potentiaalinsa täyttyminen estyy. Nähdäkseni pitkät odotusajat ja hoitojen ulkopuolelle jääminen ovat omiaan aiheuttamaan juuri tällaista menetettyä potentiaalista aikaa, jona voisi olla oma itsensä, tulla kohdatuksi omana itsenään ja elää kehossa, jossa tuntee olonsa mukavaksi.

4.2.3 Transterveydenhuollon harjoittama sosiaalinen kontrolli hitaana väkivalta-

Kuten kolmannessa pääluvussa esittelin, medikalisaatio on luonut lääketieteelle paljon sosiaalisen kontrollin paikkoja ja mahdollisuuksia suhteessa transsukupuolisiin.

Lääketieteelliset näkemykset sukupuolista ja transsukupuolisuudesta vaikuttavat siihen, ketkä voivat saada lääketieteellisiä hoitoja ja millaiset sukupuolenkorjausprosessit ovat mahdollisia (Pearce 2018, 83–96). Erityisesti transnormatiivisen narratiivin ulkopuolelle jäävät ihmiset voivat olla hyvin haastavassa tilanteessa transterveydenhuollon sisällä. Hegemoninen transnormatiivinen malli voi estää tiettyjen henkilöiden pääsyn lääketieteellisten hoitojen ja juridisen tunnistamisen äärelle, etenkin jos heillä ei ole mahdollisuuksia etsiä tarvitsemiaan hoitoja yksityisiltä palveluntarjoajilta tai ulkomailta. Transnormatiivisuutta vaadittaessa hoitoa kaipaavien on alistuttava lääketieteen ja juridisen järjestelmän vaatimuksille, mahdollisesti muokattava omia kertomuksiaan tai muuten strategisoitava tekemällä ei-halutut piirteensä näkymättömiksi (esim. Johnson 2019, 525–526). Pidän tätä pakkoa piilottaa oma identiteetti ja normalisoida omaa itseään myös hitaana väkivaltana. Sen seuraukset voivat olla laajat – yhtäältä yksittäiset henkilöt joutuvat piilottelemaan todellista minäänsä saadakseen tarvitsemiaan hoitoja ja siten tekemään itsestään tietyllä tapaa näkymättömiä, toisaalta tällainen pakko piiloutua stigmatisoi laajemmin transnormatiivisuuden ulkopuolelle asettuvia tapoja olla.

Vähättelettä sukupuolenkorjausprosessin hyötyjä Grzanka, Devore, Gonzalez, Pulice-Farrow & Tierney (2018, 19) kannustavat myös pohtimaan, miten lääketieteelliset interventiot tekevät cisgenderismistä transihmisten vastuun. Conradian (2007, 8, 87) mukaillen sukupuolenkorjausprosessin voidaan nähdä olevan lääketieteellisenä interventiona ensisijaisesti yksilöä korjaava ja usein normalisoiva, jolloin huomio siirtyy pois laajemmista yhteiskunnallisista ongelmista kuten stigmasta ja syrjinnästä – parhaana ja helpoimpana (ja kenties ainoana) ratkaisuna kaltoinkohteluun näyttäytyy yksilöä korjaava prosessi, vaikka yhteiskunnallisen stigman, normien ja kaltoinkohtelun tiedetään voivan muodostaa myös osansa transsukupuolisten kokemasta dysforiasta (Davy 2015, 1172; Johnson 2019, 529). Hitaalle väkivallalle tyypillisesti ongelmien juurisytyt katoavat ja niihin puuttumisesta tulee hankalaa huomion siirtyessä toisaalle.

Lääketieteellä on myös paljon valtaa määritellä normaalin ja ei-normaalin, sairaan ja terveen rajanvetoja (Conrad 2007, 13). Kun transihmisten identiteetit ymmärretään häiriöiksi ja sairauksiksi, on tämä hyvin leimaavaa; Ashleyä (2019, 481) mukaillen ihmiselämän normaalin varianssin patologisoiminen voidaan ymmärtää itsessään epäinhimillistävänä. Vaikka lääketieteessä suhtautumistavat sukupuolen moninaisuutta kohtaan ovat kehittyneet ja hieman irtautuneet patologisoivasta lähestymistavasta, on edelleen diagnoosi keskeinen vaatimus monille lääketieteellisille hoidoille ja juridiselle tunnistamiselle; myös hoitoja mahdollistava diagnoosi voi olla hyvin leimaava (Burke 2011, 196–201). Diagnoosin ja asiantuntija-arvion keskeinen asema väylänä juridisen tunnistamisen ja erilaisten hoitojen äärelle voidaan nähdä myös itsessään haitallisena, sillä se pakottaa olemaan usein pitkään kontaktissa cisgenderistisen

lääketieteen instituution kanssa (Puckett ja kumppanit 2018, 45). Lisäksi, koska lääketieteellinen narratiivi transsukupuolisuudesta on niin vahvasti painottunut ongelmiin ja niiden korjaukseen, on sukupuolen moninaisuus hankala ymmärtää näkökulmista, jotka eivät lähesty transihmisyyttä cisgenderistisesti ensisijaisesti korjattavana ongelmana – monet voivat kokea sukupuolen moninaisuuden kulttuurisesti tai sosiaalisesti merkittäväksi, ja lääketieteen hegemoninen, patologisoiva lähestymistapa työntää nämä kokemukset ja käsitteellistämistavat marginaaleihin. (Schulz 2017, 78–81).

4.2.4 Miten transsukupuoliset voivat haastaa hidasta väkivaltaa?

Nixonin (2011, 3) mukaan yksi hitaan väkivallan kitkemisen keskeisimmistä haasteista on sen tekeminen näkyväksi ja ymmärrettäväksi. Kuluttava väkivalta, joka on hidasta, josta on hankalaa tunnistaa selkeää tekijää ja uhria, on tehtävä kyllin huomiota herättäväksi kuvan ja narratiivin avulla ajassa, jota Nixon (2011, 3) pitää sensationalistisen, nopeasti liikkuvan median hallitsemana. On kysyttävä, kuinka hitaan väkivallan luoma hätä saataisiin tehtyä tarinoiksi, jotka olisivat kyllin dramaattisia herättämään julkista huomiota ja vaatimaan poliittisia tekoja?

Nixon (2011, 10) esittää ratkaisuksi “muodon antamista muodottomalle uhalle, jonka kohtalokkaat seuraukset ovat hajautuneet ajassa ja tilassa.” On siis löydettävä luovia tapoja kerätä huomiota väkivallalle, joka ei ole niin välittömän speaktaakkeli- maista mutta kuitenkin pitkäaikaisilta seurauksiltaan vakavaa. Kirjoittaja-aktivistit, jotka tuovat uhat lukijoiden aistien tavoitettaviksi, ovat keskeisessä asemassa. Näin etäisyyden, liian suuren tai liian pienen koon tai pitkän tapahtuma-ajan vuoksi käsit- tämättömäksi jäävä väkivalta seurauksineen voidaan tehdä ymmärrettäväksi. Kirjoit- tajan ajatuksia ja tunteita luovasti välittävä kirjoitus voi tehdä epäselvästä ilmiselvää ja inhimillistä pitkittyneitä, välittömiä aisteja pakenevia uhkia. Ennen kaikkea kir- joittaminen voi haastaa jatkuvaa taipumusta vähätellä hitaan väkivallan seurauksia ja tarjota tavan todistaa näkemättömiä uhkia. (Nixon 2011, 15). Väkivaltaa kokevilla voi- daan ajatella myös olevan syvää tietoa omista elämästään ja kokemuksistaan, minkä vuoksi heidän näköpisteensä on keskeinen rakenteellisten epätasa-arvojen ymmärtä- misessä (Pain & Cahill 2021). Tämän vuoksi tarkastelen tässä tutkimuksessa juuri transsukupuolisten omia kokemuksia ja kertomuksia.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä pääluku esittelee tutkimuksen toteutusta ja siihen liittyviä keskeisimpiä valintoja. Aloitan ensin esittelemällä keräämääni aineistoa ja lakiin ja tietosuojaan liittyviä huomioita. Tämän jälkeen käsittelen tälle tutkimukselle keskeisimpiä tutkimuseettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät erityisesti internet-tutkimuksen ja transtutkimuksen erityispiirteisiin. Lopuksi esittelen temaattisen narratiivisen analyysin periaatteita ja analyysini vaiheita.

5.1 Aineisto ja sen keruu

5.1.1 Aineiston yleiskuvaus

Aineistoni koostuu kolmen blogin transterveydenhuoltoa koskevista kirjoituksista. Näiden blogien kirjoitukset sijoittuvat pääosin 2010-luvun loppupuoliskolle ja kussakin blogissa on aihetta käsitteleviä kirjoituksia keskimäärin viiden vuoden ajalta. Valitsin blogit aineistooni kahden kriteerin perusteella: ensinnäkin, jotta aineiston avulla voitaisiin vastata tutkimuskysymyksiini, blogien tuli käsitellä kokemuksia sukupuolenkorjausprosessista ja transterveydenhuollosta Suomessa. Toiseksi, koska käsitelty aihe on hyvin henkilökohtainen, täytyi blogien kirjoittajien olla tavoitettavissa suostumuksen kysymistä varten. Näin aineiston ulkopuolelle rajautuivat esimerkiksi monet sellaiset blogit, jotka ovat olleet pitkään epäaktiivisia ja joiden kirjoittajien yhteystiedot eivät olleet saatavilla. Tämä rajaus ja sen vaikutukset aineiston edustavuuteen on otettu huomioon analyysien tulosten pohdinnassa.

Kutsun blogien kirjoittajia pseudonyymeillä Esa, Petteri ja Saara. Esan kirjoituksia on aineistossa määrällisesti eniten ja niitä on noin neljän vuoden ajalta, alkaen lähetteen saamisesta ja loppuen hoitojen loppumiseen. Häntä voidaan pitää kirjoittajista kaikkein vähiten transnormatiiviseen narratiiviin asettuvana, sillä hänen identiteettinsä ei tutkimusjakson alussa sijoitu sukupuolibinäärin sisälle. Petteri, jonka kirjoitukset kattavat noin kuusi vuotta hänen prosessiaan lähetteestä hoitoihin, on puolestaan aineistosta eniten transnormatiivinen – hänen prosessinsa on hyvin lineaarinen. Saara sopii myös varsin hyvin transnormatiivisiin odotuksiin, hänen transterveydenhuoltoa käsittelevät kirjoituksensa sijoittuvat noin neljän vuoden ajalle, mutta hänen prosessinsa eteneminen ei ole yhtä lineaarinen kuin muilla. Sukupuolenkorjausprosessin alussa Esa ja Saara ovat molemmat yli 20-vuotiaita ja Petteri alle 20-vuotias.

Lähestyin kirjoittajia ja esittelin heille tutkimukseni aiheen. Heidän ilmaistuaan kiinnostustaan antaa bloginsa aineistoksi, keskustelin heidän kanssaan aineistolainauksen käytöstä, minkä pohjalta toimitin heille toisen tiedote tutkimuksesta -liitteen riippuen siitä, valitsivatko he suorat lainaukset vai anonymisoidut lainaukset (liitteet 1 & 2). Jäsentelen aineistolainauksen etiikkaa syvemmin osiossa 5.2.1. *Tutkimusetiikka internet-tutkimuksessa*. Tiedotteen kanssa tutkittaville toimitettiin tietosuojailmoitus (liite 3) ja suostumuslomake (liite 4). Tutkittavilla oli myös tahtoessaan mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta.

Suostumuksen saamisen jälkeen tallensin kunkin blogin transterveydenhuoltokokemuksia käsittelevät kirjoitukset kronologisessa järjestyksessä pdf-tiedostoon, jolloin tekstien alkuperäiset muotoilut säilyivät muuttumattomina. Jokainen tiedosto nimettiin tunnistettavasti ja kaksi eri versiota tallennettiin, jolloin aina säilyy myös muuttumaton alkuperäisversio kerätyistä aineistosta tahattomien muutosten varalta. Aineistoa säilytettiin Jyväskylän yliopiston verkkolevyasemalla, joka on suojattu käyttäjätunnuksella ja salasanalla eikä tällöin ulkopuolisilla ole mahdollisuutta päästä käsiksi aineistoon. Aineiston elinkaari päättyy tutkimuksen valmistumiseen ja aineisto poistetaan kuten tietosuojailmoituksessa (liite 3) on osallistujille luvattu.

5.1.2 Tutkimuksessa huomioitavat laki ja tietosuoja

Aineistoni koostuu kirjoituksista, joiden tekijänoikeus on kirjoittajiensa hallussa. Blogien julkaisualustojen palveluehdoissa todetaan sisällön omistajuuden säilyvän sisällön tuottajilla ja heillä olevan myös vapaa oikeus jakaa edelleen oikeuksia sisällön käyttöön muille osapuolille – kuten esimerkiksi tähän tutkimukseen.

Aineisto sisältää henkilötietoja ja erityisiin henkilötietoryhmiin kuuluvia terveyteen liittyviä tietoja. Henkilötietoja on pyritty käsittelemään EU:n tietosuoja-asetuksen

(EU 679/2016) mukaan asiallisesti, turvallisesti ja läpinäkyvästi. Toimin tämän asetuksen mukaisesti henkilötietojen käsittelyn kaikissa vaiheissa keräämällä ja käsittelemällä tietoja turvallisesti ja luottamuksellisesti ja vain tätä tutkimusta varten. Tutkittavia on informoitu henkilötietoja käsiteltäessä tietosuojasetuksen (EU 679/2016) mukaisesti tietosuojailmoituksella tietojen keräyksen tarkoituksesta, henkilötietojen käsittelystä, käytöstä ja säilytyksestä, rekisterin pitäjistä ja käsittelijöistä sekä käsittelyperusteesta. Tietosuojailmoitus (liite 3) toimitettiin tutkimusilmoituksen (liitteet 1 & 2) kanssa osallistujille, samalla heille toimitettiin suostumuslomake (liite 4). Perusteena henkilötietojen käsittelylle tässä tutkimuksessa on yleinen etu. Erityisten henkilötietojen käsittelyperusteena on yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimustarkoitus (1050/2018, 6 §).

Blogit, joista aineistoni muodostuu, sisältävät sekä epäsuoria tunnisteita että erityisiä henkilötietoja. Blogeissa esiintyy myös kuvia, jotka ovat suoria tunnisteita, mutta näitä ei kerätty osaksi aineistoa. Epäsuoriin tunnisteisiin lukeutuvat esimerkiksi teksteissä nimetyt asuinalueet ja tarkka ikä. Erityisiä henkilötietoja ovat aineistossa esiintyvät terveyteen liittyvät tiedot (EU 679/2016, 9 §). Aineisto pseudonymisointiin aineiston perustamisvaiheessa; kaikki henkilötiedot, jotka eivät liity välittömästi tutkimukseeni ja kysymyksenasetteluun, muutettiin.

Tutkittavan näkökulmasta tietosuojaan liittyvät keskeiset riskit muodostuvat erityisten henkilötietojen käsittelystä ja tutkimuskohteen luonteesta. On huomioitava se, että koska transihmisiä voidaan pitää suhteellisen pienenä ja yhteiskunnallisesti marginalisoituna vähemmistönä, on heidän tunnistettavuutensa mahdollisuus korkeampi kuin valtaväestöön kohdistuvassa tutkimuksessa. Tästä syystä pseudonymisointiin ja raportointiin on kiinnitetty erityistä huomiota, josta lisää seuraavassa etiikkaa koskevassa osiossa. Pyrin tutkimuksessani minimoimaan näitä riskejä kiinnittämällä erityistä huomiota aineiston huolelliseen käsittelyyn ja säilyttämiseen sekä aineiston pseudonymisointiin ja tunnistettavuuteen aineiston perustamisvaiheessa. Koska aineisto on valmiiksi julkinen ja vapaasti kenen tahansa luettavissa, ei tämä tutkimus edusta tutkittaville sellaista riskiä, joka ei jo liittyisi aineistoon sen julkisuuden vuoksi.

5.2 Tutkimusetiikka

5.2.1 Tutkimusetiikka internet-tutkimuksessa

Kuten hyvään tieteelliseen käytäntöön (TENK 2012) kuuluu, pyrin toimimaan koko tutkimusprosessin aikana rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Valitsemani tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät ovat tieteellisesti päteviä ja eettisesti kestäviä. Arvioin

ja perustelen tekemiäni valintoja ja tulkintoja koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessani internet on väline, aineiston lähde sekä tutkimuksen kohde, joten huomioin yleisten tutkimuksen eettisten periaatteiden lisäksi myös muita erityisiä seikkoja; internet on "sekä luonteva tutkimuksen väline että ympäristö, jossa tutkittava ihminen on jatkuvasti läsnä sekä toimintansa kautta että tuottamissaan sisällöissä." Tämän vuoksi internetiin liittyvät tutkimuseettiset kysymykset ovat alati läsnä, jatkuvasti muuttuvina. (Turtiainen & Östman 2013, 49–52, 62–65).

Jotta tutkimusta voitaisiin tehdä sujuvasti, on tunnettava aineiston syntykonteksti ja tutkimusympäristön kulttuuriset käytännöt – vain tällöin on mahdollista kunnioittaa tutkittavia ja heidän sisältöään ja niihin liittyviä oikeuksia sekä realistisesti arvioida aineiston laatua, edustavuutta ja soveltuvuutta tutkimukseen (Turtiainen & Östman 2013, 54–55). Tähän olen pyrkinyt tutustumalla laajasti transsukupuolisia käsittelevään tutkimukseen, erityisesti sellaiseen, joka käsittelee kokemuksia transterveydenhuollosta mutta myös internetin käyttöä käsitteleviin selvityksiin.

Internetistä kerättävät aineistot ovat yhtäältä helposti saatavilla, mutta niihin liittyy myös toisaalta paljon kysymyksiä julkisen ja yksityisen rajanvedosta. Voi olla haastavaa tietää, kuinka julkisiksi ihmiset mieltävät julkaisemansa sisällön. Lähtökohtaisesti voidaan ajatella, että mitä arkaluontoisempaa ja intiimimpää kerättävä aineisto on, sitä tärkeämpää on huolehtia eettisen suostumuksen hankkimisesta ja taustatietojen julkaisussa vain tutkimukselle keskeisimpien jakamisesta huolimatta siitä, että aineisto onkin kerätty julkisesta internet-lähteestä (Turtiainen & Östman 2013, 55–60). Vaikka transihmisten luoma materiaali olisikin julkisesti saatavilla, on tutkijan tärkeää huomioida sisällön mahdollisesti hyvin henkilökohtainen luonne. Tällaisissa tilanteissa luvan kysymättä jättäminen voi antaa vaikutelman siitä, että transihmisten omat toiveet heidän luomansa sisällön käytöstä sivuutetaan ja että kaikki, mitä he julkaisevat nettiin, voidaan lähtökohtaisesti ottaa vapaasti tutkimuksen käyttöön (Vincent 2018, 10–11). Näistä syistä suostumuksen kysyminen on ollut ehdoton lähtökohta tämän tutkimuksen toteuttamiselle.

Tutkittavien yksityisyyden suojaaminen on yksi tutkimuksen keskeisimpiä periaatteita. Tähän on kiinnitetty tässä tutkimuksessa erityistä huomiota, sillä kyseessä on transihmisten pienehkö vähemmistöryhmä ja hyvin henkilökohtainen aihe (Adams, Pearce, Veale, Radix, Castro, Sarkar & Thom 2017, 170). Aineistolainauksen kohdalla on kiinnitetty huomiota suorien ja epäsuorien tunnistetietojen muuttamiseen sekä kokonaisvaltaiseen tunnistettavuuteen esimerkiksi valitsemalla huolellisesti se, mitä taustatietoja osallistujista kerrotaan (Turtiainen & Östman 2013, 57–58). Tässä tutkimuksessa kerrotut taustatiedot ovat sukupuoli ja karkea ikäluokka sukupuolenkorjausprosessin alussa.

Sosiaalisen median aineiston käyttäminen tutkimuksessa edellyttää aineistoviittausten käytön huolellista pohdintaa. Koska nykyaikaiset hakukoneet ovat varsin kehittyneitä ja aineistot internetistä kerättyjä, on mahdollista, että tutkittavat voidaan löytää ja siten tunnistaa aineistolainauksen kautta myös silloin, kun niistä on poistettu suorat ja epäsuorat tunnisteet. Etenkin silloin kun tutkittava aihe on sensitiivinen, on tärkeää arvioida aineistoviittausten jäljitettävyyttä internetissä ja sen seurauksia (Turtiainen & Östman 2013, 58–59; Stommel & de Rijk 2021). Tutkittavilla voi olla hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, miten aineistolainauksiin tulisi suhtautua; joidenkin mielestä tunnisteettomiin lainauksiin ei tarvita erillistä lupaa, toisten mielestä alkuperäinen kirjoittaja ja mahdollisesti myös konteksti tulisi nostaa esille, jotkut puolestaan kantavat huolta tutkittavien anonymiteetin säilymisestä silloin kun lainauksen avulla voidaan hakukoneiden kautta päästä alkuperäisille lähteille (Bond, Ahmed, Hind, Thomas & Hewit-Taylor 2013, 15–20).

Olen pyrkinyt vastaamaan tähän tunnistettavuuden ongelmaan tarjoamalla tutkittaville mahdollisuuden valita, miten heidän kirjoituksiinsa tässä työssä viitataan. Tutkittavien kanssa on keskusteltu erilaisista viittaustekniikoista ja niiden vaikutuksesta tunnistettavuuteen. Ensimmäinen vaihtoehto on ollut sallia tutkimukselle tyyppilliset suorat lainaukset, joista on kuitenkin poistettu suorat ja epäsuorat tunnisteet. Toinen vaihtoehto on ollut aineiston harkittu uudelleensanoittaminen ja epäsuorien lainauksen käyttö, jolloin alkuperäisen tekstin merkitys pyritään välittämään toisin sanoen kertoen. Tämä tekee yksittäisen lähteen jäljittämistä vaikeampaa hakukoneiden avulla, joskin täyttä tunnistamattomuutta ei ole mahdollista luvata näin pienen joukon tutkimuksessa. Kyseessä on erityisesti sosiaalisen median tutkimukseen soveltuva, tutkittavien tunnistettavuutta suojeleva, hyvin avattuna ja toteutettuna tutkimuksen vakuuttavuutta ja läpinäkyvyyttä tukeva valinta. (Markham 2012; Bond ym. 2013, 23–24; Gerrard 2020). Tätä tapaa muokata aineistolainauksia on käytetty lähi-vuosina erityisesti sosiaalisen median tutkimuksessa (esim. Hallinan, Kim, Mizoroki, Scharlach, Trillò, Thelwall, Segev & Shifman 2020; Miltner & Gerrard 2021; Krutrök & Lindgren 2022) Positivistisesta näkökulmasta tällainen aineistolainauksen muokkaus voi näyttäytyä epärehellisenä ja siten epäeettisenä vääristelynä, mutta toisaalta kyseessä voidaan nähdä olevan laadulliselle tutkimukselle tärkeä ratkaisu internetin mukanaan tuoman julkinen-yksityinen -dikotomian hämärtymiselle (Markham 2012, 340–344).

