

Alkuperäisartikkeli



Synnyttineliinten poliittinen talous: Biologisen uusintamisen kustannuksista poliittisen talouden vaginaalisilla rajapinnoilla

Annastiina Rajala-Vaittinen

Abstrakti

Tämä artikkeli tarkastelee synnyttineliinten poliittista taloutta tukeutuen feministisen poliittisen talouden kirjallisuuteen ja terveystaloustieteelliseen tutkimukseen inkontinenssin kustannuksista. Artikkelin analysoi biologisen uusintamisen aiheuttamaa psykofyysistä rapautumista (*depletion through biological reproduction, DBR*) raskauden ja synnytyksen aiheuttaman inkontinenssin kontekstissa ja tarkastelee sen vaikutuksia yksilön elämään ja julkiseen talouteen. Talouden uusintaminen on riippuvainen vaginoista, ja taloudella on näin ollen aina biologiset, vaginaaliset rajansa. Se, mitä näillä rajoilla tapahtuu, on poliittinen kysymys. Vaginat eivät ole vain talouden käyttöesineitä ja uusintamisen instrumentteja. Niiden hyvinvointi ja pahoinvointi ovat intiimissä yhteydessä paitsi vaginallisten ihmisten hyvinvointiin myös julkisen talouden kestokykyyn. On poliittis-taloudellisesti tärkeää kysyä: Miten talouden vaginaalisista rajapinnoista huolehditaan julkisessa taloudessa – kenen ehdoilla ja kustannuksella? Artikkelin tavoitteena on ohjata hoivan poliittisen talouden analyysiä näiden kysymysten äärelle, samalla kun se tarkastelee raskauden ja synnytyksen aiheuttaman inkontinenssin talousvaikutuksia Suomessa.

Avainsanat: vagina, lisääntymisterveys, raskauden ja synnytyksen aiheuttama inkontinenssi, biologisen uusintamisen aiheuttama psykofyysinen rapautuminen, hoivan poliittinen talous

<https://doi.org/10.51810/pt.111990>

Johdanto

Talouden ja väestön uusintaminen vaatii uuden elämän synnyttämistä, biologista reproduktiota. Tämä toiminta on konkreettisen ruumiillista. Vaginat ja muut synnyttämiseen tarvittavat elimet venyvät ja vahingoittuvat, mikä voi aiheuttaa virtsarakon, suoliston ja lantionalueen toimintahäiriöitä. Esimerkiksi raskauden ja synnytyksen aiheuttama inkontinenssi eli virtsan- ja/tai ulosteenkarkailu on hyvin yleinen vaiva. Jopa joka kolmannelle synnyttäneelle (talouden uusintajalle) jää virtsankarkailuvaivoja ja arviolta joka kymmenennelle ulosteenkarkailua (Woodley ym. 2020). Siitä huolimatta, että raskauden ja synnyttämisen aiheuttamaa inkontinenssia voitaisiin tehokkaasti ennaltaehkäistä, hoitaa ja kuntouttaa, nämä vaivat jäävät laajasti hoitamatta (Aukee 2017; Törnävä 2017). Näin ollen julkinen terveystalouden laiminlyö talouden uusintamiseen tarvittavien synnyttämisen hoivan ja hoidon tarpeet. Tämä on talouskysymys. Väitämme tässä artikkelissa, että pitkällä tähtäimellä synnyttämisen hoivan laiminlyönti vaikuttaa julkisen terveystalouden kestävyteen: hoitamattomana raskauden ja synnytyksen aiheuttama inkontinenssi usein pahenee ajan myötä. Myöhemmällä iällä raskauden ja synnytyksen aiheuttama inkontinenssi lisää merkittävästi paitsi hoivan myös inkontinenssihoitoon liittyvän materian, kuten vaippojen, tarvetta. Näin varhaisessa vaiheessa hoidettavissa olevan vaivan sosiaaliset, taloudelliset ja ekologiset kustannukset kumuloituvat, kertautuvat ja skaalautuvat vuosikymmeniä sekä yksilön elämässä että väestötasolla – kohortti toisensa jälkeen.

Tarkastelemme tässä artikkelissa synnyttämisen poliittista taloutta kansantaloudellisesti merkittävänä kysymyksenä. Analyysissämme yhdistämme feministisen poliittisen talouden teoriaa inkontinenssin kustannuksia kartoittavaan terveystaloustieteelliseen kirjallisuuteen. Raskauden ja synnyttämisen aiheuttama inkontinenssi on konkreettinen esimerkki siitä, kuinka talouden biologinen uusintaminen kuluttaa, rappeuttaa ja ra(m)pauttaa uusintamisesta vastuussa olevien kehoja ja aiheuttaa pitkäkestoisia taloudellisia vaikutuksia yksilö- ja väestötasolla. Se on myös esimerkki siitä, kuinka riittävällä ja oikea-aikaisella hoivalla ja hoidolla voitaisiin parantaa julkisen talouden kestävyttä. Synnyttämisen elimet venyvät ja repeilevät taloutta uusintamatta jättäen vuotoja kehoihin – ja talouteen. Vuodot ehkä syntyvät maailman luonnollisimmassa tapahtumassa, uutta ihmistä synnyttäessä, mutta vuotojen

hoitamatta jättämisessä ei ole mitään luonnollista. Se on poliittinen valinta, jolla on taloudellisia vaikutuksia. Taloudellisia ja ruumiillisia vuotoja voitaisiin tilkitä ja ennaltaehkäistä huolehtimalla synnyttelinten terveydestä, mutta näin ei tehdä.

Tarkastelemme artikkelissamme synnyttelinten hyvinvoinnin laiminlyömisestä kertyviä, synnyttäjien elämänkaarten aikana kumuloituvia kustannuksia synnyttäjien elämässä sekä julkisessa taloudessa. Analyysimme sijoittuu poliittisen talouden analyyseissä vaietulle alueelle, jonka nimeämme *poliittisen talouden vaginaalisiksi rajapinnoiksi*. Tämä on uusi, tutkimuksestamme kumpuava ja feministisen poliittisen talouden analyyseihin soveltuva käsite. Emme pyri määrittelemään käsitettä tarkasti, eikä se ehkä ole toivottavaakaan. Poliittisen talouden vaginaaliset rajat – tai moniulotteisemmin vaginaaliset rajapinnat, joihin liittyy moninaisia synnyttelinten poliittisia talouksia, – voidaan ymmärtää siksi *poliittisen talouden marginaaleissa sijaitsevaksi tilaksi*, johon analyysimme sijoittuu. Puhumalla poliittisen talouden vaginaalisista rajoista, haluamme ohjata huomion siihen tosiasiaan, että kaikki maailman talousjärjestelmät kaikkina aikoina nojaavat vaginoihin talouden elimellisenä uusintajana, rajana ja perustana. Se, mitä näillä rajoilla tapahtuu, on poliittinen kysymys.

Vaginat eivät ole vain talouden käyttöesineitä ja uusintamisen instrumentteja. Niiden hyvinvointi ja pahoinvointi ovat intiimissä yhteydessä paitsi vaginallisten ja kohdullisten ihmisten elämänlaatuun myös julkisen talouden kestäkykyyn. Talouden uusintaminen on riippuvainen vaginoista, ja taloudella on näin ollen aina biologiset, vaginaaliset rajansa. On poliittis-taloudellisesti tärkeää kysyä: Miten talouden vaginaalisista rajapinnoista huolehditaan julkisessa taloudessa – kenen ehdoilla ja kustannuksella? Artikkelillamme haluamme ohjata poliittisen talouden analyysin näiden kysymysten äärelle, samalla kun tarkastelemme, mitä hoivan poliittisen talouden vaginaalisilla rajapinnoilla tapahtuu raskauden aiheuttaman inkontinenssin kontekstissa Suomessa. Väitämme, että Suomessa talouden vaginaalisista rajoista ei huolehdita riittävästi, mikä on paitsi inhimillisesti myös julkisen talouden kannalta kestäväntöntä.