5.2.2 Transtutkimuksen eettiset erityiskysymykset

Viime vuosina on ryhdytty käsittelemään monipuolisemmin transihmisiin liittyvän tutkimuksen eettisiä erityiskysymyksiä. Koska historiallisesti transihmisiä käsittelevä tutkimus on ollut usein monella tapaa epäeettistä ja vinoutunutta, pidetään tärkeänä tutkijan tietoisuutta yleisesti tieteen ja erityisesti oman tieteenalansa historiasta ja vuorovaikutuksesta transyhteisöjen kanssa; kriittinen suhtautuminen eettisesti kyseenalaisiin tutkimusasetelmiin ja vääriksi ja haitallisiksi osoitettuihin käsityksiin ja enakkoluuloihin edesauttavat sensitiivisen tutkimuksen toteuttamista. (Adams ym. 2017, 166; Vincent 2018, 2–4). Joustava ja transihmisten omaan kielenkäyttöön pohjaava, stigmatisointia välttävä tapa puhua ja käsitteellistää transyhteisöä on keskeinen osoitus tutkittavien kunnioituksesta ja perehtyneisyydestä tutkittavaan yhteisöön. On myös erityisen tärkeää tiedostaa, että transihmiset ovat heterogeeninen joukko, jonka tutkimuksessa intersektionaalisuus tulee huomioida – tutkittavat eivät ole vain transihmisiä vaan heidän elämänsä ja kokemuksiaan jäsentävät monen muun identiteetin ja kokemuksen risteämät (Adams ym. 2017, 166–167; Vincent 2018, 8–10).

Vincent (2018, 10–11) korostaa, kuinka transihmisten tiloja – niin fyysisiä kuin virtuaalisiakin – on kunnioitettava ja lähestyttävä asiallisesti ja eettisesti, sillä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluville internet voi olla tärkeä tila sosiaaliselle kanssakäynnille vertaisten kanssa ja tiedon hakemiselle. Transsukupuolisille internetin kehitys ja sen tarjoamat mahdollisuudet ovat olleet myös tärkeitä transsukupuolisuuden teemojen ympärille rakentuneille yhteisöille ja yhteiskunnallisen liikehdinnälle (Pearce 2018, 39). Sosiaalinen media voi mahdollistaa marginalisoiduille ryhmille traditionaalista mediaa paremman mahdollisuuden hallita heistä esitettyjä representaatioita, minkä lisäksi he voivat osallistua aktivismiin ja rakentaa ja reflektoida omaa identiteettiä yhdessä muiden yhteisön jäsenten kanssa. (Raun 2015; Jenzen 2017; Primo, Zamperini & Testoni 2020). Koska sosiaalisen median tilat voivat olla hyvin merkityksellisiä tutkittaville, on erityisen tärkeää kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Toisin toimiminen saattaisi luoda epäluottamusta tutkimusyhteisöä kohtaan ja vahingoittaa internet-tilojen koettua turvallisuutta.

Tutkittaessa transihmisiä yhteisön ulkopuolisen asemasta, on tutkijan tärkeää tiedostaa omat etuoikeutensa; koska cissukupuolisen normatiivinen status voi antaa tutkijalle ja hänen tutkimukselleen tietynlaista objektiivisuuden mainetta, on keskeistä reflektoida sitä, miten tutkijan oma positio vaikuttaa esimerkiksi tutkimuskysymysten muotoiluun ja tutkittavien kanssa vuorovaikuttamiseen ja siten saavutettavissa olevaan aineistoon. (Galupo 2017; Vincent 2018, 7–8). Pyrinkin refleктоimaan omaa positiotani koko tutkimuksen ajan ja huomioimaan sen, kuinka tämä vaikuttaa tutkimukseni muotoutumiseen. Ensisijainen tavoitteeni tälle tutkimukselle on nostaa

transihmisten kokemuksia transterveydenhuollosta näkyville, ja on todennäköistä, että oma etäisyyteni tästä kokemuksesta vaikuttaa siihen, millaisiin asioihin kiinnitän analyysissäni huomiota ja mitä pidän keskeisenä. Yritän kuitenkin parhaani mukaan perehtyä aiheeseen liittyvään aiempaan, usein transterveydenhuollon henkilökohtaisemmin tuntevien tekemään tutkimukseen ja siten laajentaa myös omia tulkintahorisonttejani.

5.3 Temaattinen narratiivinen analyysi

5.3.1 Tekstien narratiivisuudesta

Lähestyn tekstin narratiivisuutta Riessmania (2008) mukaillen. Hahmotan narratiivin tietyille yleisöille, tietyssä kohtaa aikaa rakennettuna tapana järjestää tapahtumia merkityksellisin tavoin; kirjoittaja valitsee tärkeiksi kokemansa ja yleisölleen merkitykselliseksi arvioimansa tapahtumat, järjestää ja yhdistää niitä tiettyä lopputulosta tavoitellessaan. Narratiiveille on keskeistä tapahtumien ja ajatusten yhdistäminen ja seuraussuhteiden rakentaminen – tapahtumille, jotka olisivat muuten satunnaisia ja irtonaisia, annetaan merkityksiä narratiivien kautta yhdistämällä niitä toisiinsa tapahtumiin ja ajatuksiin. Vaikka tietyissä metodologisissa lähestymistavoissa ”narratiivi” nähdään katoterminä ja ”tarina” tietyinä narratiivina, jota määrittää yllättävä käänne tai muutos, mukailen vallitsevia tapoja käyttää näitä sanoja synonyymeinä toisilleen tekstin sujuvuuden nimissä. (Riessman 2008, 1–9).

Narratiiveilla on monia tarkoituksia: ne voivat olla strategisia, funktionaalisia ja tarkoituksellisia. Tarinankerronnalla voidaan ajatella olevan jonkinlainen tavoite – narratiiveja voidaan käyttää esimerkiksi muistamiseen, väittelyyn, oikeuttamiseen, suostutteluun, sitouttamiseen tai viihdyttämiseen. Kiinnitän analyysissäni huomion ensisijaisesti narratiivien käyttöön muistamisessa sekä tapahtumien ja kokemusten jäsentämisessä; narratiivin avulla ”hajautuneita, kaoottisia, sietämättömiä ja hädintä näkyviä” muistoja voidaan nostaa esille ja uudelleenarvioida – narratiivit ovat väline, jolla muistoista ja tapahtumista voidaan tehdä ymmärrettäviä itselle ja muille. tarinat voivat ”paljastaa totuuksia inhimillisistä kokemuksista,” luoda järjestystä ja jäsentää tunteita, joita näihin kokemuksiin liittyy. Samalla mahdollistuu tarkoitusten etsintä ja yhteyksien luominen muihin ihmisiin. (Riessman 2008, 10–12).

Ennen kaikkea narratiivit ovat kertomisen väline, joka vetoaa yleisöön ja liikuttaa heitä – tarinankertoja kutsuu yleisön jakamaan kertojan kokemuksia ja näkemään

asiat hänen näkökulmastaan. Näin tehdessään tarinat voivat vaikuttaa tapoihimme nähdä erilaiset tapahtumat ja siten kannustaa muutokseen. (Riessman 2008, 13–14, 84). Tästä syystä narratiivien tutkiminen on varsin sopiva vastaus katsetta pakenevan hitaan väkivallan haasteeseen – kiinnittämällä tutkimuksellinen huomio narratiiveihin, voidaan Nixonia (2011, 10–15) mukaillen tehdä näkemätön näkyväksi ja antaa hitaalle väkivallalle havaittava muoto.

5.3.2 Temaattisen narratiivisen analyysin periaatteet ja toteutus

Toisin kuin monissa muissa narratiivissa tutkimusotteissa, joissa huomio kiinnitetään keskeisesti siihen, *miten* sanotaan, on oman analyysini keskiössä *se, mitä* sanotaan. Tästä syystä valitsemani analyysimenetelmä on *temaattinen narratiivinen analyysi*, jonka kautta tarinoissa voidaan pyrkiä näkemään sosiologisten ilmiöiden toiminta jokapäiväisessä elämässä (Riessman 2008, 79–81). Lähestyn kieltä tutkimuskohteen sijaan resurssina – se on väline, jolla tulkitsen tutkittavien välittävän luovasti omia kokemuksiaan, tunteitaan ja ajatuksiaan, näin tehden niistä muille ymmärrettäviä. Tätä mukaillen tavoitteeni on analyysini kautta pyrkiä tunnistamaan tutkittavieni transterveydenhuollossa kokemat hitaan väkivallan muodot, sen vaikutukset sekä pyrkimykset vastata niihin.

Temaattisen narratiivisen analyysin keskeinen etu on yksittäisen ja kontekstuaalisen painottaminen. Tarinankertojien luovuus ja toimijuus voidaan ottaa osaksi tutkimusta, jolloin erilaisten toimijoiden ja äänien sisällyttäminen tutkimukseen on sujuvaa. (Riessman 2008, 17). Vaikka aineistoni koostuukin vain kolmesta blogista, on se hyvin rikasta ja ajallisesti laajaa kertomusta transterveydenhuollon kokemuksista ja tuntemuksista. Tämä vastaa Cahillin ja Painin (2021) kutsuun keskittyä hidasta väkivaltaa kokevien ääniin ja kokemuksiin rakenteellisten ongelmien ja epätasa-arvojen tunnistamiseksi.

Siinä missä monissa kategorioihin keskittyvissä tutkimusmenetelmissä johtopäätöksiä tehtäisiin abstraktoiduista kategorioista käsin, pidetään narratiivisessa temaattisessa analyysissä tarinat ehjinä ja teoretisoidaan niiden pohjalta – niiden kontekstisidonnaisuus säilyy (Riessman 2008, 70). Lisäksi tällöin huomiota kiinnitetään narratiivien tapahtumien seurauksia ja yhteyksiä painottavaan luonteeseen (Riessman 2008, 17). Tämä on tutkimukselleni olennaista, sillä hidas väkivalta voidaan paremmin tunnistaa juuri siitä, millaisia ajatuksia ja seurauksia siihen kirjoituksissa liitetään. Lisäksi aineisto ehjänä pitäen on mahdollista vertailla paremmin yksittäisen blogin kirjoituksia ja niiden kehittymistä ajan saatossa kuten myös havainnoida blogien eroja, samankaltaisuuksia ja pohtia näiden mahdollisia syitä kontekstuaalisuus

huomioiden. Tämä palvelee varsin hyvin pyrkimystäni tehdä näkyväksi hidasta väkivaltaa, joka on ajallisesti niin hajaantunutta – blogien pitkän aikavälin hyödyntäminen voi auttaa hahmottamaan näitä hitaita mutta vaikutuksiltaan suuria ongelmia ja sitä, miten kontekstuaalisuudet voivat vaikuttaa hitaan väkivallan kohtaamiseen.

Narratiiviselle tutkimukselle ominaisesti sidon analyysini tiiviisti siihen kontekstiin, johon se sitoutuu – suomalaiseen transterveydenhuollon kontekstiin (Riessman 2008, 17). Kiinnitän huomiota analyysissäni ja pohdinnassani hitaan väkivallan ohella sen taustalla vaikuttavaan transsukupuolisuuden medikalisoitumiseen ja valitseviin tapoihin käsittää transsukupuolisuus ja järjestää transterveydenhuolto. Tutkittavat kirjoitukset eivät ole syntyneet tyhjiössä, vaan suhtaudun niihin paikkaan ja aikaan sitoutuneina, tiiviisti materiaaliin ja diskursiivisiin todellisuuksiin liittyvänä ja niiden muokkaamana.

Aloitin analyysini lukemalla aineistoni useampaan kertaan lävitse, siihen perehtyen. Näin tehdessäni kirjasin ylös jo alustavia ajatuksia, joita aineisto minussa herätti. Seuraavaksi ryhdyin koodaamaan aineistoa Taguette-ohjelmalla teoriasta käsin mutta myös aineistolle tilaa antaen – näin analyysini ei jäänyt liian teoriakeskeiseksi ja taipumattomaksi, vaan mukautui juuri tähän aineistoon sopivaksi ja sen eri puolia heijastelevaksi. Analyysiyksikköni muodostuivat lauseista ja kappaleista, jotka jollain tapaa käsittelevät ainakin yhtä, usein useampaa, analysoimaani teemaa. Ensimmäisen koodauskierroksen jälkeen tein vielä kaksi läpikäyntiä lisää. Monet alkuperäiset koodit jalostuivat useampien koodauskierrosten myötä edelleen tarkempiin koodeihin. Esimerkiksi koodi ”negatiivinen odottaminen” hajautui koodeihin ”epävarma odottaminen”, ”kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen” ja ”menetetty aika” ja koodi ”valmistautuminen” jakaantui edelleen koodeiksi ”tiedonhaku” ja ”suunnittelu”.

Temaattisen narratiivisen analyysin periaatteiden mukaisesti tulkitsin aineistoani perustuen teemoihin, jotka olen muodostanut aiemman tutkimuksen, teorian, tutkimuskysymysten ja aineiston kautta (Riessman 2018, 70–73). Tutkimuskysymyksistäni juontamiani pääteemoja on *kolme: kertomukset hitaasta väkivallasta, hitaan väkivallan seuraukset sekä tavat tehdä vastarintaa*. Kertomukset hitaasta väkivallasta jakaantuivat teoreettisen viitekehäkseni pohjalta edelleen episteemiseen väkivaltaan, kuluttavaan odottamiseen ja transterveydenhuollon harjoittamaan sosiaaliseen kontrolliin. Tavat tehdä vastarintaa puolestaan ovat jäsentyneet pääosin aineistosta itsestään lähtöisin.

Analyysini aikana ja koodattua aineistoa läpikäydessäni pidin kiinni koodausten sijoittumisesta osaksi aineistoa. Kiinnitin huomiota siihen, miten kunkin blogin sisällä tapahtuu muutoksia ja kehityksiä niiden ajallisen etenemisen myötä. Samalla tavalla vertailin myös blogeja toisiinsa ja niiden samankaltaisuuksia ja eriävyyksiä kunkin

kirjoittajan käydessä läpi omien prosessiensa rakenteellisesti pääosin samankaltaisia, mutta toisinaan hyvin eri lailla koettuja vaiheita.

6 ANALYYSI

Seuraavaksi esittelen analyysini tuloksia. Aloitan episteemisen väkivallan eri muodoista ja sen seurauksista sekä aineistossa esiintyneistä vastarinnan muodoista. Esittelen samalla tavalla myös kuluttavan odottamisen ja transterveydenhuollon harjoittaman sosiaalisen kontrollin teemojen analyysiä. Lopuksi esittelen kaikki tulokset yhdessä taulukoiden kanssa.

6.1 Episteeminen väkivalta

6.1.1 Vähättely

Transterveydenhuollossa ei ole tavatonta, että transsukupuolisten omat kertomukset ja tulkinnat sivuutetaan tai niitä vähätellään, ja asiantuntijoiden tulkinnat asetetaan ensisijaisiksi (Pearce 2018, 83–96; Lopenen 2021, 83–84). Myös tässä aineistossa esiintyy kertomuksia tilanteista, pääosin tutkimusjakson ajalta, joissa kirjoittajia ei oteta tosissaan.

Esimerkiksi Petteri kertoo tilanteesta, jossa hän kohtasi vähättelyä ja kyseenalaisuutta:

”Tällä käynnillä mulla oli ensin tunnin tapaaminen ylilääkärin kans, jonka tapasin ekaa kertaa. [...] Eli siis ylilääkäri kyseli kaikkee musta ja miten koen sukupuoleni yms. Tästä tapaamisesta jäi kauheen epävarma olo sen suhteen, että saanko nyt sitten elokuulla millaisen diagnoosin. Kuuluu tietenki varmaan ylilääkärin työn kuvaan olla sellanen jämäkkä ja kyseenalaistava jollain tapaa, mut mulle jäi sellanen olo et tää tyyppi vähätteli koko juttua ja kyseenalai[s]ti kaiken mitä sille sanoin...”

Myöhemmin tutkimusjaksonsa jälkeen Petteri muistelee, kuinka “[v]astaanotoilla tutkimusjakson aikaan oli usein jotenkin tosi awkward olo ja jotenkin tuntui siltä, että mut vaan haluttiin saada sanomaan etten oo tosissani.”

Myös Esalla kertoo tilanteesta, jossa hänen omaa arviotaan itsestään ja tarpeistaan väheksytään:

“Toin paljon ilmi omaa tarvettani F64.0-eli transsukupuolisuus-diagnoosille. Psykologi sanoi, että polilla ei ole tarvetta esittää muuta kuin mitä on saadakseen tietyn diagnoosin. Se tuntui vähän oudolta ja väheksyvältä, kun olin juuri ilmaissut sen mitä itse tarvitsen ja mitä olen. Koen siis ihan oikeasti, että tuo F64.0 on mulle oikeampi diagnoosi, vaikka aikaisemmin ajattelin että mulle on ihan sama kumman diagnoosin saan.”

Tulkitsen nämä kertomukset esimerkeiksi transterveydenhuollossa esiintyvistä episteemisestä väkivallasta. Vähättely ja kyseenalaistus ovat osoitus siitä, miten transsukupuolisia pidetään epäpätevinä tietäjinä ja heidän kertomuksiaan pidetään vähemmän arvokkaina ja luotettavina suhteessa asiantuntijan arvioon. Esan tilanne, jossa hän ilmaisee ensin mitä hän on ja mitä tarvitsee, ja johon psykologi vastaa vähättelevästi kertoen, ettei tarvitse “esittää muuta kuin mitä on”, on osoitus siitä, miten transsukupuolisten sukupuoli nähdään asiana, joka on riippuvainen asiantuntijan mielipiteestä. Tämä liittyy aiemmin esittelemääni lääketieteelliseen tapaan hahmottaa transsukupuolisuus asiana, joka on yksinomaan asiantuntijoiden tunnistettavissa (Pearce 2018, 83–96, 114–115).

6.1.2 Asiantuntijatiedon ensisijaisuus suhteessa omaan tietämiseen

Toisinaan potilaiden ja asiantuntijoiden näkemykset eriävät. Yksi tällainen erimielisyyden paikka on hoitoneuvottelu, jonka aikana Esa ei saa diagnoosia:

“[...] mulle sanottiin, että tällä hetkellä diagnoosia ei voida asettaa, mutta että odotettaisiin muutama kuukausi (eli ensi toukokuuhun asti) ja sen jälkeen diagnoosin asettaminen kyllä olisi mahdollista. Mun päässä ei tässä vaiheessa pyörinyt mitään muuta kuin se että mä en saanut sitä diagnoosia, ja että nyt täytyy taistella. Käytiin keskustelua, mä pyysin selittämään perusteita uudelleen ja yritin selittää miten itse näen oman identiteettini keston ja kehityksen, mutta ei siitä ollut lopputuloksen kannalta mitään apua. [...] Olin surullinen ja pettynyt, tuntui tosi pahalta, mutta samalla mulla oli jo siinä vaiheessa ristiriitaisen helpotunutkin olo. Vähän hävetti se miten sekavasti ja silti päättäväisesti olin aiemmin taistellut jotta lääkäri muuttaisi päätöksensä ja ehkä sittenkin antaisi mulle diagnoosin. Toisaalta luulin tullessi neuvotteluun jossa voisin itsekin vaikuttaa asioihin.”

Aineiston valossa tällaisissa tilanteissa, joissa potilas ja asiantuntija ovat eri mieltä, näytetään painotettavan asiantuntijan näkemyksiä ja päätöksiä. Samaan tilanteeseen liittyen Esa kertoo myös, kuinka vaikka hän näki identiteettinsä keston eri ta-

valla kuin hoitohenkilökunta, uskoo hän ymmärtäneensä “myös heidän näkemyksensä, ja pakkohan se oli sitten hyväksyä.” Asiantuntijoiden episteemisen valta-ase-
man ja mahdollisesti väärän tiedon kyseenalaistaminen eivät näytä tuottavan tuloksia
transterveydenhuollossa. Kuten Ansara (2012, 97–100) kirjoittaa, lääketiede tyypilli-
sesti nojaa juuri asiantuntijoiden tekemiin kliinisiin arvioiden, sysäten sivuun maalli-
koiden omat tulkinnat ja näkemykset.

6.1.3 Huoli suoriutumisesta

Kirjoittajien teksteissä on paljon huolta siitä, miten he onnistuvat tekemään omat itsensä ja tarpeensa ymmärrettäväksi ja vakuuttaviksi. Tämä huoli on läsnä erityisesti tutkimusvaiheen aikana, ja se esiintyy kirjoituksissa usein käyntien jälkeisenä omien sanomisten ja tekemisten arvioimisena.

Yksi keskeinen huolenaihe on oma ilmaisukyky. Esimerkiksi Saara kantaa huolta siitä, että häneltä jäi tapaamisella monta asiaa mainitsematta, ja että hänen kertomuksensa ja siten hänen identiteettinsä voitaisiin tulkita väärin. Hän kokee ahdistusta siitä, että hän voisi oman kehnon ilmaisukykynsä vuoksi jäädä vaille hoitoihin oikeuttavaa diagnoosia, vaikka hän itse kertoo tietävänsä, miten paljon hän haluaa ja tarvitsee diagnoosin. Myös Esalla, joka ensin kirjoitti kuinka hän osaa mielestään sanoittaa hyvin kokemustaan, on samanlainen huoli heti ensimmäisen transterveydenhuollon tapaamisen jälkeen: “vähän huolestuin jo tänään siitä että otetaanko mun kokemusta siellä tosissaan jos en osaa kertoa siitä tarpeeksi.” Tämä huoli säilyy kaikissa Esan tulevissakin transterveydenhuollon asioinneissa, mistä hän kertoo prosessinsa loppuvaiheilla:

“[...] oon pelännyt jokaista transpolikäyntiä ja sitä, osaanko ilmaista asiani riittävän selkeästi ja oikealla tavalla, jotta tulisin ymmärretyksi oikein. Jopa nyt tuota viimeistäkin käyntiä edelsi hirveä ahdistus ja pelko siitä, voisiko jotakin pahaa vielä tapahtua.”