Artikkelimme täydentää aiempaa hoivan poliittisen talouden kirjallisuutta, jossa vaginoiden vaatima hoiva ja biologinen uusintaminen jäävät helposti muiden sosiaalista uusintamista koskevien kysymysten varjoon. Biologisen

reproduktion poliittista taloutta on tutkittu ehkä enemmän lisääntymisen politiikan kuin hoivan näkökulmista. Suomessa aiheeseen liittyy muun muassa kättilötyön tutkimus (Wrede 2001) ja lisääntymiseen liittyvä feministisen tieteenteknologian tutkimus (mm. Homanen 2017; Sudenkaarne 2020; Meskus 2021). Hoivan poliittisen talouden kirjallisuudessa uusintamisen käsitteistö ja analyysi ovat kyllä keskeisiä, mutta biologista uusintamista ja synnyttämisen poliittisia talouksia käsitellään usein pintapuolisesti puhumatta tarkemmin siitä, mitä synnyttelimitille tapahtuu. Esimerkiksi sosiaalisen reproduktion eli uusintamisen kirjallisuudessa biologinen uusintaminen sisällytetään ohimennen osaksi laajempaa sosiaalisen uusintamisen käsitettä ilman, että biologisen uusintamisen poliittisia talouksia analysoidaan tarkemmin (Bakker 2007; Rai ym. 2014; ks. myös Elomäki ja Ylöstalo 2021). Synnyttäminen saatetaan mainita, mutta analyysit keskittyvät pääsääntöisesti hoivatyön poliittisiin talouksiin, kuten lastenhoitoon, tai muuhun naistapaiseen (Jokinen 2004) sosiaalisen uusintamisen työhön, johon liittyy toisista ihmisistä huolehtimista. Poikkeuksena tästä ovat analyysit, joissa sosiaalisen uusintamisen käsitteistöä sovelletaan lisääntymis- ja seksuaaliterveyteen, esimerkiksi globaalin terveydenhuollon kontekstissa (Tanyag 2019).

Hoivaetiikkaa painottava poliittinen taloustiede puolestaan tutkii ihmisen haavoittuvuuden ja tarvitsevuuden synnyttämiä hoivasuhteita ja niiden merkitystä moraalien, politiikan ja talouden dynaamisina lähteinä – globaalisti ja lokaalisti (esim. Tronto 1993; Mahon ja Robinson 2011; Hoppania ja Vaittinen 2015; Vaittinen 2017). Sekä tässä kirjallisuudessa että sosiaalisen uusintamisen analyysissä saatetaan tarkastella hoivan poliittista taloutta ruumiillisuutta painottavin tutkimusottein mutta vaginoiden hoivatarpeiden poliittisiin talouksiin ei juuri pureuduta. Feministisen poliittisen talouden kirjallisuudessa vaginat mainitaan suoraan ehkä ennemmin seksityön kuin synnyttämisen yhteydessä (esim. Jeffreys 2009). Hoivan poliittisen talouden kirjallisuus ei toisin sanoen ole tarkastellut poliittista taloutta, tai hoivaa, synnyttelinten näkökulmasta. Tämä voi johtua osin siitä, että yhteiskuntatieteellisesti virittynyt hoivan poliittisen talouden kirjallisuus on harvemmin vuorovaikutuksessa terveystieteellisen tutkimuksen kanssa, jossa käsitellään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä biologisemmasta ja elimellisemmästä näkökulmasta. On myös mahdollista, että sukupuolen essentialisoinnin pelko saa feministisen poliittisen talouden teoreetikot varomaan biologisen uusintamisen

ruumiillisuuteen paneutumista elimellisellä tasolla. Tämä kieltämättä vaatii tasapainottelua, mutta silti vaginoiden taloudellisesta merkityksestä tulisi voida puhua.