Kirjoittajia huolestuttaa myös omasta näkökulmastaan vääränlaisen tai väärin ymmärretyn tiedon jakaminen. Siinä missä Saaralle tämä on häntä kuvailevien tekstien huolellista läpikäyntiä väärinymmärrysten ja virheidenvälä - ettei niitä vain käytettäisi häntä vastaan ikään kuin oikeudenkäynnissä - Esa puolestaan kantaa huolta liiallisesta rehellisyydestä ja sen vaikutuksista hänen prosessinsa etenemiseen:

“Sukupuolikokemuksenhan tulee olla ollut vakaa vähintään kaksi vuotta jotta diagnoosi (kumpi vain diagnoosi) voidaan asettaa. Oon koko ajan ollut tietoinen että tämä aikaraja on seikka joka saattaa viivästyttää mun prosessia, ja sanoin nytkin että oon tietoinen (mitäs menin itse olemaan ihan liian rehellinen silloin ekalla tapaamisella).”

Huoli omasta suoriutumisesta vaikuttaa olevan tiiviisti yhteydessä asiantuntijoiden rooliin diagnoosin ja hoitojen portinvartijoina, jotka täytyy vakuuttaa omasta identiteetistä ja hoitojen tarpeellisuudesta. Samalla kuitenkin transsukupuolisten asema uskottavina tietäjinä ja tiedon tuottajina on heikompi kuin asiantuntijoiden. Kuten Pearce (2018, 136) kirjoittaa, transterveydenhuolto edellyttää potilaiden todistavan oman transsukupuolisuutensa ja asettaa asiantuntijat arvioimaan heitä ja heidän todistuksiaan – tämä tilanne ja sen valta-asetelma on perimmiltään stressaava. Tämän voi myös nähdä siitä, kuinka kirjoittajat huolistaan kertoessaan kertovat myös pelosta ja ahdistuksesta, tehden näkyväksi tämän tilanteen vahingoittavuuden.

6.1.4 Episteeminen väkivalta ja transterveydenhuollon raskaus

Kun kirjoittajat kertovat prosessin raskaudesta, joko tapahtumahetkien aikaan tai myöhemmin muistellessaan, he nostavat usein esiin juuri episteemiseen väkivaltaan sitoutuvia kokemuksia; kokemuksia ja odotuksia siitä, että heitä vähätellään tai ei uskota, kokemuksia oman tiedon ja tuntemuksen toissijaisuudesta suhteessa transterveydenhuollon asiantuntijoihin, joiden käsissä päätös heidän tulevaisuudestaan ja elämästään on. Nämä kokemukset painottuvat erityisesti tutkimusjaksolle.

Aiemman tutkimuksen perusteella diagnoosin tiedetään voivan parantaa koetua elämäntyytyväisyyttä (Heinonen et al. 2013, 15). Mahdollisuus diagnoosin, ja sen myötä myös halutunlaisen tulevaisuuden, eväämisestä painaa esimerkiksi Esan mieltä:

“Jännitin tätä toista hoitoneuvottelua aivan valtavasti, jotenkin eri tavalla kuin sitä ensimmäistä. Ehkä taustalla oli jotenkin se pelonsekainen kauhu siitä että enhän mä viimeksi-kään saanut diagnoosia, entä jos kuitenkin joudun nyt elämään sen uudelleen. Edelliset pari yötä nukuin tosi kehnosti, ja etenkin viimeinen yö ennen hoitoneuvottelua oli järkyttävä. Heräilin tunnin välein ja mun koko keho oli niin jännittynyt että kaikkialle vaan sattui, en tiennyt yhtään miten selviän aamuun. Lopulta heräsin kaksi tuntia ennen kellon soittoa ja päätin lakata yrittämästä nukkua.”

Myös muut kirjoittajat kertovat vaihtelevissa määrin jännityksestä, ahdistuksesta, pelosta, levottomuudesta ja uniongelmistä juuri tutkimusvaiheeseen ja hoitoneuvotteluihin liittyen. Tulkitsen Horstia ja Pirkkalaista (2021, 187–188) mukaillen tällaiset fyysiset ja henkiset seuraukset merkeiksi transterveydenhuollon hitaasta, kuluttavasta väkivallasta, joka kietoutuu osin transsukupuolisten alistaiseen episteemiseen asemaan.

Tutkimusvaiheeseen tiiviisti liittyvästä raskaudesta kertoo myös se, millaisia tunteita ja ajatuksia sen päättymisen herättää; kaikki kirjoittajat kertovat ilosta mutta

myös helpotuksesta diagnoosin saatuaan. Esa jäsentelee diagnoosin merkitystä itselleen:

“Mutta nyt mulla vihdoon on diagnoosi. Nyt mun ei tarvitse enää pelätä. Diagnoosia ei enää oteta multa pois, ja se oikeuttaa mut kaikkiin niihin hoitoihin joita tarvitsen.”

Ajatus siitä, että prosessia ja sen mahdollisuuksia “ei enää oteta pois” on läsnä myös Esan prosessin loppuvaiheilla:

“enää tätä ei voida ottaa multa pois. Mun keho on mun, eikä sen toteutuminen riipu enää siitä mitä mieltä joku lääkäri on mun painosta tai siitä miten koronavirus leviää. Mulla on tämä rintakehä ja se on ja pysyy.”

Helpotuksen taustalla näyttää olevan vapautus epävarmuudesta, joka juontaa omasta kykenemättömyydestä vaikuttaa itselle elintärkeään prosessiin. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, kuinka Esa oman prosessinsa loppuvaiheilla iloitsee siitä, kuinka “enää ei tarvitse vakuuttaa ketään mistään, täyttää kyselylomakkeita, pohtia vastauksia, perustella omaa olemassaoloa.”

Tämän episteemisen väkivallan vaikuttavuudesta kertoo myös se, kuinka sen muisto vaikuttaa myös silloin, kun varsinaisia syitä siitä huolehtimiselle ei enää ole. Esimerkiksi Esa kertoo, kuinka episteeminen väkivalta on jättänyt häneen jäljen:

“Yllätyin itse siitä, että mua jännitti tämä käynti jotenkin tosi paljon. Tiesin, että kirurgi on ihana ja asiallinen, minkä lisäksi mun hyvinvointi ei enää muutenkaan ollut sen varassa mitä mulle sanottaisiin, koska oon jo saanut hoidot jotka toistaiseksi haluan. Tiesin ettei enää tarvitse taistella mistään eikä multa voida viedä pois sitä mitä olen saanut ja saavuttanut. Luulen kuitenkin, että koska olen jotenkin tavallaan tottunut pelkäämään prosessiin liittyviä käyntejä, meinasi tämä ihan viimeinen käynti siksi etukäteen henkisesti tuntua ylitsepääsemättömältä, vaikka tiesinkin että se luultavasti menee varsin hyvin.”

6.1.5 Episteemisen väkivallan vastustaminen valmistautumalla

Valmistautuminen strategiana pyrkii parantamaan transsukupuolisten episteemistä asemaa antaen heille välineitä asiantuntijoiden vakuuttamiseen. Tämä valmistautuminen voidaan jakaa kahteen luokkaan: tiedonhakuun ja suunnitteluun.

Tiedonhaku on strategia, jonka kautta transsukupuoliset voivat pyrkiä navigoimaan paremmin transterveydenhuollossa. Diagnostisiin kriteereihin ja vertaisten kokemuksiin perehtyminen voivat opastaa toimimaan tietyillä, oman prosessin etene- miselle edullisin tavoin. (Pearce 2018, 139–140; Johnson 2019, 523–530). Esimerkiksi Esa kertoo arviointivaiheen aikana:

“Jotenkin mulla on ehkä ollut sellainen ajatus taustalla että mä en halua mokata tätä hommaa, en halua mennä sanomaan jotain joka sitten estäisi vaikka diagnoosin saamisen tai edes huomattavasti viivästyttäisi sitä, ja sen takia oon pyrkinyt haalimaan mahdollisimman paljon tietoa ja lukenut myös muiden ihmisten kokemuksia. Samalla se on johtanut kuitenkin siihen että mä ihan eri tavalla jännitän noita käyntejä ja mietin liiankin tarkasti jokaista sanaani.”

Tässä esimerkissä näkyvät yhtäältä tiedonhaun monet hyödyt, mutta myös sitä mahdollisesti seuraava kasvanut huoli suoriutumisesta. Pearce (2018, 134–139) näkee yhteisöllisesti jaettujen kokemusten ja diskurssien voivan vastaavalla tavalla tukemisen ohella ruokkia huolta suoriutumisesta kun mahdolliset ongelmakohtat tulevat transterveydenhuollossa asioiville tiedetyiksi ja odotettaviksi.

Suunnittelu on tulevaisuuteen suuntaavaa toimintaa, jonka keskeinen tarkoitus on auttaa valmistautumaan tulevia koitoksia varten. Saara esimerkiksi miettii, miten hänen olisi hyvä totutella jo ennen tosielämän koetta näyttämään enemmän omalta itseltään jokapäiväisessä elämässä. Tällainen valmistautuneisuus, kuten Johnson (2019, 526–530) kirjoittaa, voi auttaa tekemään omia tarpeita ymmärrettäviksi ja vakuuttaviksi transterveydenhuollossa. Tätä mukaillen Esa kertoo, kuinka hän ennakooidessaan ristiriitatilannetta valmistautui “taistelemaan” päästäkseen prosessissaan eteenpäin:

“Mutta siis, nyt olen mastektomiajonossa! Olin valmistautunut taistelemaan siitä, että mä tarvitsen tämän leikkauksen tosi kipeästi ja että mun pitää päästä siihen mahdollisimman pian, olin piirtänyt ajatuskarttoja siitä miten mastektomia mun elämänlaatua parantaisi ja siitä miten paljon dysforia mun elämään nyt vaikuttaa ja valmistautunut niiden avulla ker-tomaan kaiken.”

6.2 Kuluttava odottaminen

6.2.1 Epävarma odottaminen

Sukupuolenkorjausprosessi on pitkä ja sisältää paljon odotusta. Tämä odottaminen on hyvin tunteikasta aikaa, kuten Esa kirjoittaa:

“ Prosessi on ollut täynnä odotusta, odotusta ja odotusta, ja se odotus on pitänyt sisällään paljon pelkoa, ahdistusta, stressiä, kelpaamattomuuden tunnetta, tuskastumista, itkua, väsymystä ja vaikka kuinka monia muitakin tunteita, jotka on välillä tuntuneet vievän kaikki mun voimat.”

Kirjoittajat pitävät arviointivaiheen tapaamisten odottamista usein turhan pitkänä, samoin varsinaisten hoitojen pitkät odotusajat nousevat esiin heidän kirjoituksissaan. Kaikki odottaminen ei kuitenkaan vaikuta heihin samalla tapaa; odottamisen kuormittavuus näyttää olevan sidoksissa sen loppumisen ja lopputuloksen tuntemattomuuteen. Tämä käy ilmi Esan reflektoidessa omaa prosessiaan ja sen vaikeuksia transterveydenhuollossa asiointinsa päättyessä:

“Odottaminen itsessään voi olla tosi tuskastuttavaa, mutta vielä tuskastuttavampaa on käyttää monta vuotta elämästään jonkun sellaisen odottamiseen, jonka toteutumisesta ei edes ole mitään takeita. Ei, vaikka se joku pelastaa käytännössä sun koko elämän. Sellainen odottaminen, epävarmuus ja pelko jättää ihmiseen jälkensä, ja se oli juuri se asia, josta mä tavallaan aloin toipumaan vasta mastektomian jälkeen, ja josta koen toipuvani edelleen.”

Tällainen odotus, jota Bourdieuta (2000, 228) mukaillen voidaan luonnehtia ahdistuneeksi ja voimattomaksi, ja jonka lopputuloksesta ei ole varmuutta, painottuu tutkimusjaksolle. Diagnoosin saaminen on eräänlainen käännekohta, jonka jälkeen odottamisesta tulee kirjoittajille vähemmän epämiellyttävää, vaikka kaukaiset hoitoajat edelleen harmittaisivatkin. Esa pohtii:

“ Odottaminen nyt diagnoosin saamisen jälkeen on ollut jotenkin paljon helpompaa. En ollut itsekään ehkä ihan tajunnut miten rankkaa se diagnoosin odottaminen ja epätietoisuudessa eläminen oli. Vaikka diagnoosin saaminen ei käytännössä sillä hetkellä muuttanutkaan mitään, niin mun oma olo muuttui kuitenkin huomattavasti, ja mun on viime viikkoina ollut jotenkin paljon helpompi olla.”

Myös Petteri kertoo huomanneensa itsessään muutoksia diagnoosin saamisen jälkeen; hän mainitsee olevansa vähemmän ärtynyt ja nukkuvansa paremmin.

Odottamisen raskauden sijoittuminen tutkimusvaiheeseen voi myös viitata episiteemisen väkivallan tekevän odottamisesta haastavampaa. Kuten edellisessä, transterveydenhuollon episteemistä väkivaltaa jäsentävässä osuudessa totesin, myös episteeminen väkivalta näyttää olevan läsnä pääosin tutkimusjakson aikana. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu koetun odotuksen pituuden ja kuluttavuuden vähenevän silloin, kun potilailla on mahdollisuuksia vaikuttaa aktiivisesti heidän hoitonsa päätöksentekoon – ja vastaavasti voivan kasvaa silloin, kun tunne kykenemättömydestä vaikuttaa odotukseen ja ajan kulkuun on vahva (Carr, Teucher & Casson 2014, 1677). Voi siis olla, että tutkimusjakson vähättely ja huoli kykenemättömydestä tehdä oma kokemus ja identiteetti ymmärrettäväksi ja uskottaviksi on osa syy siihen, miksi juuri tutkimusjakson odotus on niin kuluttavaa.

Kaikki kirjoittajat kertovat myös jonkinlaisista käytännön ongelmista johtuvasta lisääntyneestä odotuksesta arviointivaiheidensa jälkeen. Saaralle tämä on peruuntunut tärkeä tapaaminen, Petterille lääkärin tekemättä jäänyt lähete ja Esalle ongelmat lähetteen tekemisessä ja luvatus soittoajan tekemättä jääminen. Myös koronan vaikutukset terveydenhuoltoon viivästyttävät Esan ja Petterin prosessien etenemistä. Lisääntynyt odotus herättää pettymystä, ärtymystä ja pelkoa siitä, eteneekö prosessi,

vaikka he ovat usein myös hyvin ymmärtäväisiä inhimillisiä virheitä kohtaan. Tämä yllättävä, ennakoimaton odotus aiheuttaa kirjoittajissa vahvoja reaktioita, kuin herätteen heidät siitä odotuksesta, johon he ovat asettuneet ja jonka he ovat hyväksyneet osaksi prosessia. Tämä lisääntynyt odotus lisää kuormitusta ja tekee myös näkyväksi kaiken heidän kohtaamansa odotuksen kuormittavuuden, kuten Esan kirjoituksesta käy ilmi:

“Tuo mastektomia-ajan peruuntuminen ja epävarmuus siitä milloin seuraava aika tulee olemaan, on ollut mulle varmasti se vaikein asia tässä koko korona-asiassa. Kuten kuka tahansa prosessia läpi käyvä, oon joutunut odottamaan paljon ja pettymäänkin välillä, ja siksi odottaminen taas kerran tuntuu tosi vaikealta ja pahalta. Tiedän kyllä, että maailman tilanne on mitä on, ja se menee etusijalle ja ymmärrän sen, mutta silti tämä on ollut mulle tässä se raskain asia.”

6.2.2 Kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen

Kaikkien kirjoittajien teksteissä esiintyy ennakoivaa odottamista, jossa tulevaisuudessa odotetaan tapahtuvan jonkinlaista kaltoinkohtelua. Tyypillisesti tällaisen kaltoinkohtelun odottaminen keskittyy arviointivaiheeseen ja huoliin diagnoosin ja hoitojen ulkopuolelle jäämisestä.

Tällaiseen ennakoivaan odottamiseen liittyy kuviteltuja tulevaisuuksia, joissa kirjoittajia ei oteta todesta transterveydenhuollossa. Tämä pelko on läsnä heti Esan ensimmäisen tapaamiskerran yhteydessä: “[s]e tottakai pelottaa, että jostakin syystä ihmiset siellä olisi sitä mieltä että mun prosessia ei tulisi jatkaa, tai siis edes aloittaa. Se olisi varmasti kamalinta.” Kaiken keskiössä on diagnoosi ja sen suuri merkitys tulevaisuuden mahdollistajana, kuten tässä Esan myöhemmässä tutkimusjakson kirjoituksessa: “En mä voi nauttia tästä matkasta ja pitää sitä tapana tutustua itseeni kun mun pitää koko ajan miettiä saanko edes oikeaa diagnoosia tai entä jos mun koko elämäältä katoaakin pohja enkä kestä sitä ... ” Kuten Pearce (2018, 144–155) kirjoittaa, kaltoinkohtelun odottaminen on varsin yleistä transterveydenhuollossa ja sitoutuu diagnoosin tärkeyteen hoitojen ja niiden myötä eletävän tulevaisuuden mahdollistajana; tähän liittyy ajatus tutkimusjaksosta “kokeena” joka on mahdollista reputtaa.

Diagnoosin ulkopuolelle jäämisen ennakoiva odottaminen näyttää liittyvän myös osittain arviointivaiheen rankkuuteen. Sen uudelleenkäyminen voi tuntua ajatuksena hyvin epämiellyttävältä. Petteri miettii hoitoneuvottelun lähestyessä:

“Nyt on enää alle kuukaus siihen, että on se viimeinen käynti ja mahdollinen transsukupuolisuuden diagnoosin saaminen! Tällä hetkellä mulla on jotenki outo olo, koska mietin

aika paljo sitä et jos en saakaan diagnoosia, niin se meinaa sitä että tää tutkimusvaihe täytyy käydä uudestaan...”

Kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen herättää kirjoittajissa monia vahvoja, negatiivisia tunteita. Kertoessaan näistä mahdollisista tulevaisuuksista esimerkiksi Esa kertoo olevansa “sekaisin huolesta ja pelosta siitä[,] että saanko edes diagnoosia.” Pelko ja jännitys kohdistuu erityisesti hoitoneuvotteluihin, joissa päätös diagnoosin asettamisesta annetaan. Tämä ennakoiva odottaminen näyttää liittyvän tiiviisti prosessin tärkeyteen ja siihen, salliiko joku asiantuntija hoidot, kuten Esa kirjoittaa: “Usein se jännitys ja pelko liittyy nimenomaan siihen[,] saanko kaipaamaani hoitoa.” Ennakoivan odottamisen seurauksineen voidaan siis katsoa ainakin osittain juontuvan transterveydenhuollon episteemisestä vinoumasta, jossa asiantuntijat ovat portinvartijoita ja potilailla on suhteellisen vähän valtaa vaikuttaa itselleen tärkeään prosessiin.

Tällainen kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen näyttää perustuvan aiempiin kokemuksiin – joko omiin tai yhteisöllisesti välitettyihin. Vaikka kirjoittajat eivät kerro kohdanneensa paljoa huonoa kohtelua, näyttävät yksittäisetkin negatiiviset kohtaukset ohjaavan seuraavien tapaamisten odottamista. Esimerkiksi Petteri kertoo:

“Tuolla käynnillä vastaanotti sama lääkäri, joka sen viime leikkauksen lähetteen jätti ensin laittamatta ja josta tein sen potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvän muistutuksen. Etukäteen kuumottelin tätä aikalailta, koska jotenkin meni tuosta keissistä luotto koko lääkärin toimintaan.”

Myös vertaisilta kuullut kokemukset voivat ohjata odottamaan jonkinlaisia ongelmia ja kaltoinkohtelua omassa prosessissa. Esa kertoo:

“Jonkun verran oon nyt viime aikoina lukenut juttuja muiden prosesseista ja kokemuksista ylipäätään, ja huomaan että mulle helposti syntyy sellainen pelko jokaisesta negatiivisesta asiasta jonka joku on joutunut kohtaamaan.”

Tämä vertaisten kokemuksista lähtöisin oleva kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen näkyy myös aiemmin esittelemässäni valmistautumisessa episteemisen väkivallan vastustamisen välineenä. Vertaisilta saatu tieto näyttää siis yhtäältä voivan ohjata valmistautumaan tulevaan ja siten mahdollisesti selviytymään paremmin, mutta se voi myös aiheuttaa pelkoa ja ongelmien odottamista. Pearce (2018, 134–135) toteaa aiempien kokemusten luovan tällä tavalla ennakoivaa odottamista, ja toisinaan nämä vertaisten kertomukset pohjaavat vanhoihin kokemuksiin ja käytäntöihin, jotka eivät välttämättä enää ole ajankohtaisia.

6.2.3 Menetetty aika

Tunne menetetystä ajasta ja kaipuu elämän alkamiseen esiintyy kaikissa tarkastelemassani blogeissa, lisääntyen erityisesti silloin, kun oma prosessi on seisahduksissa ja kohti prosessin loppua edetessä.

Sukupuolenkorjausprosessi on suuri ja elämää hallitseva vaihe. Esa kertoo sen nykyhetkeä hallitsevasta luonteesta:

“Viimeiset puolitoista vuotta, ja toki sitä ennenkin, mun elämä on keskittynyt hyvin paljon vain sukupuolen pohtimiseen, ja välillä on siksi tuntunut että olen ollut aika hukassa itseltäni elämän muilla osa-alueilla. On ollut vaikea keskittyä muuhun elämään. Ja kuitenkin sitä muutakin elämää on tässä sivussa pitänyt yrittää parhaansa mukaan elää.”

Myös Saara kuvailee, kuinka prosessi hallitsee nykyhetkeä ja ajatuksia estäen tekemästä mitään keskittymistä vaativaa. Se, miten prosessi näyttää täyttävän kirjoittajien ajatukset vastaa Jeffrey'n (2008, 955–956) ajatusta odotuksesta korostuneena jännityksenä ja sen nykyhetkeä hallitsevasta luonteesta.

Jeffrey'n (2008, 955–956) ajatus tämän korostuneen jännityksen kehittymisestä tunteeksi *menetetystä ajasta* näyttäisi sopivan kuvaamaan kirjoittajien kokemuksia. Saara kertoo transterveydenhuollon piiriin saapuessaan siitä, kuinka jokainen päivä, jonka hän joutuu elämään miehen roolissa, tuntuu menevän hukkaan ja olevan poissa naisena olemisesta. Hän myös kantaa huolta siitä, kuinka prosessin aloittaminen hie-man vanhempana voisi vaikuttaa negatiivisesti hänen prosessinsa esteettisiin lopputuloksiin. Petterin kirjoituksissa puolestaan korostuu jatkuva elämän järjestely prosessin ympärille ja tähän liittyvät haasteet. Hän esimerkiksi siirtää opiskelujen jatkamista myöhemmäksi, jotta hän olisi ennättänyt toipua hoidoistaan täysin. Hän ei halua jäädä “paitsi niistä mistään menoista ja tapahtumista” leikkausten ja niistä toipumisen vuoksi – hän kaipaa ajallisesti normaalia nuoruutta, jonka pitkä prosessi uhkaa viedä häneltä pois.

Tämä menetetty aika herättää kirjoittajissa kaipuuta elämän alkamista tai jatkumista kohtaan. Esimerkiksi Petteri pohtii:

“**Puoli** vuotta ei elämästä kauheen pitkä aika ole, mutta kyllä se nyt nuorena ihmisenä vaikuttaa aika paljon loppujen lopuksi. Sitä kun haluais niin sanotusti jatkaa elämäänsä eteenpäin ilman, että täytyy kokoajan elämää ja tekemisiään aikatauluttaa sen mukaan, että jos-sain vaiheessa täytyy käydä jossain leikkauksessa.”

Tällainen pitkän kaavan suunnittelu kuuluu Petterin mielestä “taudin kuvaan.” Hän kertoo, kuinka “[t]ähän saakka kun tuntuu siltä, että pitää suunnitella elämää pelkästään sen mukaan, että miten saan opinnot, arjen ja leikkaukset soviteltua elämäntilanteeseen sopivasti.” Tällainen suunnittelu ja kaiken muun sivuun työntämi-

nen näyttäytyy myös Esan kirjoituksissa varsin raskaana ja muun elämän seisahdukseen pistävänä kokemuksena. Jatkuvaan suunnitteluun liittyy kirjoituksissa väsymystä, stressiä ja kaipuuta normaaliin aikaan ja elämään.

Samalla kun prosessi vaatii nykyhetkessä valtavasti huomiota ja suunnittelua, voi se estää myös muun tulevaisuuden pohtimisen. Prosessin kaiken peittävyteen liittyvä tunne saa Esan pohtimaan, kuinka hän on ollut "jotenkin väsynyt sellaisen kokoaikaisen paineen alla elämiseen ja siihen, etten pystynyt suunnittelemaan tulevaisuutta ollenkaan." Tässä, kuten Jeffrey (2008, 955–956) muotoilee, odotus on kroonistunut ja tulevaisuus ei pysty muotoutumaan normaalissa jokapäiväisessä elämässä. Toisaalta prosessin eteneminen ja hoitojen äärelle pääseminen herättävät Esassa tunteen siitä, että "tulevaisuudestakin uskaltaa jo alkaa haaveilemaan."

Prosessin raskaudesta ja sen kaiken nielevyydestä varsin kertovana voidaan pitää myös sitä, kuinka Esa, saatuaan kaikki hoidot, joita hän on tarvinnut, toteaa: "[...] nyt on sellainen fiilis että vihdoinkin voi hengähtää helpotuksesta ja todeta että tässä olen, tätä ei viedä multa pois. Nyt voi alkaa elämään."

6.2.4 Odottamisessa selviäminen positiivisen odottamisen ja odotukseen asemoitumisen avulla

Prosessin eteneminen herättää kirjoittajissa *positiivisia odotuksia*. Jo ensimmäisiä tapauksia odottaessaan kaikki kirjoittajat kertovat jonkinlaisesta positiivisesta odotuksesta jännityksen ohella – tämä on odotusta olon helpotuksesta ja asioiden selkeytymisestä tai innostusta prosessin alkua ja sen mahdollistamaa tulevaisuutta kohtaan. Prosessin eteneminen antaa esimerkiksi Esalle "ihan valtavasti voimia ja jaksamista." Myös odotettua sutjakkaampi eteneminen piristää kirjoittajia. Positiivinen odottaminen näyttää olevan runsaampaa diagnoosin saamiseen jälkeen, jolloin epävarma odottaminen näyttää osin vaihtuvan innokkaaksi hoitojen tuomien muutosten odottamiseksi.

Sen lisäksi, että positiivinen odotus itsessään parantaa kirjoittajien mielialoja, voi se toimia myös yrityksenä vastustaa ennakoivaa odottamista. Esimerkiksi Petteri kirjoittaa ennen hoitoneuvotteluaan: "Mutta ihan niinkun lääkärikin nyt painotti, niin ei pidä nyt stressata liikaa miettimällä sitä diagnoosia! Aika menee onneks nopeesti ja [] on ihan kohta ja sit voi olla et jollain tapaa elämä muuttuu aika paljo johonkin suuntaan!" Myös Esa pyrkii haastamaan negatiivisen odotusta positiivisilla odotuksilla:

"Mutta mä kovasti yritän siis ajatella että kaikki menee kyllä hyvin, ja että ne ihmiset on kohdanneet siellä paljon muitakin tyyppejä joiden tilanne sivuaa mun omaa, ja että ne ei voi olla ihan hirveän huonoja ihmisten lukemisessa."

Positiiviset kohtaamiset transterveydenhuollon henkilökunnan kanssa ja hyvin sujunut prosessi luovat Petterille ja Saaralle odotuksia hyvin edelleen etenevästä prosessista tutkimusjakson aikana. Esimerkiksi Saara kertoo, kuinka hänen *helpon tapauksen statuksensa* – eli esimerkiksi tiettyjen mielenterveyden häiriöiden puute – näyttää tehneen hänen lääkärikäynneistään ja prosessinsa etenemisestä suhteellisen helppoja. Tämä on ohjannut häntä odottamaan luottavaisin mielin prosessin etenemistä. Esa ei arviointivaiheen aikana uskalla ajatella aivan yhtä positiivisesti kuin muut, mikä saattaa osin liittyä siihen, kuinka hän sopii muita huonommin transnormatiivisiin odotuksiin- aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että normatiivisiin, binäärisiin odotuksiin sopivilla henkilöillä on tyypillisesti enemmän positiivisia kokemuksia transterveydenhuollosta (Pearce 2018, 113; Pucket et al. 2018). Tämä voi olla yksi syy, miksi hän ei juurikaan ilmaise samanlaisia positiivisia odotuksia kuin muut kirjoittajat tutkimusjaksollaan. Tästä huolimatta yksittäinen positiivinen kohtaaminen luo myös häneen toivoa:

“En uskalla oikein vieläkään ajatella elämää pidemmälle, siihen hetkeen kun esimerkiksi hoidot mulle mahdollistuisi, mutta tänään sain kuitenkin jonkun sellaisen toivonpilkahduksen siitä että mua on kuultu ja ymmärretty polilla, ja se kantaa nyt ainakin varmasti vähän aikaa!”

Odotuksen ja prosessin jälkeisen ajan odottaminen ja kuvittelemine voi olla yksi keskeinen tapa vastustaa pitkien odotusaikojen ja kaltoinkohtelua ennakoivan odottamisen kuluttavaa raskautta (Pearce 2018. 144–147). Kaikki tarkastelemani kirjoittajat odottavat tällä tavoin prosessin positiivisia vaikutuksia ja sen jälkeistä elämää. Hoitojen konkreettisten muutosten lisäksi odotetaan prosessin myötä onnellisuuden, itsevarmuuden ja elämänlaadun lisääntymistä, jopa “uuden elämän” alkua, kuten Esa kirjoittaa.

Positiivisten vaikutusten odottaminen näyttää nostavan kirjoittajien mielialaa. Esimerkiksi Esalle tulevien muutosten miettiminen on tärkeä voimavara hankalina hetkinä:

“Illalla nukahdan usein ajatukseen siitä hetkestä, kun saan testoreseptin ja kun levitän ensimmäiset geelit iholle. Hormonihoidon aloitus on jotenkin ihan valtava merkkipaalu, tietenkin. Oon odottanut sitä kauan, ja joka kerta esimerkiksi väärinsukupuolittamista kohdatessani ja sisäisesti hajotessani oon vaan keskittynyt ajattelemaan, että vielä tulee se päivä kun mua ei väärinsukupuoliteta, vielä mä saan mahdollisuuden näyttää kuka mä oikeasti olen.”

Positiivisen odottamisen ohella kirjoittajat pyrkivät myös suhtautumaan pitkään, ennakoimattomaan ja kuluttavaan odottamiseen erilaisin tavoin. *Odotukseen asemoituminen* esiintyy aineistossa sen negatiivisia vaikutuksia välttämään pyrkivänä strategiana. Siihen sisältyy oman aikasuhteen säätely, odotuksen hyväksyminen ja omien odotusten hillitseminen.

Säätelämällä suhtautumistaan aikaan ja odotukseen kirjoittaja pyrkivät suhtautumaan mahdollisimman positiivisesti kokemuksiin menetetyistä ajasta ja sen tuomiin tuntemuksiin. Pitkän odotuksen edessä Petteri kertoo, kuinka hänellä ei ole "mihinkään kiire." Tällainen suhtautuminen voi auttaa tekemään odottamisesta siedettävämpää. Toisaalta tämä asennoituminen ei näytä olevan erityisen kestävä – esimerkiksi Esa yrittää ennakoita mahdollista saamatta jäävää diagnoosia ja siitä seuraavaa jatkoa odotukselle pohtimalla, kuinka "ei puoli vuotta tai vuosi ole loppuelämän kannalta hurjan pitkä aika." Heti perään hän kuitenkin toteaa: "Okei, en pysty kyllä ajattelemaan näin ollenkaan, vuosi tuntuu juuri tässä vaiheessa elämää ikuisuudelta." Myös Petterin useasti prosessin alkupuolella toistamat ajatukset siitä, että mihinkään ei ole kiire, ja että ei pieni viivästys nuorena tunnu missään, murtuu odotuksen jatkussa ja ennakoimattomien viivästysten venyttäessä prosessia entisestään:

"[...] haluan päästä "jatkaan" elämäni tästä prosessista eteenpäin. Vaikkakin hormonihoidot jatkuu ihan elämän loppuun saakka, haluan et kaikki muu saada nyt pois alta kun oon nuori ja elämä edessä. Eipä tarvi miettiä sitten monen vuoden päästä enää, että milloin ois hyvä ajottaa joku leikkaus. Mulla on itellä sellanen fiilis, että oon valmis viemään tän homman loppuun nyt."

Odotuksen sääntelyä voidaankin pitää strategiana, joka voi auttaa pitämään toivoa ja jaksamista yllä pitkän ja toisinaan ennakoimattoman odotuksen edessä, mutta se ei riitä loputtomiin.

Kirjoittajat voivat myös *hyväksyä odottamisen* osana omaa terveydenhuoltoaan. He ikään kuin antautuvat sille. Esimerkiksi Petteri toteaa mielestään turhan kaukana olevasta käynnistä ettei "muuta voi ku oottaa." Myös Esa kertoo, että hän on vain pyrkinyt jatkamaan "elämistä eteenpäin kun ei muu auta". Odottamisen ennakoiminen ja ennakoitavuus näyttää osaltaan voivan hillitä odottamiseen liittyvää ahdistusta. Esa suhtautuu tällä tavalla pitkiin odotusaikoihin: "Tämän toki tiesin etukäteen, joten se ei jaksakaan kamalasti ahdistaa, vaikka prosessi vähän junnaakin paikallaan nyt." Myös Petteriä ennakkotieto odottamisesta näyttää auttavan: "sitten otetaan seuraavaksi yhteyttä leikkauksen tiimoilta, mutta jonot on kuulemma pitkät ja sitä oikeestaan osasin odottaakin."

Siinä missä Petteri ja Esa suhtautuvat odotukseen asiana, johon ei juuri voi vaikuttaa, Saara etsii aktiivisesti vaihtoehtoja transterveydenhuollon pitkille odotusajoille. Hän hakeutuu omatoimisesti hoitoihin yksityiselle sektorille, todeten että vaikka näin nämä hoidot maksavat enemmän, ovat ne sen arvoisia. Aiemman tutkimuksen perusteella tällainen transterveydenhuollon viralliselta hoitopolulta poikkeaminen ei ole erityisen tavatonta, mutta se on mahdollinen vain heille, joilla on resursseja tähän (Pearce, 147–150). Tämä mukailee Nixonin (2011, 30) ajatusta hitaasta väkivallasta väkivallasta, jonka pääosaisia kärsijöitä ovat he, joilla on vähiten resursseja välttää sitä.

Kirjoittajat näyttävät valmistautuvan odotukseen ja myös prosessin etenemiseen varauksella; he pyrkivät *hillitsemään omia odotuksiaan* ja innostumisiaan muistuttamalla itseään mahdollisista ongelmakohdista. Tämä taktiikka näyttää olevan pyrkimys pitää odotukset kurissa ja valmistaa siten mahdollisiin pettymyksiin. Esimerkiksi Saara odottaa innolla, millaisia muutoksia lääketieteelliset interventiot voisivat tuoda mukanaan, mutta hän välittömästi hillitsee omaa innostustaan toteamalla, ettei ole varmaa, eteneekö prosessi halutunlaisesti. Myös Esa käyttää tätä taktiikkaa useaan otteeseen; hoitoneuvottelun lähestyessä hän kertoo:

“Tuntuu aika huikkeelta! Tietenkään en voi tietää miten asiat hoitoneuvottelussa menee, saanko diagnoosia ollenkaan, ja jos saan, niin minkä diagnoosin. Silti tällä hetkellä on jotenkin positiivisen toiveikas olo, vaikka yritänkin olla toivomatta liikoja etten sitten joudu pettymään kauhean pahasti.”

6.3 Transterveydenhuollon harjoittama sosiaalinen kontrolli

6.3.1 Diagnostiikan ja oman itsen ristipaineessa

Pearce (2018, 7) esittää erimielisyyksien, kitkan ja ongelmakohtien alkuperän terveydenhuollossa piilevän osittain ammattilaisten ja transsukupuolisten erilaisissa ymmärryksissä transsukupuolisuudesta – mitä se on ja mitä mahdollisuuksia siihen liittyy. Transsukupuoliset ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, eivätkä heidän kokemuksensa aina sovi täysin transterveydenhuollon diagnostiikkaan tai transnormatiivisiin odotuksiin. Tämä voi aiheuttaa ongelmia transterveydenhuollossa navigoimisessa ja kaivattujen hoitojen saamisessa. (Pearce 2018, 113–115; Shepherd & Hanckel 2021). Tarkasteleman kirjoittajat näyttävät olevan hyvin tietoisia heihin kohdistuvista normatiivisista ja diagnostisista vaatimuksista, ja tietoisuus näihin vaatimuksiin sopimatomuudesta herättää heissä ahdinkoa. Saara ja Esa kantavat huolta esimerkiksi siitä, etteivät heidän kokemuksensa vastaa odotusta, jonka mukaan transsukupuolisilla on jo lapsuudessa kokemus “väärässä kehossa” olemisesta. Esa kirjoittaa:

“Mä oon koko ajan jotenkin tuntenut paljon stressiä siitä että mulla ei ole lapsuudesta mitään ns. selkeää transkokemusta. ... Välillä oon miettinyt vähentääkö se jotenkin mun sukupuoli-kokemuksen uskottavuutta, ja tänään tuntuu että sain vähän rauhan sen kanssa sikäli, että psykologi tuntui jotenkin ottavan todesta mun kokemuksen itsestäni ja mulla oli tosi nähty olo.”

Transterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla näyttää olevan paljon mahdollisuuksia tukea potilaitaan vastaavanlaisissa huolitapauksissa purkamalla tällaisia odotuksia.

Aineistossa esiintyy myös huolta ja ahdistusta diagnostiikan aikavaatimukseen sopimisesta. Esa kirjoittaa tapaamisen jälkeisestä levottomuudesta ja siitä, kuinka hän kaippaa jotain ”varmistusta sille että mä olen mä ja että mä saan olla mä.” Tämä huoli liittyy diagnostisiin vaatimuksiin ja eroihin omassa ja asiantuntijoiden tulkinnoissa:

”Puhuttiin nimittäin hoitajan kanssa myös siitä, että diagnoosin saadakseen sukupuoli-kokemuksen on täytynyt pysyä jokseenkin samanlaisena sen kaksi vuotta. Mulla itselläni ei ole epäilystäkään siitä etteikö se aika tulisi mun kohdalla täyteen ihan miten päin vaan mitattuna [...], mutta samalla tuli vähän sellainen ahdistunut olo että jos mä oikeesti en saakaan sitä diagnoosia, että jos mun kokemus ei olekaan tarpeeksi oikea tai jos ne ei jotenkin laske sitä todelliseksi siitä samasta ajasta kuin mistä mä itse voisin ajatella että se laskeaan.”

6.3.2 Mahdollisten hoitopolkujen rajaaminen

Transterveydenhuollon järjestäminen määrittelee sitä, minkälaiset identiteetit, kehot ja sukupuolenkorjausprosessit ovat tunnistettavia ja mahdollisia. Näkemykset siitä, mitä transsukupuolisuus on ja millaisia sukupuolia voidaan tunnistaa, vaikuttavat siihen, millaisia lääketieteellisiä hoitomahdollisuuksia kenellekin voidaan tarjota. (Pearce 2018, 51–72). Vuonna 2018 tehtiin linjaus, jonka mukaan F64.8-diagnoosi (muu sukupuoli-identiteetin häiriö) ei hetkellisesti oikeuttanut lääketieteellisiin hoitoihin. Esa, joka kävi tuohon aikaan omaa tutkimusvaihettaan läpi, tavoitteli juuri tätä F64.8-diagnoosia. Päätös rajata muunsukupuoliset hoitojen ulkopuolelle vaikuttaa Esaan suuresti:

”Viime päivinä ainakin mun elämää on varjostanut ihan hirveästi uutinen siitä, että niin Helsingin kuin Tampereenkin transpolit on tehneet linjauksen olla antamatta enää hoitoa ns. muunsukupuolisuusdiagnoosilla. [...] Aikaisemmin on liikkunut huhua siitä, että Helsingissä ei saisi muunsukupuolisena hoitoa, mutta mun kuuleman mukaan asia on ollut niin, että Helsingissä kirurgit eivät esimerkiksi suostu leikkaamaan tuon f64.8-diagnoosin saaneita, mutta lähetteen voi saada sitten esimerkiksi Tampereelle. Käytännössä hoitoa siis on saanut, mutta se on pitänyt hakea muualta. Nyt tilanne on kuitenkin tosi kaoottinen ja kamala varsinkin meidän muunsukupuolisten kannalta jotka on vielä prosessissa. Itse haajosin jotenkin ihan kokonaan kun maanantai-iltana sain tiedon tästä asiasta, ehkä siinä purkautui vähän muitakin mieltä painaneita juttuja samalla, mutta itkin ihan hallitsemattomasti ja tuntui että koko maailma romahtaa.”

Hoitojen ulkopuolelle rajautumisen uhka satuttaa Esaan syvästi:

“Nukuin huonosti ja suuntasin aamulla harkkapaikalle ja yritin olla ajattelematta omia asioitani. [...] Ehkä musta ei seuraavana aamuna tuntunut enää ihan siltä että koko maailma kaatuu tähän nyt ja heti, mutta koko viikon tämä uutinen on kyllä ollut mielessä koko ajan ja varjostanut ihan kaikkea. Tuntuu että olen ollut tavallista ahdistuneempi heti kun olen voinut pysähtyä ajattelemaan asioita enkä saa sitä pois mielestä millään. Vaikka mun elämässä on muutakin kuin prosessi ja vaikka mä olen muutakin kuin tämä prosessi, niin se on kuitenkin jotenkin tällä hetkellä olennaisin osa sitä minkä päälle elämäni kasaan. Se on toivo tulevasta, se on toivo siitä että joskus enää ei ole näin paha olla.”

Tällainen mahdollisuuksien rajausta osuu erityisesti heihin, jotka tavoittelivat juuri tätä diagnoosia tai jotka ovat sen tahtomattaankin voineet saada. Prosessin ennakointu eteneminen ja tunnetut tavat navigoida transterveydenhuollossa rikkoutuvat ja tilanne on “kaoottinen ja kamala”, kuten Esa kirjoittaa. Tämä mahdollisten hoitopolkujen rajaaminen nostaa esille myös tulevaisuuden ja elämän mahdottomuuteen ilman hoitojen mahdollistamaa prosessia (Pearce 2018, 151–153). Tämä liittyy siihen mitä Nixon (2011, 28) tarkoittaa kirjoittaessaan kuinka hidas väkivalta ei ole vain kulluttavaa vaan myös kasautuvaa ja riskejä moninkertaistavaa – hoitojen hankala saatavuus ja niiden ulkopuolelle rajautuminen satuttaa syvästi, mutta se myös edustaa ja lisää suurempaa riskiä elämän mahdottomuudesta.

Mahdollisten hoitopolkujen rajaaminen liittyy myös tiiviisti transterveydenhuollon episteemiseen väkivaltaan. Vaikka Esa tietää hoitojen tärkeyden itselle ja oman sukupuolensa, silti lääkäreiden linjaukset ja näkemykset ovat ne, joiden mukaan prosessin kulku ja mahdollisuudet muokkaantuvat.

6.3.3 Raskas transterveydenhuolto, jolle ei ole vaihtoehtoja

Kuten episteemistä väkivaltaa ja odottamista käsittelevissä aiemmissä osioissa on käynyt ilmi, voidaan transterveydenhuolto kokea monella tapaa varsin raskaana ja kuluttavana. Aineistossa esiintyykin melko runsaasti transterveydenhuollon järjestämisen ja sen seurausten kritisointia, pääosin epäsuorasti sen käytäntöjä kyseenalaistaen, mutta ajoittain myös varsin suorasanaisesti etenkin prosessien loppuvaiheiden aikana. Kritisoidessaan he nostavat esiin ongelmakohtien vaikutuksia heihin; Kuten Nixon (2011, 65–69) luonnehtii, kirjoittajat tekevät hitaan väkivallan näkyväksi tekemällä siitä saavutettavaa ja todellista kirjoittaessaan sen seurauksista ja vaikutuksista, jotka ovat sen ulkopuolella elävien tavoittamattomissa.