Myöskään julkisessa keskustelussa ei poliittista taloutta tarkastella synnyntielinten hyvinvoinnin näkökulmasta. Riittävä synnyttäjien määrä kyllä ymmärretään kansantalouden kestäkyvyn perustaksi, ja politiikkojen suusta on kuultu lipsahduksia ”synnytystalkoista” vastauksena heikkenevään huolto-suhteeseen (Blencowe 2017). Lipsahduksia kritisoidaan, mutta kritiikki ei kirvoita keskustelua siitä, mitä väestön uusintaminen vaatii synnyttävien kansalaisten kehoilta jo nyt. Missään ei kysytä, kuinka biologiseen uusintamiseen käytettävien kehojen kulumista tulisi ennaltaehkäistä ja hoitaa, ja mitä riittävä synnyntielinten hoivaaminen läpi elämän vaatisi julkiselta taloudelta.

Synnyntielimistä näin ollen yhtäältä vaietaan, ja toisaalta ne ovat läsnä lähinnä väestöä uusintavina instrumentteina, *synnyttiminä*. Elämän ehtopuolella ne ovat hoivaamisen kohteina, synnyttämistä tai muuten vain elämästä haurastuneina, solujen ikääntymisen hapertamina ja huolenpitoa vailla. Tällöinkään vaginoista tai niiden tarpeista ei puhuta suoraan. Ennemmin puhutaan vaipoissa hautuvista ihoista, virtsatieinfektioista ja ”likaiseksi” mielletystä hoivatyöstä, joka liittyy vanhusten genitaalialueista ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen. Keskustelu vaginoista niin hoivan poliittisen talouden kirjallisuudessa kuin hoivan poliittisessa arjessa on häveliään *perivaginaalista*: itse asian ja elimen ja siihen liittyvien talouksien periferioihin sijoittuvaa keskustelua, joka ei koske itse vaginaa vaan kaikkea sen ympärillä olevaa, sieltä syntyvää tai vuotavaa. Talouden biologiseen uusintamiseen käytetty elin tuntuisi edelleen – kaksikymmentä vuotta *Vagina-monologien* jälkeen (Enslar 1998/2001) – olevan jonkinlainen talouden tabu etenkin silloin, kun se on uusintamiseen haluton tai kykenemätön tai kun se on vahingoittunut, kulunut, käytetty ja ”viallinen”. Myötävaikuttaaksemme tabun purkamiseen tarkastelemme tässä artikkelissa, mitä synnyntielinten käyttäminen väestön uusintamisessa tarkoittaa taloudellisesti.

Artikkeli etenee seuraavassa järjestyksessä. Johdantoa seuraavassa osiossa käymme läpi terveystaloustieteellistä kirjallisuutta inkontinenssin kansantaloudellisista kustannuksista, minkä jälkeen hahmottelemme artikkelin teoreettisen viitekehyksen. Hyödynnämme tässä Shirin Rain, Catherine Hoskynsin ja Dania Thomasin (2014) hoivan poliittisen talouden analyysii

varten kehittämää *depletion through social reproduction* (DSR) -käsitettä, josta johdamme käsitteen *biologisen reproduktion aiheuttamasta psykofyysisestä rapautumisesta* (*depletion through biological reproduction, DBR*). Tämän jälkeen illustroimme biologisen uusintamisen aiheuttaman psykofyysisen rapautumisen kustannusten kertymistä Suomessa kuvitteellisen Annastiinan elämäntarinan avulla. Annastiinan elämäntarina on fiktiivinen, mutta se pohjaa aiemman tutkimuksen lisäksi laajaan inkontinenssin globaalia poliittista taloutta tutkivaan monipaikkaisen etnografian hankkeeseen, jossa on alustavasti kartoitettu inkontinenssin hoitopolkujen toimivuutta myös Suomessa (Vaippahanke 2022; ks. myös Vaittinen ym. 2021). Fiktiivisen tarinan käyttäminen argumentin illustroinnissa puolestaan perustuu luovan tieteellisen kirjoittamisen pitkälle perinteelle (esim. Ellis ja Flaherty 1992; myös Hoppania ym. 2016). Reflektoimme tarinan yleistettävyyttä artikkelin johtopäätösosiossa, jossa painotamme jatkotutkimuksen tarvetta poliittisen talouden vaginaalisilla rajoilla ja rajapinnoilla.