Tyypillisesti arviointivaiheen kritiikki kohdistuu turhina, epäselvinä tai raskaina näyttäytyviin käytäntöihin. Esimerkiksi Petteri ihmettelee “turhien asioiden tenttaamista” sekä samojen asioiden toistelua:

“Lääkärin kans tuntu se keskustelu olevan melkeen sama kun silloin, ku oli tän lääkärin ensimmäinen tapaaminen. Puhuttiin melkeen samat asiat kun silloin ja se kyseli kaikkee ihan niinku en ois jo aikasemmin silloin kertonu sille asioistani. Ehkä sillä on joku tarkoitus miks se samoja asioita kyselee.. Lopuks tehtiin muutama vähän outo lomake ja sit lähin otteleen et pääsin sairaanhoitajan tapaamiseen.”

Esa puolestaan kuvailee, kuinka aina uusille hoitohenkilökunnan jäsenille avautuminen elämän vaikeista ja kipeistä kokemuksista on rankkaa:

“Koin rankaksi sen, että kerta toisensa jälkeen piti tavata uusia ihmisiä ja olla valmis avaamaan mitä tahansa henkilökohtaisia asioita mitä multa vaan satuttaisiin kysymään. Puhuin elämästäni, historiastani, itsestäni ja sukupuolikokemuksestani niin paljon, että edelleen tuntuu että jos multa kysytään jotakin noihin aiheisiin liittyvää, olen valmis antamaan analyttisen ja harkitun vastauksen.”

Vaikka oma prosessi etenisi hyvin ja vaikka kirjoittajat kertovat pääsääntöisesti vain positiivisista kohtaamisista hoitohenkilökunnan kanssa, näyttäytyy prosessi konaisuudessaan näistä huolimatta varsin raskaana ja jäljet jättävänä. Esa kertoo:

“Luulen, etten ole ihan vielä myöskään ymmärtänyt, miten valtava vaikutus tällä koko prosessilla on muhun ollut. Sen lisäksi, että mun keho on tietenkin muuttunut hoitojen myötä paljon ja sitä kautta mun koko elämä, on prosessi oikeasti ollut monella tapaa kuluttava, rikkova ja traumatisoivakin kokemus, eikä sen jättämät jäljet varmasti ihan heti haalene. En usko, että ne koskaan täysin häviää, mutta ei tarvitsekaan.”

Raskaus näyttää sitoutuvan transterveydenhuollon rakenteellisiin ongelmiin – etenkin transterveydenhuollon sisäiseen epistemiseen väkivaltaan ja sitä seuraavaan epävarmuuteen, joka ikään kuin lävistää koko prosessin. Esa pohtii oman prosessinsa loppupuolella:

“Suurin helpotus oli kuitenkin se, että pääsin leikkaukseen. Helpotus siitä, ettei tarvitse enää taistella, perustella itseään, miellyttää muita ja yrittää arpoa miten saisi sitä mitä tarvitsee. Mulle ehdottomasti kuluttavin osa prosessia on ollut se epävarmuus jonka kanssa koko prosessin ajan, eli useamman vuoden ajan, piti elää.”

Kirjoittajat kritisoivat myös väärää tietoa ja huonoa kohtelua. He kertovat saaneensa transterveydenhuollon henkilökunnalta väärää tietoa esimerkiksi nimen ja sosiaaliturvatunnuksen vaihdon käytäntöihin liittyen. He kertovat myös turhautumisesta hoitohenkilökunnan väärään tai puutteelliseen tietoon liittyen – esimerkiksi Esa kertoo ongelmista saada lähetettä valitsemaansa hoitopaikkaan:

“Mutta siis joo, käynti meni ihan hyvin, petyin siihen etten saanut lähetettä mastektomiaan sekä siihen miten vähän ihmisillä transpolilla kuitenkaan tuntuu sitten olevan tietoa siitä miten asiat menee, ja miten kaikesta saadaan aikaiseksi ongelma.”

Myös aiemmassa tutkimuksessa on havaittu hoitohenkilökunnan puutteellisten tietojen vaikuttavan negatiivisesti transsukupuolisten kokemuksiin transterveydenhuollosta ja vähentävän heidän elämäntyytyväisyyttään (Heinonen et al. 2013, 15–16).

Väärä tai puutteellinen tieto näyttääkin lisäävän entisestään kirjoittajien kokemaa väsymystä ja stressiä.

Esa ja Petteri kertovat myös tilanteista, joissa hoitohenkilökunta on jättänyt tekemättä sovittuja asioita ja lähetteitä. Esimerkiksi Esa kertoo tilanteesta, jossa pyyntöä todistuksesta ei ole lähetetty, vaikka näin on sovittu tehtävän:

“Päätin kuitenkin varmuuden vuoksi kysyä asiasta tänään kun soitin hormonipolille - tai lähinnä siitä että onko jotakin arviota siitä miten kauan tuolla todistuksella voisi mennä, että voisin sitten itse vähän ennakoida milloin hetun muuttaminen olisi mahdollista. Ja onneksi kysyin! Hormonipolille ei ollut mennyt mitään tietoa siitä, että tarvitsisin tuon todistuksen, sieltä ei siis löytynyt pyyntöä todistuksen lähettämistä ollenkaan. Olin tietenkin ihan luottanut siihen että niin olisi, kun mun Omakannassakin niin luki ja siinä käynnillä sovittiin että se pyyntö sinne laitetaan (tai siis lääkäri laittaa).”

Myös Petteri kertoo tilanteesta, jossa lääkäri ei ole tehnyt lähetettä, vaikka näin on sovittu. Molempien tapausten syyt jäävät Esalle ja Petterille hämäräksi; Petteri kertoo, ettei hän saanut vastausta kysyessään miksi lähetettä ei ollut tehty, ja Esa puolestaan kertoo, kuinka maininta pyynnön laittamisesta on hävinnyt hänen potilastiedoistaan:

“En myöskään tiedä mihin se teksti Omakannasta on kadonnut. Kaikeksi onneksi olin ottanut siitä kuitenkin kuvakaappauksen silloin kesäkuussa, ja siinä kyllä selvästi lukee, että lääkäri laittaa pyynnön hormonipolille todistuksesta ja sen pitäisi tulla mulle postissa”

Tällaiset ongelmat näyttävät kuormittavan kirjoittajia entisestään ja vähentävän luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Nämä kokemukset herättävät myös kysymyksiä transterveydenhuollon läpinäkyvyydestä ja potilaiden mahdollisuuksista aidosti tietää prosessinsa etenemisestä ja sen mahdollisten viivästysten syistä.

Vaikka transterveydenhuollon järjestymistä ja vahingoittavuutta kritisoidaan, siihen suhtaudutaan tyypillisesti asiana, jolle ei ole vaihtoehtoa. Tämä näkyy Esan pohdinnassa tutkimusjakson aikana:

“Ehkä tämän biisin [Apulannan *Koneeseen kadonnut*] sanat kuvaa mulle jotenkin tätä koko systeemiä ja sitä miten musta tuntuu nyt, että vaikka mä joskus vielä pääsisinkin eteenpäin, saisin ne korjaushoidot mitä tarvitsisin, tulisin ihan oikeasti omaksi itsekseni myös ulkoisesti ja elämä tuntuisi kokonaiselta, niin silti tämä prosessi jättää muhun aivan varmasti jälkensä. Tuntuu rikkovalta että tuollainen systeemi on se joka päättää siitä mitä mulle tapahtuu, mitä saan ja en saa, ja tuntuu että mut täytyy rikkoa ennen kuin voin saada sen mitä tarvitsen.”

6.3.4 Strateginen suhtautuminen sosiaaliseen kontrolliin

6.3.4.1 Oman identiteetin ja vaatimusten välinen sovittelu

Transsukupuoliset transterveydenhuollossa navigoidessaan voivat suhtautua strategisesti heille osoitettuihin vaatimuksiin. He voivat yhtäältä pyrkiä sovittamaan omaa kokemustaan transnormatiiviseen narratiiviin tai vaihtoehtoisesti hakea odotuksista poikkeamiselle jonkinlaista tukea ja vahvistusta esimerkiksi vertaisten kautta. (Pearce 2018, 39–40; Loponen 2021, 90–92). Oman aineistoni puitteissa nämä strategiat vaikuttavat olevan limittäisiä ja osittain ristiriitaisiakin – yhtäältä kirjoittajat voivat pyrkiä ottamaan eroa ahtaista kriteereistä, toisaalta he pyrkivät myös sopeutumaan niihin. Tulkitsen tämän merkiksi siitä, kuinka transterveydenhuollon odotukset voidaan kokea epäsopeiviksi, mutta vaihtoehtoisten väylien puuttuessa siihen mukautuminen on tarpeellista.

Kirjoittajat sovittavat omia kokemuksiaan heihin kohdistuviin odotuksiin. Esimerkiksi Petteri muistelee omaa lapsuuttaan ja jo siellä esiintyneitä tuntemuksia omasta sukupuolestaan, mukaillen transnormatiivista oletusta transsukupuolisuuden näkymisestä jo lapsuusajalla (Johnson 2016, 485). Esa puolestaan huolehtii myös siitä, miltä hän näyttää ja mitä hänestä voidaan päätellä ulkonäön ja olemisen perusteella: ”jotenkin aina mietin hirveesti että mitä sinne polille pitäisi pistää päälle ja muutenkin että millainen mun pitäisi olla.”

Kirjoittajat myös kyseenalaistavat transnormatiivisia odotuksia ja etsivät vahvistusta omalle kokemukselleen toisenlaisista ymmärrystavoista. Tiedonetsintä esiintyy keskeisenä apuvälineenä tässä strategiassa. Esimerkiksi Saara tutkii lähteitä, jotka haastavat ajatusta lapsuusajan trans-kokemuksesta. Hän pohtii myös kriittisesti sukupuolen tuntemisen ja haluamisen eroja, sukupuolen binäärisyyttä ja prosessin ulkonäkökeskeisyyttä. Tällainen kyseenalaistava suhtautuminen transnormatiivisiin odotuksiin ja lääketieteelliseen ymmärrykseen transsukupuolisuudesta voi osaltaan horjuttaa vallitsevia, normatiivisia näkemyksiä. Tiedon etsintä voi tarjota myös helpotusta identiteettejä ja kokemuksia kyseenalaistavassa transterveydenhuollossa asioidessa, kuten Esa kirjoittaa:

”Ihan yleisesti mun oloa helpottaa myös se että luen vaikkapa kirjoja sukupuolen moninaisuuteen liittyen, tai perehdyn netistä löytyvään tietoon tai tarinoihin. Jotenkin siitä tulee sellainen olo että mä olen totta, mä saan olla totta, mä en ole vaan keksinyt tätä, mä en ole sairas.”

Transsukupuolisuuden ymmärtäminen aiemmin (sivu 9) esittelemästäni feministisestä lähtökohdasta käsin haastaa cisgenderismiä myös tekemällä mahdolliseksi trans-identiteetin selkeämmän näkyvyyden ja sen arvostamisen yhtenä identiteetin osana. Sitä ei välttämättä nähdä cisgenderistiseen tapaan asiana, joka tulee häivyttää

tavoittelemalla transnormatiivista siirtymää binääriin sisällä, vaan sillä voidaan nähdä olevan arvoa tärkeänä identiteetin osana yksilöille ja myös transsukupuolisuuden ympärille muodostuville yhteisöille (Stryker 2017, 75–102; Pearce 2018, 102–108).

6.3.4.2 Tukiverkostot tiedon lähteinä, identiteetin vahvistajina ja voimavarana

Vertaistuki näyttäytyy tärkeänä kaikille kirjoittajille. Vertaiset voivat tarjota kannustusta ja auttaa jaksamaan vaikeina hetkinä, he myös voivat tarjota neuvoja ja näkökulmia, joiden avulla transterveydenhuollossa navigoiminen on helpompaa. Esimerkiksi Saara kertoo, kuinka hänen kaverinsa ovat kertoneet, millainen tutkimusvaihe on ja tarjonneet neuvoja ja kannustusta. Tällainen yhteisöstä lähtöisin oleva tieto voi olla arvokas apuväline etenkin transterveydenhuollon piiriin vasta saapuville (Pearce 2018, 139–140).

Vertaistukiryhmät voivat tarjota myös transterveydenhuollolle vaihtoehdoisen tilan, jossa transsukupuolisen episteeminen asema ei ole alisteinen suhteessa asiantuntijoihin, ja jossa on vapaus kertoa ja käsitellä sellaisiakin asioita, joiden arvellaan voivan vaikuttaa negatiivisesti oman prosessin etenemiseen. Feministisen ymmärrystavan mahdollistamat yhteisölliset tilat, olivatpa ne online tai offline, voivat tarjota transihmisille mahdollisuuksia vertaistukeen ja sellaisen tiedon jakamiseen, joka ei ole välttämättä saatavilla cisgenderistisissä tiloissa. Näissä tiloissa voidaan esimerkiksi jakaa terveyteen liittyvää tietoa, jota ei ole saatavilla lääketieteellisissä piireissä. (Pearce 2018, 102–108). Esimerkiksi Esa kertoo:

“Koen, että Transtukupiste on myös hyvä "tukitoimenpide" transpolin tutkimusjakson aikana, tai mulle se ainakin on ollut sitä. Ollaan käsitelty tavallaan samoja asioita kuin poliilakin, mutta samalla mun ei ole tarvinnut miettiä sanonko jotain "väärää" tai vaikuttaako mun sanominen negatiivisesti mun prosessin etenemiseen.”

Vertaiset voivat olla tärkeä voimavara, kuten Esa heitä luonnehtii prosessinsa loppuvaiheilla. Myös Petteri, joka suhtautui oman prosessinsa alkuvaiheilla nihkeästi ajatukseen vertaistukiryhmistä, on saanut tukea muilta miehiltä yhteisessä keskusteluryhmässä:

“Aluks kelasin siitäkin ryhmästä, että joo en kyllä tälläseen jaksaa lähteä mukaan, mutta edelleen näin monen kuukauden jälkeen ryhmään kuulun ja ryhmästä on ollu välillä enemmän kun tarpeeks apua! Välillä jauhetaan siel ihan turhistakin asioista, mut välillä taas puhutaan tosi paljoki kaikkee ja kun monet samassa tilanteessa olevat kertoo omat kokemuksensa asioista, niin se on aika mielenkiinnostaki!”

Varsinaiset vertaisryhmätapaamiset eivät kokeilusta huolimatta ole Petterin mieleen, mutta hän kokee niistäkin voivan olla hyötyä esimerkiksi transsukupuolisuuden moninaisuuden ymmärtämisessä: “[e]n voi sanoa et toi ois kuitenkin ollu ihan turha kokemus! Lyhyesti kommentoituna toi jotenki avas silmät sille, kuinka moneen lähtöön meitä täällä loppujen lopuks on!”

Kuten myös aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, *läheisten tuki* näyttäytyy keskeisenä jaksamiselle varsin kuluttavan ja pitkän prosessin aikana (Heinonen ym. 2013, 15). Perheenjäsenten ja ystävien positiivinen suhtautuminen herättää Esassa ja Petterissä iloa ja onnellisuutta. Esa pohtii läheistensä merkitystä oman prosessinsa loppuvaiheilla:

“Jotenkin mä itse koen, että on olennaista että mun läheisimmät ihmiset pystyisi olemaan mun tukena. Olen itse niin onnellisessa asemassa, että kaikki mun läheiset on suhtautuneet tosi hyvin mun korjausprosessiin ja sukupuoleen, eikä kukaan tahallaan ole ollut mulle ilkeä tai loukannut. Tiedostan sen, että kaikilla näin ei todellakaan ole, ja se on tosi surullista. Sukupuolenkorjausprosessi on hurjan raskas muutenkin, ja ilman läheisten tukea vielä huomattavasti raskaampi.”

Toisaalta Saara, jota ystävät ja blogin lukijakunta tukevat, tuntee suurta surua perheensä tuen puutteesta. Lähipiirin kieltävä, syyllistävä suhtautuminen herättää Saarassa ahdistusta ja epävarmuutta omassa prosessissaan. Läheisten negatiivisen suhtautumisen tiedetään jo aiemman tutkimuksen perusteella vaikuttavan elämäntyytyväisyyteen heikentävästi (Heinonen ja kumppanit 2013, 11–12).

6.3.4.3 Oman hoitopolun strateginen rakentaminen ja valitusten ja muistutusten tekeminen

Kirjoittajat eivät ole vain passiivisia potilaita, jotka alistuvat heistä tehtäviin päätöksiin, vaan he pyrkivät myös itse vaikuttamaan omalla toimijuudellaan omien prosessinsa etenemiseen. Etenkin erilaisten ongelmatilanteiden edessä he usein ryhtyvät toimimaan strategisesti. Mahdollisuudet vaikuttaa ja valita voidaan jakaa *oman hoitopolun strategiseen rakentamiseen ja valitusten ja muistutusten tekemiseen*.

Oman hoitopolun strategista rakentamista esiintyy aineistossa suurten ongelmakohdientien kohdalla. Esimerkiksi Esa toimii näin suhtautuessaan valikoivasti hänen prosessinsa etenemistä määrittelevään diagnostiikkaan kun f64.8-diagnoosin saaneilta evähtään mahdollisuus saada lääketieteellisiä hoitoja:

“Kun sitten tuleekin uutinen, että hoitoa ei saakaan, on se ihan hirveän järkyttävää ja horjuttaa koko elämää ja yhden ihmisen maailmaa. Mun suunnitelma on yrittää hakea se diagnoosi f64.0. Oon pohtinut myös jo keväästä saakka koko ajan enenevässä määrin, että

mun pitäisi hakea se ehkä muutenkin. Koen kyllä olevani muunsukupuolinen, mutta samalla mä koen myös olevani mies. Tai mitenhän osaisin tämän selittää. En koe olevani ihan binäärinen mies, mutta koen olevani mies kuitenkin jossakin määrin”

Transsukupuoliset voivat suhtautua hyvin moninaisesti diagnooseihin ja niiden kriteereihin; vaikka ne voidaan kokea rajoittaviksi ja patologisoiviksi, voivat ne mahdollistaa hoitojen saatavuuden ja oman itsen ymmärrettäviksi tekemisen muille (Johnson 2019, 520–529). Olosuhteiden pakosta Esa muuttaa tavoittelevansa diagnoosia ja siten toimintaansa transterveydenhuollossa. Ennen muutosta Esa kertoo, kuinka hän on “puhunut koko ajan pelkästään muunsukupuolisuudesta ja ehkä transmaskuliinisuudesta polilla, koska olen jotenkin ajatellut että mun kokemuksen täytyisi pysyä tosi samana jotta saisin ylipäättään mitään diagnoosia.” Muutoksen jälkeen hänen suhtautumisensa on muuttunut; hän tavoittelee pelkästään f64.0-diagnoosia joka “mahdollistaa mulle ne hoidot joita polilta olen lähtenyt hakemaan”. Hän pyrkii “vakuuttamaan ihmiset siellä siitä[,] että mun kokemus on vahvistunut enemmän tuota f64.0-diagnoosia vastaavaksi, mikä siis kyllä pitää ihan paikkansakin.” Suhtautuminen diagnostiikkaan voi siis olla hyvin refleksiivistä, tilanteeseen ja omiin tarpeisiin mukautuvaa.

Oman hoitopolun rakentumiseen voidaan vaikuttaa myös oman hoitopaikan valinnalla. Siinä missä Saaran valinta hakeutua yksityisen puolen terveydenhuoltopalveluiden äärelle on motivoitunut pääosin odottamisen välttämisen kautta, voivat julkisen puolen tahojen väliset erot kannustaa tekemään valintoja niiden kahden välillä. Tämä voi avata uusia mahdollisuuksia esimerkiksi silloin, jos yksi hoitopaikka rajoittaa toista enemmän sukupuolenkorjausprosessin mahdollisuuksia hoitojen saralla. Esa toimii tällä tavoin:

“Mä päädyin omalla kohdallani siihen, että pyysin lähetteet suoraan [toiseen sairaalaan]. [omassa sairaalassa] hoitoa olisi saatavilla, mutta eri ihmisten kanssa juteltuani totesin, että mun tarvitsee stressata ja jännittää vähemmän esimerkiksi bmi-rajojen suhteen, jos lähdän hakemaan hoitoa [toisesta sairaalasta]. Suomessa jokaisella on oikeus valita oma hoitopaikkansa onneksi, ja vaikka mua etukäteen jännitti miten paljon tätä päätöstäni joutuisin perustelemaan, niin lääkäri ja hoitaja totesivat että mikäs siinä. Kysyivät kyllä syitä tämän valinnan taustalla, mutta eivät mitenkään vaatineet niitä kertomaan.”

Valitusten ja muistutusten tekeminen on pyrkimys parantaa terveydenhuollon laatua ja etenemistä. Kirjoittajat kertovat esimerkiksi kyselevänsä oma-aloitteisesti omien tapaamistensa ja läheteidensä perään, varmistuen niiden todella etenevän. Tätä strategiaa esiintyy lähinnä vain sen jälkeen, kun prosessiin on tullut jo jonkinlainen viivästyminen, kun hoitohenkilökunta on jättänyt esimerkiksi lähetteen tai ajanvarauksen tekemättä. Esimerkiksi Petteri kertoo:

“Tänään sain vihdoon aikaseks myös laittaa [sairaalaan] lääkärille sähköpostia läheteestä phalloplastiaan. Tuon lähetteen kanssa ajattelin nyt olla kunnolla ajoissa, jotta saan sen leikkauksen vuoden päähän []. Nyt myös pidän huolen siitä, että se lähete on laitettu oikeesti...”

Ongelmakohdista voidaan myös tehdä ilmoituksia terveydenhuollon omia virallisia väyliä pitkin. Petteri kertoo, kuinka hän teki ilmoituksen potilasasiamiehelle tekemättä jääneestä lähetteestä:

“Silloin kun sain tietää tästä episodista, otin heti yhteyttä potilasasiamieheen [sairaalaan]. Siellä puhelimeen vastas tosi mukava nainen, joka opasti heti miten toimia ja mihin tehdä valitus. Potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvä muistutus on [sairaalalle] lähtenyt eteenpäin. Toivon mukaan saan selvyyden jossain vaiheessa siitä, missä on mennyt vikaan, koska lääkäriltä en tietoa saanut irti.”

Tällaisten virallisten valitusten tekeminen voi kuitenkin näyttäytyä transsukupuolisille työläänä, vaikutuksiltaan olemattomalta ja omalle hoidolle riskialttiina toimintana, jos olemassa on riski siitä, että valittajan henkilöllisyys paljastuu (Pearce 2018, 55–56).

Pyrkimykset vaikuttaa ja valita ovat osoitus siitä kuinka myös transsukupuolisilla on tiettyjä mahdollisuuksia vaikuttaa omien prosessiensa kulkemiseen ja heidän kohteluunsa transterveydenhuollon sisällä. Tämä voi auttaa heitä saavuttamaan hoitoja, jotka muuten eivät olisi heille saatavilla, tai lyhentää odotusaikoja. Tällainen toiminta kuitenkin vaatii tietoa ja resursseja, joita kaikilla ei välttämättä ole. Vertaisryhmät näyttäytyvät yhtenä strategisen käyttäytymisen mahdollistavana tiedon lähteenä; lainsäädännön ja käytäntöjen tuntemus ja yhteisöjen sisällä jaettu tieto ja osaaminen voivat tarjota enemmän mahdollisuuksia ja itsevarmuutta vastustaa epäsopevaa kohtelua. (Pearce 2018, 57–58, 163–164).

6.4 Analyysin yhteenveto

Tutkimuskysymyksistäni ensimmäinen kysyi, millaista hidasta väkivaltaa tarkastelemassani aineistossa kuvaillaan. Analyysini pohjalta transterveydenhuollossa esiintyvä hidas väkivalta jakaantuu kolmeen pääteemaan: *episteemiseen väkivaltaan, kuluttavaan odottamiseen ja transterveydenhuollon harjoittamaan sosiaaliseen kontrolliin* (taulukko 1). Nämä jakaantuvat edelleen alateemoihin: *Episteemistä väkivaltaa* esiintyy vähättelynä, asiantuntijatiedon ensisijaisuutena ja huolena suoriutumisesta, minkä lisäksi se sitoutuu tiiviisti kokemuksiin sukupuolenkorjausprosessin raskaudesta. *Kuluttavaan odottamiseen* kuuluu epävarma odottaminen, kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen ja tunne menetetyistä ajasta. *Transterveydenhuollon harjoittaman sosiaalisen kontrollin* väkivaltaisuus puolestaan näkyy diagnostiikan ja oman itsen ristipaineessa,

mahdollisten hoitopolkujen rajaamisessa ja vaihtoehdottomuutena. Transterveydenhuollon episteeminen väkivalta näyttää tulosten perusteella vaikuttavan myös vahingoittaviin odottamisen ja sosiaalisen kontrollin piirteisiin.

TAULUKKO 1 Millaista hidasta väkivaltaa kirjoituksissa esiintyy?

Yläteema	Alateema	Kuvaus
Episteeminen väkivalta	Vähättely	Transsukupuolisten tiedon ja arvioiden vähättely ja kyseenalaistaminen
	Asiantuntijatiedon ensisijaisuus	Eriävien näkemysten kohdalla asiantuntijatulkinnan painottaminen
	Huoli suoriutumisesta	Huoli itsen ja omien tarpeiden tekemisestä vakuuttaviksi
	Episteeminen väkivalta ja kokonaisvaltainen raskaus	Heikosta episteemisestä asemasta johtuva tunne kykenemättömyydestä vaikuttaa itselle tärkeään prosessiin
Kuluttava odottaminen	Epävarma odottaminen	Kestoltaan ja lopputulokseltaan tuntematon odottaminen
	Kaltoinkohtelua ennakoiva odottaminen	Kaltoinkohtelun tai ongelmien odottamista
	Menetetty aika	Sukupuolenkorjausprosessi hallitsee nykyhetkeä ja hankaloittaa tulevaisuuden odottamista
Transterveydenhuollon harjoittama sosiaalinen kontrolli	Diagnostiikan ja oman itsen ristipaineissa	Diagnostisiin kriteerien ja transnormatiivisten odotusten ja oman itsen yhteensopimattomuus
	Mahdollisten hoitopolkujen rajaaminen	Tietynlaisten identiteettien ja kokemusten rajaaminen hoitojen ulkopuolelle
	Raskas transterveydenhuolto, jolle ei vaihtoehtoja	Pakko asioida transterveydenhuollossa, vaikka sen käytännöt koetaan raskaiksi, epäselviksi tai turhiksi

Toinen tutkimuskysymykseni keskittyi hitaan väkivallan vaikutuksiin. Tarkastelemissani kirjoituksissa esiintyy paljon ahdistuneisuutta, pelkoa, väsymystä, levottomuutta ja unettomuutta jäsentelemini hitaan väkivallan muotoihin liittyen. Näistä

vaikutuksista suuri osa liittyy tiiviisti transterveydenhuollon episteemiseen väkivaltaan ja on näkyvintä tutkimusjakson aikana, joka näyttäytyy sukupuolenkorjausprosessin epävarmimpana ja voimattomimpana aikana. Diagnoosin saaminen ja sitä seuraava helpotus on käännekohta, jonka jälkeen monet negatiiviset vaikutukset näyttävät lievittyvän.

Viimeinen tutkimuskysymykseni käsitteli tutkimissani kirjoituksissa esiintyvää vastarintaa. Analyysini perusteella transsukupuolisilla voidaan sanoa olevan varsin paljon mahdollisuuksia toimia ja vaikuttaa oman sukupuolenkorjausprosessinsa etenemiseen silloin, kun he kohtaavat hidasta väkivaltaa (taulukko 2). Mahdollisuudet vastarintaan ovat kuitenkin usein riippuvaisia esimerkiksi tiedollisista ja taloudellisista resursseista. Kirjoittajat pyrkivät vastaamaan kohtaamaansa *episteemiseen väkivaltaan* valmistautumalla, joko tietoa hakemalla tai suunnittelemalla; tämän tarkoitus on parantaa mahdollisuuksia tehdä omaa itseä ja omia tarpeita ymmärrettäväksi ja vakuuttavaksi transterveydenhuollossa. *Kuluttavaan odottamiseen* liittyvät vastarinnan strategiat puolestaan liittyvät positiiviseen odottamiseen ja odotukseen asemoitumiseen. Positiivinen odottaminen, jonka pohjana toimivat usein aiemmat positiiviset kokemukset transterveydenhuollosta ja joka usein keskittyy sukupuolenkorjausprosessin positiivisiin vaikutuksiin, voi suunnata katseen kohti parempaa tulevaisuutta ja haastaa ennakoivan odottamisen painoa. Kirjoituksissa esiintyvä odottamiseen asemoituminen on hyvin monipuolista ja kattaa oman aikasuhteen säätelyn, odotuksen hyväksymisen ja myös omien odotusten hillitsemisen. *Transterveydenhuollon harjoittamaa sosiaalista kontrollia* haastetaan kirjoituksissa sovittelemalla omaa identiteettiä ja vaatimuksia, joko vaatimukseen mukautuen tai niitä kyseenalaistaen. Kirjoituksissa esiintyy myös valikoivaa suhtautumista diagnooseihin ja mahdollisuuksia vaikuttaa oman sukupuolenkorjausprosessin etenemiseen hoitopaikan valinnan, valitusten ja muistutusten kautta. Vertaisten tuki esiintyy hyvin keskeisenä identiteetin vahvistajana, voimavarana ja tiedon lähteenä, joka voi auttaa haastamaan transterveydenhuollon kapeina esiintyviä vaatimuksia. Samoin läheisten tuki näyttyy tärkeänä voimavarana.

TAULUKKO 2 Millaista toimijuutta ja vastarintaa kirjoituksissa kuvaillaan?

Yläteema	Alateema	Kuvaus
Valmistautuminen	Tiedonhankinta	Diagnostisiin kriteereihin ja vertaisten kokemuksiin tutustuminen auttavat oman prosessin edistämässä
	Suunnittelu	Valmistautuminen tapaamiin ja prosessin seuraaviin vaiheisiin
Positiivinen odotus	Positiivisten vaikutusten odottaminen	Sukupuolenkorjausprosessin vaikutusten odottaminen auttaa jaksamaan
Odotukseen asemoituminen	Aikasuhteen säätely	Rento suhtautuminen odottamiseen ja viivästymisiin, ”ei mihinkään kiire”
	Odotuksen hyväksyminen	Odottamisen tietäminen ennalta ja sen hyväksyminen vähentää odottamiseen liittyvää ahdistusta
	Odotusten hillitseminen	Muistuttamalla itseä mahdollisista ongelmakohtista hillitään innostusta, jotta pettymys ei olisi liian suuri
Oman identiteetin ja vaatimusten sovittelu	Omien kokemusten sovittaminen vaatimuksiin	Transnormatiivisen narratiivin ja omien kokemusten välisten samankaltaisuuksien löytäminen
	Vaatimusten kyseenalaistaminen	Kriittinen suhtautuminen transnormatiivisiin narratiiveihin ja diagnostisiin kriteereihin, vaihtoehtoisten ymmärrystapojen etsintä
Tukiverkostot	Vertaistuki	Antaa tukea omalle identiteetille ja kokemuksille sekä tarjoaa tiedollisia resursseja
	Läheisten tuki	Auttaa jaksamaan
Vaikuttaminen ja valitseminen	Oman hoitopolun strateginen rakentaminen	Oman hoitopaikan valitseminen voi tukea oman prosessin etenemistä ja tietyn diagnoosin tavoittelemista voi avata hoitomahdollisuuksia
	Valitusten ja muistutusten tekeminen	Ongelmien esiin nostaminen ja läheteiden ja aikojen perään kyseleminen voi lyhentää odotusaikoja

7 POHDINTA

Kuten Nixon (2011, 2–5) kirjoittaa, hidas väkivalta on kuluttavaa ja tapahtuu hiljalleen, usein katseilta piilossa. Tarkastelemani blogikirjoitukset tekevät hyvin näkyviksi tällaista väkivaltaa transterveydenhuollossa – se on pitkälle aikavälille sijoittuvaa, kasaantuvaa ja kuluttavaa. Jäsentelemäni *episteemiseen väkivaltaan, odottamiseen ja transterveydenhuollon harjoittamaan sosiaaliseen kontrolliin* liittyvät hitaan väkivallan eri muodot ovat läsnä kirjoittajien koko prosessien ajan, korostuen erityisesti tutkimusjakson aikana. Sukupuolenkorjausprosessin raskaus näyttää sitoutuvan *episteemiseen väkivaltaan*, joka saa heidät kantamaan huolta omasta suoriutumisestaan etenkin tutkimusjakson aikana. *Odottamisen kuluttavuus* sitoutuu sen ennakoimattomuuteen, negatiivisten kokemusten ohjaamaan ennakoimiseen ja kokemukseen menetetyistä ajasta. Transterveydenhuollon *sosiaalisen kontrollin* väkivaltaisuus näkyy sen vaihtoehdotto- muudessa ja tavoissa rajoittaa mahdollisia hoitopolkuja ja odotuksissa, jotka menevät ristiin kirjoittajien omien kokemusten kanssa, mutta joihin heidän on kuitenkin sopeuduttava saadakseen kaipaamaansa hoitoa. Ehdotan medikalisaation tekevän tästä hitaasta väkivallasta mahdollista. Samalla kun se on tehnyt lääketieteellisistä hoidoista mahdollisia ja saavutettavia, se on myös tehnyt asiantuntijoista valtaa käyttäviä portinvartijoita ja depolitisoinut transsukupuolisuutta siirtämällä sen lääketieteellisen tiedon ja ratkaisujen piiriin. Tästä seuraava transterveydenhuollon normalisoitunut valtarakenne mahdollistaa ”hiljennetyn tuhon ja vahingoittavan näkymättömyyden”, kuten Nixon (2011, 6) kuvailee.

Episteeminen väkivalta, jossa tietyt tietäjät ja tietämisen tavat sivuutetaan epäpätevinä, on ajallisesti hajautunutta ja hankalasti paikannettavissa (Pérez 2019, 81–86). Se liittyy tiiviisti Nixonin (2011, 15) kutsuun kiinnittää huomiota valtaan ja perspektiiviin – kysymyksiin siitä, kenen näkökulmia arvostetaan, ja keiden näkökannat jäävät hegemonisten näkemistapojen varjoon. Tarkastelemisani kirjoituksissa toistuu

jatkuva huoli omasta suoriutumisesta, joka liittyy tunteeseen, ettei omaa tietoa ja tulkintoja itsestä oteta vakavasti. Aiempien tutkimusten (Pearce 2018, 83–96; Loponen 2021, 83–84) havaintojen mukaisesti kirjoittajat kertovat myös vähättelystä ja heidän oman tietonsa toissijaisuudesta suhteessa asiantuntijoiden tulkintoihin ja päätöksiin. Sukupuolenkorjausprosessin raskaus näyttää olevan tiiviisti yhteydessä episteemiseen väkivaltaan ja se korostuu erityisesti tutkimusjakson aikana. Kykenemättömyys vaikuttaa itselle elintärkeään prosessiin herättää kirjoittajissa ahdistusta, pelkoa ja unettomuutta. Tämän voidaan katsoa liittyvän laajempiin cisgenderistisiin asenteisiin transsukupuolista epäpätevinä tietäjinä omista kokemuksistaan ja transsukupuolisuuden lääketieteellisen ymmärryksen mukaiseen käsitykseen transsukupuolisuudesta tilana, joka on tunnistettavissa asiantuntijoiden tiedon ja osaamisen kautta. (Ansara & Hegarty 2012; Ansara & Berger 2016; Pearce 2018, 43–44, 83–96, 114–115).

Kuten Bourdieu (2000, 228–231) luonnehtii, odottaminen on olennainen osa vallankäyttöä, ja potilaiden kokema odotus voi olla erityisen “ahdistunutta ja voimattonta.” Analyysini valossa transterveydenhuollossa esiintyvä odottaminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan: *epävarmaan odottamiseen, kaltoinkohtelua ennakoivaan odottamiseen ja menetettyyn aikaan*, johon liittyy elämän alkamisen odottaminen. *Epävarma odottaminen* sitoutuu varsin tiiviisti episteemiseen väkivaltaan, jonka seurauksesta odottaminen näyttäytyy kestoltaan ja lopputulokseltaan epävarmalta. Kirjoittajat kertovat myös toistuvasti ennakoivansa jotain pahaa tapahtuvan, joko omista tai yhteisön aiemmista kokemuksista käsin – usein tämä *kaltoinkohtelun ennakointi* liittyy tutkimusjakson tärkeyteen ja pelkoon hoitojen ulkopuolelle jäämisestä. Tunne *menetystä ajasta* ja elämän alkamisen odottaminen liittyvät puolestaan prosessin elämää ja nykyhetkeä hallitsevaan, hyvin väsyttävään luonteeseen, joka voi myös haitata tulevaisuuden suunnittelua. Odotukseen alistuminen on käytännössä ainut tapa saada kaivattuja hoitoja, pitkät odotusajat ovat rakennettuja diagnostiikkaan ja odottamisen onnistunut suorittaminen voidaan nähdä lääketieteellisesti tapana varmistua diagnosoitavan ja hoidettavan “ongelman” aitoudesta ja interventioiden tarpeellisuudesta (WHO 1993, F64.0; Linander ym. 2017, 13–14). Analyysini tulokset mukailevat hyvin aiempien selvitysten havaintoja pitkien odotusaikojen kuluttavuudesta ja rasittavuudesta (Heinonen ja kumppanit 2013, 13; Horsti ja Pirkkalainen 2021, 186–190; Salovaara 2022, 14). Transsukupuoliset ovat hyvin pitkälti odottamaan pistävän transterveydenhuollon armoilla, sillä prosessi esiintyy kirjoituksissa elintärkeänä asiana, jota ilman elämä saattaa käydä mahdottomaksi.

Transterveydenhuollon harjoittama sosiaalinen kontrolli säätelee hyväksyttäviä identiteettejä, kokemuksia ja tapoja olla. Transsukupuolisuuden lääketieteelliseen ymmärrykseen ja transnormatiivisiin hierarkioihin sitoutuvat näkemykset “oikeanlaisista” kokemuksista ja tavoista olla vaikuttavat siihen, keille hoidot ovat mahdollisia. (Conrad 2007, 13; Pearce 2018, 83–96). Kuten aiemmassa tutkimuksessa (Johnson 2019;

Shepherd & Hanckel 2021), myös analysoimissani kirjoituksissa esiintyy ahdistusta oman identiteetin, diagnostiikan ja transnormatiivisten odotusten kohtaamattomuudesta ja tietynlaisten identiteettien ja kokemusten rajaamisesta hoitojen ulkopuolelle. Kirjoittajat myös asettavat kyseenalaisiksi monella tapaa turhina, epäselvinä tai raskaina näyttäytyviä käytäntöjä, huonoa kohtelua ja saamaansa väärää tietoa. Transterveydenhuollossa asiointia kuvaillaan jopa traumatisoivaksi, mutta silti se koetaan paikollisena pahana, joka on kestettävä ja jolle ei ole vaihtoehtoa.

Kirjoittajat pyrkivät vastaamaan transterveydenhuollon hitaaseen väkivaltaan hyvin monipuolisin tavoin. Yhtäältä he pyrkivät selviämään kohtaamastaan väkivaltaa esimerkiksi keskittymällä positiiviseen odottamiseen ja mukauttamalla omaa suhtautumistaan odotukseen ja aikaan, mikä mukailee Pearcen (2018, 144–147) tutkimuksen havaintoja. Toisaalta he pyrkivät parantamaan omia mahdollisuuksiaan navigoida transterveydenhuollossa valmistautumalla tapaamisiin, etsimällä tietoa ja neuvottelemalla omaa identiteettiään ja kokemuksiaan suhteessa transterveydenhuollon odotuksiin. Myös aiemmat tutkimukset ovat havainneet transsukupuolisten toimivan näin tarvittaessa (Johnson 2019). He voivat myös toimia hyvin aktiivisesti ja strategisesti suhtautumalla valikoivasti diagnooseihin, oma-aloitteisesti omien asioiden perään kyselemisellä, valituksia tekemällä ja odottamista kiertäen yksityisiä palveluntarjoajia hyödyntämällä (myös Pearce 2018, 147–150), joskin kaikilla ei samantaisia valmiuksia toimia – esimerkiksi yksityisten palveluntarjoajien hyödyntäminen vaatii taloudellisia resursseja, ja mahdollisuudet tehdä valintoja omasta hoidosta ovat riippuvaisia saatavilla olevasta tiedosta. Vertaisten ja läheisten tuen tiedetään aiemman tutkimuksen perusteella olevan kovin tärkeää, ja myös tämän tutkimuksen havainnot tukevat tätä tulkintaa (Heinonen ym. 2013, 15; Pearce 2018, 102–108, 139–140; Loponen 2021, 97–99).

Osa tuloksista myötäilee laajemmin terveydenhuoltoon liittyvän tutkimuksen havaintoja. Etenkin naisten ja rodullistettujen tiedetään kohtaavan vähättelyä ja oman tiedon sivuuttamista terveydenhuollossa esimerkiksi kipuihin liittyen (Feagin & Benefield 2014; Braksmajer 2017). Kamppailut potilaan oman tiedon ja tahdon ja lääketieteellisten asiantuntijoiden auktoriteettiasemasta tehtävien tulkintojen välillä ovat ajankohtaisia myös etenkin synnytykseen liittyvässä keskusteluissa (Diaz-Tello 2016; Sadler et al. 2016). Odotuksen kuluttavuuden, omien vaikutusmahdollisuuksien ja odotuksesta selviäminen on myös laajemmin kiinnostuksen kohde ja koskettaa monia terveydenhuollossa ja terveydenhuoltoa odottavia. (Carr ym. 2014; Lee, James & Hunchleth 2020). Kysymykset toimijuudesta ja episteemisestä asemasta ovat ajankohtaisia aiheita, jotka yhdistävät yleistä ja transterveydenhuoltoon liittyvää tutkimusta.

Esitän suuren osan kirjoittajien kohtaamasta hitaasta väkivallasta liittyvän transterveydenhuoltoon syvälle juurtuneeseen episteemiseen väkivaltaan, joka menee vähättelyä ja todistusodotuksia syvemmälle – se vaikuttaa kokemuksiin odotuksesta ja

siihen, kuka voi hoitoja saada. Se ikään kuin lävistää koko transterveydenhuollon. Tulkitsen tämän liittyvän tiiviisti transsukupuolisuuden medikalisoitumiseen, jonka myötä tietyistä asiantuntijoista on muodostunut hoitojen pääsyä säätelevä portinvar-tijoiden joukko (Pearce 2018, 26–28). Kirjoittajien samankaltaiset kokemukset etenkin tutkimusjakson aikana viittaavat kyseessä olevan laajempi rakenteellinen ongelma, jota edes pääosin positiiviset kohtaamiset hoitohenkilökunnan kanssa eivät pysty täy-sin lievittämään.

Taustalla vaikuttavat myös lääketieteelliseen ymmärrystapaan sitoutuvat ja cis-genderistiset näkemykset transsukupuolisista lääketieteellisille asiantuntijoille ja tie-dolle alisteisina, vähemmän pätevinä tietäjinä itsestään. Pearce (2018, 7) esittää osan transterveydenhuollon ongelmista liittyvän juuri eroihin transsukupuolisuuden ym-märtämisessä. Tämä näyttää pitävän paikkaansa myös tarkasteleman aineiston va-losssa. Kirjoituksissa esiintyy paljon feministisen ymmärryksen mukaista pohdintaa – esimerkiksi sukupuolen binäärisyyden kyseenalaistamista ja transsukupuolisuuden moninaisuuden huomiointia. Omista eri näkökulmistaan huolimatta kirjoittajat voi-vat joutua mukautumaan hegemoniseen lääketieteelliseen ymmärrykseen tavoitelles-saan hoitoja.