Inkontinenssin taloustieteestä biologisen uusintamisen ruumiillisiin kustannuksiin

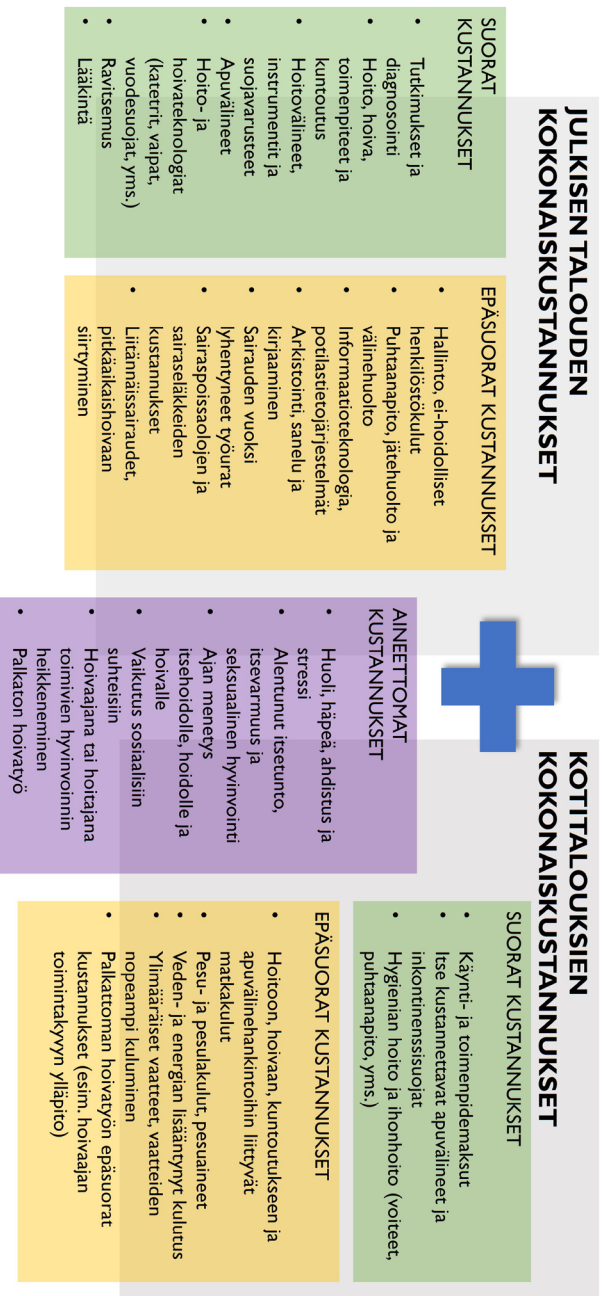
Inkontinenssi on yleinen terveysongelma. Se johtuu suoliston, rakon tai lantionalueen toimintahäiriöistä, joille voi olla monia eri syitä, kuten kroonisia sairauksia tai vammoja. Vaiva ei kosketa vain synnyttäneitä tai vanhuksia. Virtsainkontinenssista kärsii noin 14 % miehistä ja jopa 51 % naisista (Aynaci 2020). Ulosteinkontinenssin kanssa elää jopa 6 % alle 40-vuotiaista aikuisista ja hoivakodeissa asuvista noin puolet (Riemsma ym. 2017). Inkontinenssin syitä ei aina perin pohjin selvitetä, eikä inkontinenssin hoitosuosituksia välttämättä hyödynnetä tehokkaasti (Aukee ym. 2007; Käypä hoito 2017). Inkontinenssivaivat saatetaan myös nähdä tiettyjen ihmisryhmien luonnollisina ominaisuuksina, jolloin diagnoosit ja hoito jäävät helpommin puutteellisiksi. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi synnyttäneet, vaihdevuosi-ikäiset ja iäkkäät naiset, joille ”pienen lirahtelun” katsotaan kuuluvan elämänvaiheeseen tai olevan luonnollinen osa naisellisen elämän ruumiillista rappeutumista (Vaittinen ym. 2021, 130). Tämä ei kuitenkaan pidä paikkansa. Synnyttelimiin ei vaan terveysjärjestelmissä kohdisteta riittävää hoivaa ja hoitoa, jolloin syntyy

käsitys siitä, että lantion alueen elinten veltostuminen synnyttämisen ja lisääntymisen tai vanhenemisen myötä on väistämätöntä. Tämä tulee kansantaloudellisesti kalliiksi, joskin kustannusten laskemista vaikeuttavat muun muassa inkontinenssin monisyisyys, alidiagnosointi sekä aiheeseen liittyvä stigma. Käymme tässä osiossa läpi terveystaloustieteellistä kirjallisuutta, joka käsittelee yleisesti inkontinenssin kansantalouksille aiheuttamia kustannuksia.

Inkontinenssin kustannukset koostuvat inkontinenssin aiheuttamista suorista ja epäsuorista kustannuksista sekä vaikeammin arvioitavissa olevista aineettomista kustannuksista (ks. kuvio 1). *Suoria kustannuksia* ovat esimerkiksi lääkkeet, hoitotarvikkeet, diagnosointi ja hoitotoimenpiteet (Goren ym. 2014). *Epäsuoriin kustannuksiin* kuuluvat muun muassa inkontinenssista välillisesti aiheutuvat liitännäisvaivat (Wagner ym. 2017). Inkontinenssin epäsuorat kustannukset ovat luultavasti huomattavasti suuremmat kuin suorat kustannukset (Neubauer ja Stiefelmeyer 2005; Tolkki 2010). Inkontinenssi on esimerkiksi merkittävä painehaavaumien aiheuttaja vuodepotilailla. Painehaavaumien kustannukset ovat Suomessa vuosittain noin 420 miljoonaa euroa, joka muodostaa jopa 2–3 % terveydenhuollon kaikista kuluista (Soppi 2010). Näistä kustannuksista osa on epäsuorasti inkontinenssin aiheuttamia. Inkontinenssi on myös yksi syy pitkäaikaishoivaan siirtymiselle (Carvalho ym. 2020; Kaisanlahti 2008). Inkontinenssin *aineettomia kustannuksia* ei puolestaan voida suoraan mitata rahassa, mutta ne lisäävät välillisesti sekä julkisia että kotitalouksien kustannuksia. Tällaisia ovat muun muassa ahdistus ja masennus, seksuaaliterveyden heikkeneminen, fyysisen aktiivisuuden väheneminen, sosiaalisten tilanteiden välttäminen, itsenäisen asumisen kyvyn menetys, elämänlaadun heikkeneminen sekä vaikutukset kokonaisterveyteen, työkykyyn ja työurien lyhentymiseen (Farage ym. 2008). Mitä hankalampi tai monimuotoisempi inkontinenssi on, sitä todennäköisemmin sillä on kielteisiä vaikutuksia mielenterveyteen (Kuoch ym. 2019) kuten myös seksuaaliterveyteen (Aukee ym. 2007; Lee ym. 2018).

Inkontinenssin globaalit talousvaikutukset ovat valtavat. Esimerkiksi Yhdysvalloissa inkontinenssin diagnosointiin ja hoitoon käytettiin jo kaksikymmentä vuotta sitten 32 miljardia Yhdysvaltain dollaria vuosittain, mikä oli enemmän kuin dialyysiin ja sepelvaltimoiden ohitusleikkauksiin käytetty summa yhteensä (Farage ym. 2008). Australiassa vastaava luku oli 42,9 miljardia Australian dollaria vuonna 2010 (Deloitte Access Economics 2011).

KUVIO 1. INKONTINENSIN KUSTANNUSTEN TYYPIÄ.