Aineiston perusteella voidaan sanoa, että transnormatiiviseen narratiiviin sopi-minen tai mukautuminen näyttää osin tekevän transterveydenhuollossa asiointia helpompaa. Kirjoittajat vaikuttavat olevan varsin tietoisia transnormatiivisuudesta ja sen rakentamasta ”oikean transsukupuolisen” kuvasta ja näihin liittyvistä odotuksista. Tunne näihin odotuksiin vastaamattomuudesta herättää ahdistusta mutta myös kannustaa strategisoimaan tai jopa kyseenalaistamaan näitä odotuksia. Tämä kannustaa kiinnittämään transnormatiivisuuden ohella huomiota myös intersektionaalisuuteen – transterveydenhuollossa asiointiin ei vaikuta vain transnormatiiviseen hierarkiaan sijoittuminen, vaan esimerkiksi myös kehon paino ja siihen liittyvät asenteet, kuten Esan prosessin kulussa on nähtävissä.

8 LOPUKSI

Tulokseni vastaavat keskeiseen tiedontarpeeseen hyvin keskittyneestä suomalaisesta transterveydenhuollosta ja siihen liittyvistä kokemuksista sukupuolenkorjausprosessin eri vaiheissa. Transterveydenhuollon järjestymistä ja siihen liittyviä ongelmia on tutkittu suhteellisen vähän, vaikka yleisesti kiinnostus transtutkimusta kohtaan onkin kasvussa Suomessa ja kansainvälisesti. Transsukupuoliset ovat yhteiskunnallisesti hyvin marginalisoitu ryhmä, ja transterveydenhuollolla on paljon valtaa suhteessa heihin. Olen nostanut transsukupuolisten kokemuksia ja ääntä esiin ja siten tehnyt näkyväksi sellaisia vahingoittavia piirteitä, joille transsukupuoliset altistuvat tavoittellessaan tarvitsemiaan lääketieteellisiä hoitoja ja jotka usein palautuvat medikalisaation mahdollistamaan episteemiseen väkivaltaan. Tulokseni auttavat myös ymmärtämään transsukupuolisten omaa toimijuutta ja heidän mahdollisuuksiaan välttää tai lievittää kohtaamaansa hidasta väkivaltaa.

Hitaan väkivallan teorettinen viitekehyseni tuo uudella tavalla yhteen episteemisen väkivallan, odottamisen ja sosiaalisen kontrollin, joita on tutkittu jonkin verran transterveydenhuollon kontekstissa erillään mutta ei juurikaan yhdessä. Transterveydenhuoltoa ei olla tutkittu hitaan väkivallan teorian kautta aiemmin. Nähdäkseni teorettinen viitekehyseni tavoittaa hyvin sellaisia kokemuksia, jotka voisivat olla muutoin varsin haastavia tunnistaa. Nixonin hitaan väkivallan teoria kannustaa kiinnittämään huomiota juuri hajautuneisiin, helposti ulkopuolisen havaintoja pakeneviin mutta silti vaikutuksiltaan suuriin haitallisiin piirteisiin. Episteemisen väkivallan, odottamisen ja transterveydenhuollon harjoittaman sosiaalisen kontrollin tarkasteleminen limittäin ja hitaan väkivallan muotoina tekee näkyväksi sitä, miten yhteen kietoutuneita nämä vahingoittavat rakenteet ovat.

Hidas väkivalta vaikuttaa olevan hyvä valinta transterveydenhuollon väkivaltaisten piirteiden jäsentelyyn. Konventionaaliset käsitykset väkivallasta eivät tavoit-

taisi näitä selkeästi monella tapaa vahingollisia rakenteita, jotka transterveydenhuollossa vaikuttavat. Hidas väkivalta ja sen kutsu kiinnittää huomiota ajalliseen ja tilalliseen hajautuneisuuteen sekä kuluttavan väkivallan kasaantumiseen on osoittautunut varsin sopivaksi välineeksi tällaisten kokemusten näkyväksi tekemiseen. Olen pyrkinyt tavoittamaan tätä hankalasti havaittavaa väkivaltaa keskittymällä transsukupuolisten omiin kokemuksiin, tuntemuksiin ja ajatuksiin, sekä valitsemalla pitkälle aikavälille sijoittuvan aineiston, jossa näkyy kuinka pitkään venyvä transterveydenhuollossa asiointi kertyy, kuluttaa ja väsyttää kirjoittajia.

Tutkija, jolle transterveydenhuolto olisi enemmän omakohtainen aihe, voisi tehdä varmasti hyvin erilaisia ja syvällisempiä tulkintoja. Olen kuitenkin pyrkinyt hyödyntämään paljon sellaista aiempaa tutkimusta ja teoretisointia, jossa myös tällaiset näkökulmat ovat edustettuina. Jatkossa tutkimus, jossa itse transsukupuolisia kutsuttaisiin mukaan tuottamaan ja tulkitsemaan aineistoa voisi olla erityisen tärkeää ja nostaa entistä paremmin näkyville sellaisia näkökulmia ja kokemuksia, jotka ovat hyvin hankalia ulkopuolisille tavoittaa.

Aineistoni luonne on hyvä huomioida analyysini tuloksia pohtiessa. Blogitekstien julkisuus ja niiden oletettu yleisö on todennäköisesti vaikuttanut siihen, mistä ja miten kirjoittajat ovat valinneet kertoa. Voikin olla, että kirjoittajat ovat jättäneet jakamatta joitain tiettyjä kokemuksia ja tuntemuksia, jotka olisivat liian arkoja tai henkilökohtaisia vapaasti internetiin jaettaviksi. Myös sukupuolenkorjausprosessin ajan kohtaisuus on voinut vaikuttaa siihen, mitä kirjoittajat uskaltavat omalla nimellään julkisesti jakaa – kirjoittajat ovat saattaneet ajatella, että tietynlaisen kritiikin tai kokemuksen jakaminen saattaisi johtaa vaikeuksiin transterveydenhuollossa asioinnissa, mikäli tämä tulisi hoitohenkilökunnan tietoon. Samaa aihetta voisi olla hedelmällistä kartoittaa keräämällä kirjoitus- tai haastatteluaineisto, joka voisi myös kohdistua syvemmin juuri näihin hitaan väkivallan ilmenemismuotoihin.

On hyvä huomioida myös se seikka, että aineistoni kattaa vain kolmen henkilön kokemukset. Vaikka aineistoni tarjoaa varsin syvällisen katsauksen juuri näiden henkilöiden kirjoituksiin, ovat tässä edustettuina ensisijaisesti omien kokemuksien tekstimuodossa jakamisesta kiinnostuneet ja verrattain viime aikoina asiaa käsitelleet henkilöt. Tarkasteltujen blogien keskenään varsin samanlaiset kokemukset ja näiden aiemman tutkimuksen myötäily antaa syyn uskoa, että tässä havaitut kokemukset voivat olla varsin yleisiä transterveydenhuoltoon liittyviä kokemuksia. Jatkoa ajatellen voisi olla hyvä tavoitella laajempaa ja heterogeenisempää aineistoa, jossa olisi edustettuina esimerkiksi myös muunsukupuolisia, jotka voivat transnormatiivisuuden suhteen kokea erityisiä ongelmia.

Episteemisen väkivallan keskeisyys tuloksissani kannustaa myös jatkotutkimuksellisia suuntia huomioimaan tätä syvemmin. Syvällisempi tieto transterveydenhuollon episteemisistä rakenteista ja transsukupuolisten mahdollisuuksista navigoida

niissä voisi olla varsin arvokasta ja vielä paremmin raskaita, kuluttavia piirteitä selventävää. Episteemisen väkivallan lähestymiskulmaa voisi laajentaa myös terveydenhuollon ulkopuolisiin konteksteihin – esimerkiksi läheisissä ihmissuhteissa käytäviin neuvotteluihin omasta identiteetistä ja kokemuksista.

Transterveydenhuollon järjestymiseen on odotettavissa muutoksia. Parhailaan käsittelyssä oleva lakimuutosehdotus sukupuolen korjaamista koskevasta lainsäädännöstä pyrkii poistamaan vaatimuksen lisääntymiskyvyttömyydestä juridisen tunnustamisen edellytyksenä ja erottamaan juridisen prosessin lääketieteellisestä sukupuolenkorjausprosessista (STM009:00/2021). Mikäli lääketieteelliset asiantuntijat eivät enää vaikuta juridiseen prosessiin, voidaan tämä nähdä jonkinasteisena demedikalisoitumisena, jossa lääketieteen määrittely- ja arviointivaltaan pohjaava yhteistyö muiden yhteiskunnan instituutioiden kanssa vähenee ja vastaavasti transihmisten itsemäärittelyoikeus lisääntyy. Tämä parantanee erityisesti niiden transihmisten mahdollisuuksia sukupuolensa viralliseen tunnustamiseen, jotka eivät tarvitse lääketieteellisiä hoitoja mutta ovat nyt joutuneet hakemaan diagnoosia ja hoitoja sitä saadakseen, tai jotka eivät kylliksi sovi transnormatiivisiin odotuksiin ja siten eivät ole edenneet transterveydenhuollon sisällä.

Lisäksi muutokset diagnostiikassa vaikuttanevat transterveydenhuollon järjestymiseen. ICD-10:n sukupuoli-identiteetin häiriön diagnosoinnista ICD-11:sta sukupuoliristiriidan diagnosointiin siirtyminen voidaan tulkita transsukupuolisuuden patologisoinnin vähenemiseksi itsessään. Vaikka tätä muutosta on kritisoitu vain semanttiseksi muutokseksi, yhteiskunnalliset ulottuvuudet sivuuttaviksi ja edelleen stereotyyppisiin käsityksiin nojaavaksi (Davy 2016, 1166–1172), voidaan tämän muutoksen ennakoida kenties tekevän transterveydenhuollosta saavutettavampaa useammille sitä tarvitseville. Mielenkiintoista onkin nähdä, miten tämä muutos tulee vaikuttamaan tutkimusvaiheeseen, joka tämän aineiston valossa esiintyi juuri sinä raskaimpana ja kuluttavimpana osana koko sukupuolenkorjausprosessia.

LÄHTEET

- 1050/2018. Tietosuojalaki. Annettu Helsingissä 5.12.2018. Saatavilla osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181050>
- 1053/2002. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20021053>
- 2002/563. Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta. Noudettu 25.3.2022 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020563>
- Adams, Noah, Ruth Pearce, Jaimie Veale, Asa Radix, Danielle Castro, Amrita Sarkar & Kai Cheng Thom. (2017): Guidance and Ethical Considerations for Undertaking Transgender Health Research and Institutional Review Boards Adjudicating this Research. *Transgender Health*, 2:1, <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- Alanko, Katarina, Minna Aspnäs, Monica Ålgars & Kenneth N. Sandnabba. (2017): Coping in narratives of Finnish transgender adults. *Nordic Psychology*, 71:3, 1–18. DOI:10.1080/19012276.2018.1515032
- Allen, Luke R., Laurel B. Watson, Anna M. Egan & Christine N. Moser. (2019): Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7:3, 302–311. <https://doi.org/10.1037/cpp0000288>
- Amnesty. (2014): Europe: The state decides who I am: Lack of legal gender recognition for transgender people in Europe. <https://www.amnesty.org/en/documents/EUR01/001/2014/en/>
- Anderson, Alecia D., Jay A. Irwin, Angela M. Brown & Chris L. Grala (2020): "Your Picture Looks the Same as My Picture": An Examination of Passing in Transgender Communities." *Gender Issues*, 37, 44–60 DOI: <https://doi.org/10.1007/s12147-019-09239-x>
- Ansara, Y. Gavriel & Peter Hegarty. (2012): Cisgenderism in psychology: pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3:2, 137–160, DOI: 10.1080/19419899.2011.576696
- Ansara, Y. Gavriel & Israel Berger. (2016): Cisgenderism. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, 1–3. doi:10.1002/9781118663219.wbegss426
- Ansara, Y. Gavriel (2012): Cisgenderism in medical settings: How collaborative partnerships can challenge structural violence. Teoksessa Rivers, I. & R. Ward (toim.): *Out of the ordinary: LGBT lives*. Cambridge Scholars Publishing, Cambridge. 102–122.
- Ashley, Florence (2019): Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45:7, 480–482. doi: 10.1136/medethics-2018-105293.
- Austin, Ashley, Joshua Holzworth & Ryan Papciak. (2022): Beyond diagnosis: "Gender dysphoria feels like a living hell, a nightmare one cannot ever wake

- up from". *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9:1, 12–20.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000460>
- Auyero, Javier. (2010): Chuck and Pierre at the Welfare Office. *Sociological Forum*, 25:4, 851–860. doi:10.1111/j.1573-7861.2010.01215.x
- Barnwell, Ashley (2019): Family Secrets and the Slow Violence of Social Stigma. *Sociology*, 53:6, 1111–1126. doi:10.1177/0038038519846443
- Bartholomaeus, Clare, Damien W. Riggs & Annie Pullen Sansfaçon. (2021): Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30:1, 58-71, DOI: 10.1080/14461242.2020.1845223
- Bond, Carol S., Osman H. Ahmed, Martin Hind, Bronwen Thomas & Jaqui Hewitt-Taylor. (2013): The Conceptual and Practical Ethical Dilemmas of Using Health Discussion Board Posts as Research Data. *Journal of Medical Internet Research*, 15:6. doi: 10.2196/jmir.2435
- Bourdieu, Pierre. (2000): *Pascalian meditations*. Stanford University Press, California. 228–231
- Braksmajer, Amy. (2017): Struggles for medical legitimacy among women experiencing sexual pain: A qualitative study. *Women & Health*, 58:4, 419 – 433. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1306606>
- Burke, Mary C. (2011): Resisting Pathology: GID and the Contested Terrain of Diagnosis in the Transgender Rights Movement. Teoksessa McGann, P. & D.J. Hutson (toim.): *Sociology of Diagnosis (Advances in Medical Sociology, Vol. 12)*. Emerald Group Publishing Limited, Bingley. 183–210. [https://doi.org/10.1108/S1057-6290\(2011\)0000012013](https://doi.org/10.1108/S1057-6290(2011)0000012013)
- Butler, Judith. (1999): *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. 2nd edition. Routledge, New York.
- Carr, Tracey, Ulrich C. Teucher & Alan G. Casson. (2014): Time While Waiting: Patients' Experiences of Scheduled Surgery. *Qualitative Health Research*, 24:12, 1673-1685. doi:10.1177/1049732314549022
- Cavanaugh, Timothy, Ruben Hopwood & Cei Lambert (2016): Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA journal of Ethics*, 18:11, 1147–1155 doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611.
- Conrad, Peter (1979): Types of medical social control. *Sociology of Health & Illness*, 1:1, 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1979.tb00175.x>
- Conrad, Peter (1992): Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, Peter (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The John Hopkins University Press, Baltimore.
- Czimbalmos, Mercedes & Shadia Rask. (2022): (Dis)advantaged positions in accessing gender-affirming healthcare in Finland: an intersectional qualitative study of foreign-origin transgender people. *BMC Health Services Research*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08654-3>

- Darwin, Helena. (2020): Navigating the Religious Gender Binary. *Sociology of Religion*, 81:2, 185–205. <https://doi.org/10.1093/socrel/srz034>
- Davy, Zowie (2015): The DSM-5 and the Politics of Diagnosing Transpeople. *Archives of Sexual Behavior*, 44:5, 1165–1176. doi:10.1007/s10508-015-0573-6
- Dewey, Jodie M. (2008): Knowledge Legitimacy: How Trans-Patient Behavior Supports and Challenges Current Medical Knowledge. *Qualitative Health Research*, 18:10, 1345–1355. DOI: 10.1177/1049732308324247
- Dewey, Jodie M. & Melissa Gesbeck. (2015): (Dys) Functional Diagnosing: Mental Health Diagnosis, Medicalization, and the Making of Transgender Patients. *Humanity & Society* 41:1, 37–72. DOI:10.1177/0160597615604651
- Diaz-Tello, Farah. (2016): Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24:47, 56–64. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.004.
- Ekins, Richard (2005): Science, Politics and Clinical Intervention: Harry Benjamin, Transsexualism and the Problem of Heteronormativity. *Sexualities*, 8:3, 306–328. doi:10.1177/1363460705049578
- EU 679/2016. Yleinen tietosuoja-asetus. Euroopan unioni. Saatavilla osoitteessa <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=en>
- Fawole, Olufunmilayo I. (2008): Economic Violence To Women and Girls: Is It Receiving the Necessary Attention? *Trauma, Violence & Abuse*, 9:3, 167–177. <https://doi.org/10.1177/1524838008319255>
- Feagin, Joe & Zinobia Bennefield. (2014): Systemic racism and U.S. health care. *Social Science & Medicine*, 103, 7 – 14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.006>
- Galtung, Johan (1969): Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6:3, 167–191. doi:10.1177/002234336900600301
- Galupo, M. Paz. (2017): Researching while cisgender: Identity considerations for transgender research. *International Journal of Transgenderism*, 18. 1-2. 10.1080/15532739.2017.1342503.
- Galupo, Paz M., Lex Pulice-Farrow & Louis Lindley. (2020): “Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest”: Understanding the social context for gender dysphoria. *Stigma and Health*, 5:2, 199–208. <https://doi.org/10.1037/sah0000189>
- Garfinkel, Harold. (1967): *Studies in ethnomethodology*. Printice-Hall, New Jersey, 116–186.
- Gerrard, Ysabel. (2021): What’s in a (pseudo)name? Ethical conundrums for the principles of anonymisation in social media research. *Qualitative Research*, 21:5, 686–702. doi:10.1177/1468794120922070
- Gill, Aisha K. (2014): Introduction: ‘Honour’ and ‘Honour’-Based Violence: Challenging Common Assumptions. Teoksessa Aisha K. Gill, Carolyn Strange & Karl Roberts (toim.): 'Honour' Killing and Violence. Palgrave macmillan, Lontoo. 1–23.
- Grzanka, Patrick R., Elliott DeVore, Kirsten A Gonzalez, Lex Pulice-Farrow & David Tierney (2018): The Biopolitics of Passing and the Possibility of Radically Inclusive Transgender Health Care. *Am J Bioeth*, 18:12, 17-19. doi: 10.1080/15265161.2018.1531167. PMID: 31159696.

- Hallinan, Blake, Bumsoo Kim, Saki Mizoroki, Rebecca Scharlach, Tommaso Trillò, Mike Thelwall, Elad Segev & Limor Shifman. (2021): The value(s) of social media rituals: a cross-cultural analysis of New Year's resolutions *Information, Communication & Society*, DOI: 10.1080/1369118X.2021.1983003
- Hargie, Owen D.W., David H. Mitchell & Ian J.A. Somerville. (2016): 'People have a knack of making you feel excluded if they catch on to your difference': Transgender experiences of exclusion in sport. *International Review for the Sociology of Sport*, 52:2, 223–239. <https://doi.org/10.1177/1012690215583283>
- HE 56/2001 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sukupuolen vahvistamisesta eräissä tapauksissa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi” Saatavilla osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2001/20010056.pdf>
- Heimonen, Mona & Anu A. Harju. (2022): Ambivalentti transkansalaisuus: sukupuolivähemmistöjen kansalaisuuskamppailuista Suomessa. *Sosiologia*, 59:2, 110–125.
- Heinonen, Leena, Tarja Suominen, Aino Mattila & Jari Kylmä (2013): Transsukupuolisten henkilöiden elämäntyytyväisyys ennen sukupuolen korjausprosessia, sen aikana ja sen jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 50:1, Noudettu osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/8000>
- Hill, Terrence, William Cockerham, Jane McLeod & Frederic Haferty. (2021): Medical Sociology and Its Changing Subfields. Teoksessa William C. Cockerham (toim.): *The Wiley Blackwell Companion To Medical Sociology*. John Wiley & Sons, Hoboken NJ 2021, 1-22
- Honkasalo, Julian. (2018): Unfit for Parenthood? Compulsory Sterilization and Transgender Reproductive Justice in Finland. *Journal of International Women's Studies*, 20:4, 40-52. Saatavilla <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol20/iss1/4>
- Horsti, Karina & Päivi Pirkkalainen (2021): The Slow Violence of Deportability. Teoksessa Husso, M., S. Karkulehto, T. Saresma, A. Laitila, J. Eilola, & H. Siltala (toim.): *Violence, Gender and Affect : Interpersonal, Institutional and Ideological Practices*. Palgrave Macmillan, Palgrave Studies in Victims and Victimology. 181–200. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56930-3_9
- Jeffrey, Graig. (2008): Waiting. *Environment and Planning D: Society and Space*, 26:6, 954 - 958. <https://doi.org/10.1068/d2606ed>
- Jenzen, Olu. (2017): Trans youth and social media: moving between counterpublics and the wider web. *Gender Place and Culture A Journal of Feminist Geography*, 24:11, 1–16 DOI:10.1080/0966369X.2017.1396204
- Johnson, Austin H. (2016): Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men. *Sociological Inquiry*, 86:4, 465-591. doi:10.1111/soin.12127
- Johnson, Austin H. (2019): Rejecting, reframing, and reintroducing: trans people's strategic engagement with the medicalisation of gender dysphoria. *Sociology of Health & Illness*, 41:3, 517–532. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12829>
- Kananen, Marko. (2022): Uudet jaot, vanhat säännöt - Transsukupuolisten urheilijoiden sukupuolitunut mediakäsittely. *Sosiologia*, 59:1, 35–50.
- Kärnä, Teemu. (2021): Transsukupuolisuus. Lääkärikirja Duodecim, 5.1.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01195#T1>

- Krutrök, Moa Eriksson & Simon Lindgren. (2022): Social media amplification loops and false alarms: Towards a Sociotechnical understanding of misinformation during emergencies. *The Communication Review*, 25:2, 81–95. DOI: 10.1080/10714421.2022.2035165
- Lee, Amanda A., Aimee S. James & Jean M. Hunleth. (2020): Waiting for care: Chronic illness and health system uncertainties in the United States. *Social Science & Medicine*, 264. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113296.
- Linander, Ida, Erika Alm, Anne Hammarström & Lisa Harryson (2017): Negotiating the (bio)medical gaze – Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*, 174, 9–16.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.030>
- Loponen, Ida. (2021): NAVIGOINTIA TERVEYDENHUOLLOSSA. Sukupuolivähemmistöjen kokemuksia yleisestä terveydenhuollosta ja sukupuolen korjausprosessista. Pro gradu -työ. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntapolitiikka. Saatavilla osoitteessa <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/76627>
- Markham, Annette. 2012. FABRICATION AS ETHICAL PRACTICE Information, *Communication & Society*, 15:3, 334-353, DOI: 10.1080/1369118X.2011.641993
- Mayblin, Lucy, Mustafa Wake & Mohsen Kazemi (2019): Necropolitics and the Slow Violence of the Everyday: Asylum Seeker Welfare in the Postcolonial Present. *Sociology*, 54:1, 107–123. <https://doi.org/10.1177/0038038519862124>
- McQueen, Paddy. (2015): Subjectivity, Gender and the Struggle for Recognition. Palgrave Macmillan, Lontoo.
- Miltner, Kate M. & Ysabel Gerrard. (2021): “Tom had us all doing front-end web development”: a nostalgic (re)imagining of Myspace. *Internet Histories*, 6:1-2, 48–67. DOI: 10.1080/24701475.2021.1985836
- Nixon, Rob (2011): Slow Violence and the Environmentalism of the Poor. Harvard University Press, Harvard
- Pain, Rachel & Caitlin Cahill (2021): Critical political geographies of slow violence and resistance. *Environment and Planning C: Politics and Space*. doi:10.1177/23996544211052051
- Pearce, Ruth. (2018): UNDERSTANDING TRANS HEALTH. Discourse, power and possibility. Policy Press, Bristol
- Pérez, Moira (2019): Epistemic violence: reflections between the invisible and the ignorable. *El lugar sin límites*, 1;1, 81–98. Saatavilla osoitteessa <https://www.aacademica.org/moira.perez/84.pdf>
- Primo, David, Adriano Zamperini & Ines Testoni. (2020): A struggle for definition: online narratives of Italian trans women. *Journal of Gender Studies*, 29:5, 590-603, DOI: 10.1080/09589236.2020.1732886
- Puckett, J. A., P. Cleary, K. Rossman, M. E. Newcomb, & B. Mustanski (2018): Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15, 48–59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>.