Nämä laskelmat ovat vanhentuneita ja siksi todennäköisesti liian matalia. Näin on myös Suomessa tehtyjen arvioiden kohdalla. Inkontinenssitilanteita myyvän yrityksen toimeksiantona tehdyn selvityksen mukaan virtsankarkailun hoidosta aiheutui Suomessa laskentatavasta riippuen 0,7–1,7 miljardin euron kustannukset julkiselle taloudelle vuonna 2006, ja vuonna 2040 kustannusten arvioidaan yltyvän 1,6–4,3 miljardiin euroon. (Tolkki 2010.) Laskelman kustannukset muodostuivat erityisesti vanhusten asumispalveluista ja lääkeshoidosta sekä inkontinenssisuojista eli vaipoista (Vuorela 2017; Tolkki 2010). Vaipat ovatkin merkittävä tekijä julkisessa terveystaloudessa, sillä ne muodostavat hoitotarvikelijakelukustannuksista toiseksi suurimman menoerän heti diabetestarvikkeiden jälkeen (Vaittinen ym. 2021). Vaipoista syntyvä jäte myös lisää merkittävästi hoivan ekologista kuormaa, ja siten sellaisia inkontinenssin *ulkoisia kustannuksia*, mitä inkontinenssin kustannuslaskelmissa ei toistaiseksi huomioida.

Myöhemmällä iällä kertyviä inkontinenssihoidon kustannuksia olisi mahdollista ennaltaehkäistä ja vähentää oikea-aikaisella konservatiivisella hoidolla, kuten kuntoutuksella ja fysioterapialla. Kuitenkin esimerkiksi vuonna 2007 konservatiiviseen hoitoon käytettiin keskimäärin vain 40 euroa per potilas eli vähimmillään kustannukset olivat 0 euroa ja enimmillään 1102 euroa. Vaivoja korjaavien leikkaushoitojen kustannukset taas olivat keskimäärin 2152 euroa eli vähimmillään 872 euroa ja enimmillään 3689 euroa (Aukee ym. 2007). Hankkeemme tutkimuksen perusteella vaikuttaisi siltä, että konservatiiviseen inkontinenssihoitoon panostaminen ei ole Suomessa oleellisesti parantunut (Vaittinen ym. 2021), joskaan tuoreita kustannuslaskelmia ei ole saatavilla. Verrattuna leikkaushoitoihin oikea-aikainen konservatiivinen hoito ja ennaltaehkäisy olisi paitsi edullisempaa myös vähemmän kajoavaa. Sillä voidaan usein parantaa inkontinenssin kanssa elävän ihmisen elämänlaatua varhaisessa vaiheessa, mikä vähentää inkontinenssin epäsuoria ja aineettomia kustannuksia tämän elämänkaaren aikana. Palaamme tähän myöhemmin tarkastellessamme kustannusten kertymistä fiktiivisen Anna-stiinan elämänkaaren aikana.

Pelkästään raskaudesta ja synnytyksestä johtuvan inkontinenssin kokonaiskustannuksia ei kuitenkaan tietääksemme ole arvioitu Suomessa eikä kansainvälisesti. Arvioiminen on hankalaa, koska erilaisten inkontinenssin syiden välille on haastavaa vetää selkeää rajaa. Lieviin vaivoihin ei välttämättä

haeta apua heti synnytyksen jälkeen nuoremmalla iällä, osin siksi, että aihe on hävetty, ja osin siksi, että lievä virtsankarkailu ymmärretään normaaliksi synnyttäneen kehon olotilaksi. Vaihdevuodet ohittaneiden kohdalla inkontinenssin ensisijaista syytä on hankalampi osoittaa pelkästään synnytyksestä johtuvaksi (Buckley ja Lapitan 2010), – ja silti myöhemmällä iällä alkanut inkontinenssi voi juontua aiemmasta raskaudesta ja synnytyksestä (Gyhagen ym. 2019).