- Radi, Blas (2019): On Trans* Epistemology: Critiques, Contributions, and Challenges. *Transgender Studies Quarterly*, 6:1, 43–63. doi: <https://doi.org/10.1215/23289252-7253482>
- Raun, Tobias. (2014): Video blogging as a vehicle of transformation: Exploring the intersection between trans identity and information technology. *International Journal of Cultural Studies*, 18:3, 365–378. <https://doi.org/10.1177/1367877913513696>
- Repo, Jemima (2018): Governing Juridical Sex: Gender Recognition and the Biopolitics of Trans Sterilization in Finland. *Politics & Gender*, 15:1, 83-106. doi:10.1017/s1743923x1800034x
- Riessman, Catherine (1983): Women and medicalization: A new perspective. *Social policy*, 14, 3–18.
- Sadler, Michelle, Mário Jds Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen & Jette A Clausen (2016): Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24:47 47–55. DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Salovaara, Samuel (2022) Sukupuolen korjaushoitojen saatavuus Suomessa. Setan selvitys. Saatavilla osoitteessa <https://setary.sharepoint.com/Setafitiedostoalue/Forms/AllItems.aspx?id=%2FSetafitiedostoalue%2FKysely%20hoitujen%20saatavuudesta%2FSetan%20raportti%20transhoitoihin%20p%C3%A4%20syn%20esteist%C3%A4%20Salovaara%202022%2Epdf&parent=%2FSetafitiedostoalue%2FKysely%20hoitujen%20saatavuudesta&p=true&ga=1>
- Schilt, Kristent & Danya Lagos. (2017): The Development of Transgender Studies in Sociology. *Annual Review of Sociology*, 43, 425–443. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053348>
- Schulz, Sarah L. (2018): The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, 58:1, 72–92. doi:10.1177/0022167817745217
- Seta. (2021): Sateenkaarisanasto. Päivitetty 24.3.2021. Noudettu 20.6.2020 osoitteesta <https://seta.fi/sateenkaaritieto/sateenkaarisanasto/>
- Shepherd, Adam & Benjamin Hanckel. (2021): Ontologies of transition(s) in healthcare practice: examining the lived experiences and representations of transgender adults transitioning in healthcare. *Health Sociology Review*, 30:1, 41–57. DOI: 10.1080/14461242.2020.1854618
- Siegel, Derek P. (2019): Transgender experiences and transphobia in higher education. *Sociology Compass*, 13:10. <https://doi.org/10.1111/soc4.12734>
- STM009:00/2021. Translaki. Hallituksen esitys laiksi sukupuolen vahvistamisesta sekä siihen liittyvien lakien muuttamisesta. Saatavilla osoitteessa <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM009:00/2021>
- Stommel Wyke & Lynn de Rijk. (2017): Ethical approval: none sought. How discourse analysts report ethical issues around publicly available online data. *Research Ethics*. 17:3, 275–297. doi:10.1177/1747016120988767
- Stryker, Susan (2017): *Transgender History, The Roots of Today's Revolution*. Second edition. Seal Press, New York, NY

- Sukupuolen osaamiskeskus. Sukupuolen korjausprosessi. Noudettu 25.8.2022 osoitteesta <https://sukupuolenosaamiskeskus.fi/sukupuolenkorjaus/sukupuolen-korjaaminen/>
- TAYS. Tampereen yliopistollinen sairaala. (2021): Transpotilaan hoitopolku. Päivitetty 6.5.2021. Noudettu 1.12.2022 osoitteesta [https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Transsukupuolisuus/Transpotilaan_hoitopolku\(93688\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Transsukupuolisuus/Transpotilaan_hoitopolku(93688))
- TENK. (2012): Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- THL. Terveystieteiden tutkimuskeskus. (2022): Tasa-arvosuositukset. Päivitetty 8.2.2022. Noudettu 5.10.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/tasa-arvosuositukset>
- Turtiainen, Riikka & Sari Östman. (2013): Verkkotutkimuksen eettiset haasteet: Anoreksia ja anoreksia. Teoksessa Salla-Maria Laaksonen, Janne Matikainen & Minttu Tikka (toim): Otteita verkosta. Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Vastapaino, Tampere.
- van de Grift, Tim. C., Els Elaut, Susanne C. Cerwenka, Peffy T. Cohen-Kettenis, Griet De Cuypere, Hertha Richter-Appelt & Beudewijntje Kreukels. (2017): Effects of Medical Interventions on Gender Dysphoria and Body Image: A Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, 79:7, 815-823. doi:10.1097/PSY.0000000000000465
- Vidal-Ortiz, Salvador. (2008): Transgender and Transsexual Studies: Sociology's Influence and Future Steps. *Sociology Compass*, 2:2, 433-450.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00086.x>
- Vincent, Benjamin William. (2018): Studying trans: recommendations for ethical recruitment and collaboration with transgender participants in academic research. *Psychology & Sexuality*, 9:2, 102 - 116. DOI: 10.1080/19419899.2018.1434558
- Walby, Sylvia. (2012): Violence and society: Introduction to an emerging field of sociology. *Current Sociology*, 61:2, 95-111.
<https://doi.org/10.1177/0011392112456478>
- WHO. World Health Organization. (2019): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 11th edition. HA60 Gender incongruence of adolescence or adulthood. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
- WHO. World Health Organization. (1993): The ICD-10: International Classification diseases. World Health Organization, Geneva.
- WPATH. (2012): Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. Saatavilla osoitteessa https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English2012.pdf?t=1613669341
- Yildizhan, Berna Özata, Sahika Yuksel, Mirella Avayu & Handan Noyan. (2017): Effects of Gender Reassignment on Quality of Life and Mental Health in People with Gender Dysphoria. *Türk psikiyatri dergisi / Turkish journal of psychiatry*, 29:1. DOI:10.5080/u18259

LIITTEET

LIITE 1 TIEDOTE TUTKIMUKSESTA (ANONYMISOITU LAINAUS)

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

YHTEISKUNTATIETEIDEN JA
FILOSOFIAN LAITOS

2.3.2022

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen nimi ja rekisterinpitäjä

Pro gradu -tutkielma: kokemuksia transterveydenhuollosta
Rekisterinpitäjä: Aino-Mari Uisma
Tutkielman ohjaaja: Markku Lonkila, Professori, Jyväskylän yliopisto

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydän sinua mukaan tutkimukseen, jossa transihmiset kirjoittavat kokemuksistaan transterveydenhuollosta ja sukupuolenkorjausprosessista. Sinua pyydetään tutkimukseen, koska olet ylläpitänyt blogia, joka käsittelee kyseistä aihetta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja siihen osallistumista. Tietosuojailmoitus-liitteessä on kerrottu henkilötietojen käsittelystä.

Vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisen milloin tahansa.

Tutkimuksen kulku

Jos ilmaiset suostumuksesi osallistua tutkimukseen, blogistasi kerätään transterveydenhuoltoa ja sukupuolenkorjausprosessia käsittelevät päivitykset osaksi tutkimuksen aineistoa. Aineiston keruuvaiheessa aineistosta poistetaan kaikki tutkimukseen liittymättömät tunnistetiedot, kuten asuinpaikkakunta, ammattitausta ja tarkka ikä.

Valmiissa opinnäytetyössä esiteltävät aineistolainaukset ovat anonymisoituja lainauksia, joista on muokattu koko lainauksen sanavalintoja ja muotoiluja.

Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja epämukavuudet

Tutkimukseen sisältyy mahdollisuus tutkittavien henkilöiden tunnistamiselle, sillä kerättävä aineisto sisältää henkilötietoja ja transihmiset ovat verrattain pieni vähemmistö. Tunnistaminen saattaa johtaa esimerkiksi blogisi löytymiseen tai yhteydenottoyrityksiin. Tätä riskiä ehkäistään pseudonymisoimalla aineistoa sen käsittelyvaiheessa, eli muuttamalla kaikki tutkimukselle epäolennaiset tunnistetiedot. Riskiä ehkäistään myös säilyttämällä tietoja käyttäjätunnuksella ja salasanalla suojattuina ja käsittelemällä kerättyjä tietoja vain Jyväskylän yliopiston suojatuilla palvelimilla.

Valmiissa opinnäytetyössä esiteltyt lainaukset lisäävät tunnistamisen mahdollisuutta, sillä tutkimuksen aineisto perustuu julkisiin blogiteksteihin. Anonymisoidut lainaukset eivät mahdollista blogisi suoraa löytymistä mutta koska tätä aihealuetta käsitteleviä suomenkielisiä blogeja on suhteellisen vähän, on blogisi kuitenkin mahdollista tunnistaa yhdeksi tutkimuksessa mahdollisesti käytetyksi blogiksi yksinkertaisten google-hakujen kautta ja erilaisia blogeja selaamalla. Tunnistamisen mahdollisuudesta huolimatta tämä tutkimus ei kuitenkaan todennäköisesti aiheuta sinulle mitään selvaista harmin riskiä, jota ei jo valmiiksi liity blogiisi.

Tutkimuksen kustannukset

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimustuloksista tiedottaminen ja tutkimustulokset

Tutkimuksen tulokset julkaistaan pro gradu -tutkielmana. Tutkittavat voivat tahdoessaan vastaanottaa valmistuneen tutkielman ilmoittamaansa sähköpostiosoitteeseen tai lukea sen vapaasti Jyväskylän yliopiston Jyx-verkkojulkaisuarkistosta. Tutkielman arvioitu valmistumisajankohta on 2023 keväällä.

Lisätietojen antajan yhteystiedot

Aino-Mari Uisma, sähköposti: [[sähköpostiosoite](#)], [puhelinnumero]

LIITE 2 TIEDOTE TUTKIMUKSESTA (SUORA LAINAUS)

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

YHTEISKUNTATIETEIDEN JA
FILOSOFIAN LAITOS

2.3.2022

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen nimi ja rekisterinpitäjä

Pro gradu -tutkielma: kokemuksia transterveydenhuollosta

Rekisterinpitäjä: Aino-Mari Uisma

Tutkielman ohjaaja: Markku Lonkila, Professori, Jyväskylän yliopisto

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydän sinua mukaan tutkimukseen, jossa transihmiset kirjoittavat kokemuksistaan transterveydenhuollosta ja sukupuolenkorjausprosessista. Sinua pyydetään tutkimukseen, koska olet ylläpitänyt blogia, joka käsittelee kyseistä aihetta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja siihen osallistumista. Tietosuojailmoitus-liitteessä on kerrottu henkilötietojen käsittelystä.

Vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisen milloin tahansa.

Tutkimuksen kulku

Jos ilmaiset suostumuksesi osallistua tutkimukseen, blogistasi kerätään transterveydenhuoltoa ja sukupuolenkorjausprosessia käsittelevät päivitykset osaksi tutkimuksen aineistoa. Aineiston keruuvaiheessa aineistosta poistetaan kaikki tutkimukseen liittymättömät tunnistetiedot, kuten asuinpaikkakunta, ammattitusta ja tarkka ikä.

Valmiissa opinnäytetyössä esiteltävät aineistolainaukset ovat suoria sitaatteja blogistasi, joista on kuitenkin muokattu tunnistetiedot (esimerkiksi nimet, paikat, koulutus/ammatti, harrastukset)

Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja epämukavuudet

Tutkimukseen sisältyy mahdollisuus tutkittavien henkilöiden tunnistamiselle, sillä kerättävä aineisto sisältää henkilötietoja ja transihmiset ovat verrattain pieni vähemmistö. Tunnistaminen saattaa johtaa esimerkiksi blogisi löytymiseen tai yhteydenottoyrityksiin. Tätä riskiä ehkäistään pseudonymisoimalla aineistoa sen käsittelyvaiheessa, eli muuttamalla kaikki tutkimukselle epäolennaiset tunnistetiedot. Riskiä ehkäistään myös säilyttämällä tietoja käyttäjätunnuksella ja salasanalla suojattuina ja käsittelemällä kerättyjä tietoja vain Jyväskylän yliopiston suojaetuilla palvelimilla.

Valmiissa opinnäytetyössä esitellyt lainaukset lisäävät tunnistamisen mahdollisuutta, sillä tutkimuksen aineisto perustuu julkisiin blogiteksteihin. Suorien lainausten kautta blogisi on mahdollista löytää suoraan googlehakujen kautta. Tunnistamisen mahdollisuudesta huolimatta tämä tutkimus ei kuitenkaan todennäköisesti aiheuta sinulle mitään sellaista harmin riskiä, jota ei jo valmiiksi liity blogiisi.

Tutkimuksen kustannukset

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimustuloksista tiedottaminen ja tutkimustulokset

Tutkimuksen tulokset julkaistaan pro gradu -tutkielmana. Tutkittavat voivat tahtoessaan vastaanottaa valmistuneen tutkielman ilmoittamaansa sähköpostiosoitteeseen tai lukea sen vapaasti Jyväskylän yliopiston Jyx-verkkojulkaisuarkistosta. Tutkielman arvioitu valmistumisajankohta on 2023 keväällä.

Lisätietojen antajan yhteystiedot

Aino-Mari Uisma, sähköposti: [sähköpostiosoite], [puhelinnumero]

LIITE 3 TIETOSUOJAILMOITUS

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

YHTEISKUNTATIETEIDEN JA
FILOSOFIAN LAITOS

2.3.2022

Kuvaus henkilötietojen käsittelystä tieteellisessä tutkimuksessa (tietosuojailmoitus EU (679/2016) 13, 14, 30 artikla)

1. Tutkimuksessa “Kokemuksia transterveydenhuollosta” käsiteltävät henkilötiedot

Tutkimuksen tavoite on selvittää transihmisten kokemuksia transterveydenhuollosta ja sukupuolenkorjausprosessista.

Tutkimuksessa Sinusta kerätään seuraavia henkilötietoja: blogipäivitykset, jotka sisältävät tietoa liittyen kokemuksiisi terveydenhuollossa.

Tämä ilmoitus on toimitettu sähköpostiliitteenä tutkimustiedotteen kanssa.

2. Henkilötietojen käsittelyn oikeudellinen peruste tutkimuksessa/arkistoinnissa

Käsittely on tarpeen tieteellistä tai historiallista tutkimusta taikka tilastointia varten ja se on oikeasuhtaista, sillä tavoiteltuun *yleisen edun mukaiseen tavoitteeseen nähden* (tietosuojain 4 §:n 3 kohta)

Tutkimuksessa käsitellään seuraavia erityisryhmiin kuuluvia henkilötietoja:

Terveys

Eryisten henkilötietoryhmien käsittelykiellosta poiketaan seuraavalla perusteella:

Yleisen edun mukainen tieteellinen tai historiallinen tutkimustarkoitus tai tilastollinen tarkoitus (tietosuojalaki 6 §)

Henkilötietojen siirto EU/ETA ulkopuolelle

Tutkimuksessa tietojasi ei siirretä EU/ETA-alueen ulkopuolelle.

Henkilötietojen suojaaminen

Henkilötietojen käsittely tässä tutkimuksessa perustuu asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan ja tutkimuksella on vastuhenkilö. Henkilötietojasi käytetään ja luovutetaan vain historiallista/ tieteellistä tutkimusta taikka muuta yhteensopivaa tarkoitusta varten (tilastointi) sekä muutoinkin toimitaan niin, että Sinua koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille.

Tunnistettavuuden poistaminen

Suorat tunnistetiedot (nimi, sähköpostiosoite, kuvat) poistetaan suojatoimena aineiston perustamisvaiheessa (pseudonymisoitu aineisto, jolloin tunnistettavuuteen voidaan palata koodin tai vastaavan tiedon avulla ja aineistoon voidaan yhdistää uusia tietoja). Lisäksi muutetaan tutkimukseen liittymättömät epäsuorat tunnistetiedot kuten asuinpaikka, tarkka ikä ja koulutustausta.

Koska tutkimuksen aineisto on internetissä vapaasti luettavissa ja julkista, ei täydellistä tunnistettavuuden poistamista voida luvata. Tunnistettavuuden todennäköisyyteen voidaan kuitenkin julkaisuvaiheessa vaikuttaa aineistolainauksen kautta, kuten on kuvailtu liitteessä *Tiedote tutkimuksesta*.

Tutkimuksessa käsiteltävät henkilötiedot suojataan

käyttäjätunnuksella ja salasanalla.

Henkilötietojen käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Tutkimusrekisteri hävitetään viimeistään 01.2024

Rekisterinpitäjä(t) ja tutkimuksen tekijät

Rekisterinpitäjä on se, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tavoitteet ja keinot organisaatio(t) tai henkilö(t) sekä vastaa henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta.

Tämän tutkimuksen rekisterinpitäjä ja toteuttaja on Aino-Mari Uisma, [sähköpostiosoite], [puhelinnumero]

Tutkimusta ohjaa Markku Lonkila, professori, Jyväskylän yliopisto

Tutkimuksessa henkilötietojen käsittelijä on tutkija (Aino-Mari Uisma)

Rekisteröidyn oikeudet

Oikeus saada pääsy tietoihin (tietosuoja-asetuksen 15 artikla)

Sinulla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö henkilötietojasi ja mitä henkilötietojasi käsitellään. Voit myös halutessasi pyytää jäljennöksen käsiteltävistä henkilötiedoista.

Oikeus tietojen oikaisemiseen (tietosuoja-asetuksen 16 artikla)

Jos käsiteltävissä henkilötiedoissasi on epätarkkuuksia tai virheitä, sinulla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydennystä.

Oikeus tietojen poistamiseen (tietosuoja-asetuksen 17 artikla)

Sinulla on oikeus vaatia henkilötietojesi poistamista tietyissä tapauksissa. Oikeutta tietojen poistamiseen ei kuitenkaan ole, jos tietojen poistaminen estää tai vaikeuttaa suuresti käsittelyn tarkoituksen toteutumista tieteellisessä tutkimuksessa.

Oikeus käsittelyn rajoittamiseen (tietosuoja-asetuksen 18 artikla)

Sinulla on oikeus henkilötietojesi käsittelyn rajoittamiseen tietyissä tilanteissa kuten, jos kiistät henkilötietojesi paikkansapitävyyden.

Oikeuksista poikkeaminen

Tässä kuvatuista oikeuksista saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa poiketa tietosuoja-asetuksessa ja Suomen tietosuojalaissa säädetyillä perusteilla siltä osin, kuin oikeudet estävät tieteellisen tai historiallisen tutkimustarkoituksen tai tilastollisen tarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Profilointi ja automatisoitu päätöksenteko

Tutkimuksessa henkilötietojasi ei käytetä automaattiseen päätöksentekoon. Tutkimuksessa henkilötietojen käsittelyn tarkoituksena ei ole henkilökohtaisten ominaisuuksiesi arviointi, ts. profilointi vaan henkilötietojasi ja ominaisuuksia arvioidaan laajemman tieteellisen tutkimuksen näkökulmasta.

Sinulla on oikeus tehdä valitus erityisesti vakinaisen asuin- tai työpaikkasi sijainnin mukaiselle valvontaviranomaiselle, mikäli katsot, että henkilötietojen käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

Tietosuojavaltuutetun toimiston ajantasaiset yhteystiedot: <https://tietosuoja.fi/etusivu>

LIITE 4 SUOSTUMUSLOMAKE

Jyväskylän yliopisto

YHTEISKUNTATIETEIDEN JA
FILOSOFIAN LAITOS

2.3.2022

SUOSTUMUS OSALLISTUA TIETEELLISEEN TUTKIMUKSEEN

Kokemuksia transterveydenhuollosta

Olen ymmärtänyt, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin milloin tahansa ilmoittaa, etten enää halua osallistua tutkimukseen, mutta siihen asti kerättyjä tutkimusaineistoja voidaan hyödyntää tutkimuksessa.

Olen saanut riittävät tiedot tutkimuksesta ja henkilötietojeni käsittelystä siinä. Olen ymmärtänyt saamani tiedot ja haluan osallistua tutkimukseen.

Vastaamalla myöntävästi sähköpostiin ilmaiset suostumuksesi tutkimukseen osallistumiseksi

Yhteystiedot:

Aino-Mari Uisma, [puhelinnumero], [sähköpostiosoite]

Jos asiakirja on allekirjoitettu, se jää tutkimuksen vastuullisen johtajan arkistoon. Suostumusta osallistua tutkimukseen säilytetään tietoturvallisesti niin kauan kuin aineisto on tunnisteellisessa muodossa. Jos aineisto anonymisoidaan tai hävitetään suostumusta ei tarvitse enää säilyttää.

Y-tunnus:
02458947
Sähköposti:
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Puhelin:
(014) 260 1211
Faksi:
(014) 260 1021

Jyväskylän yliopisto
PL 35
40014 Jyväskylän yliopisto
www.jyu.fi