Raskauden ja synnyttämisen aiheuttaman inkontinenssin kustannusten vaikea mitattavuus on esimerkki siitä, kuinka talouden biologisen uusintamisen aiheuttama ruumiillinen rapautuminen kumuloituu ajan myötä, eikä ole rajattavissa yhteen tapahtumaan – kuten synnyttämisen hetkeen, tai synnytyksestä johtuvan inkontinenssin alkamiseen myöhemmällä iällä. Terveystaloustieteellisistä laskelmista tuntuisikin puuttuvan tietynlainen kokonaisvaltaisen ruumiillisuuden elämänkaarianalyysi. Niissä tunnustetaan esimerkiksi *aineettomat* kustannukset, mutta laskelmissa nämä ihmisten ruumiillisissa, eli konkreettisen *aineellisissa*, elämässä konkretisoituvat kustannukset jäävät sivurooliin, koska ne ovat hankalasti mitattavia jonakin tiettyinä hetkenä. Inkontinenssin kanssa elävän yksilön elämässä suorat, epäsuorat ja aineettomat kustannukset kietoutuvat erottamattomasti toisiinsa, osaksi ihmisen ruumiillista elämänkaarta. Tällöin erillisiin kustannussiiloihin jaottelu, joka toisaalta on analyytisesti hyödyllistä, voi hämärtää kustannuskertymän kumuloitumista. Vaikka terveystaloustieteelliset laskelmat inkontinenssin kustannuksista antavat työkaluja kustannusten arvioimiseen, niiden avulla ei voida kuvata biologisen uusintamisen aiheuttamaa kokonaiskulumista ja sen vaikutusta talouteen yksilöiden ja väestöjen elämänkaaren aikana. Tähän tarvitaan avuksi feminististä poliittista taloutta.

Synnyttämisen poliittisessa taloudessa on kyse taloutta biologisesti uusintavien ruumiiden kulumisesta ja siitä, kuka kulumisen kustannuksista vastaa. Hoivan poliittisen talouden tutkijat Rai, Hoskyns ja Thomas ovat kehittäneet DSR-käsitettä, joka kuvaa sosiaalisen reproduktion aiheuttamaa voimavarojen ehdyttämistä (Rai ym. 2014). He huomauttavat, että vaikka sosiaalista uusintamista on tutkittu paljon, kirjallisuus harvemmin kiinnittää huomiota siihen, miten uusintava työ ehdyttää sosiaalisesta uusintamisesta vastuussa olevien voimavarat näännyttäen ja ra(m)pauttaen heitä. He lainaavat termin *depletion* ympäristötaloustieteistä, jossa sitä käytetään kuvaamaan esimerkiksi

uusiutumattomien luonnonvarojen määrän vähentymistä (emt., 88). Emme ole kyenneet kääntämään termiä suomeksi yksiselitteisesti, joten käytämme kontekstin mukaan termejä *uusintamisen aiheuttama voimavarojen ehdyttäminen*, *näännyttäminen* ja *psykofyysinen rapauttaminen* tai *rampauttaminen*. Rai ja hänen kollegansa määrittelevät DSR:n hiljalleen kumuloituvaksi ”tasoksi”,

jossa voimavarojen ulosvirtaus (*resource outflows*) ylittää voimavarojen sisäänvirtauksen (*resource inflows*) sosiaalisen uusintamisen työtä tehtäessä siten, että jokin kestävyuden kynnyks ylitetään, ja tähän vähäarvoiseksi miellettyyn työhön osallistumisesta tulee haitallista sen tekijöille (emt., 88–89, suomennos meidän).

Uusintavaa työtä tekevien voimavarat toisin sanoen ehtyvät silloin, kun he tulevat aikaa myöten sijoittaneeksi enemmän voimavaroja yhteiskunnan uusintamiseen kuin mitä yhteiskunta sijoittaa heihin, esimerkiksi heihin kohdistuvan hoivan muodossa. Kuten sosiaalisen reproduktion kirjallisuudelle on ominaista, Rai, Hoskyns ja Thomas eivät analysoi biologisen uusintamisen poliittista taloutta. Synnyttämistä sivutaan vain ohimennen (emt., 92). Tuodaksemme synnyttelimit hoivan poliittisen talouden analyysiin sovelamme seuraavassa osiossa Rain ja hänen kollegoittensa työtä. Jotta pystymme kuvaamaan biologisen uusintamisen aiheuttamaa ruumiillisten kustannusten kertymistä ihmisen elämänkaaren aikana, johdamme Rain, Hoskynsin ja Thomasin laajemmasta DSR-käsitteestä tarkemman *biologisen uusintamisen aiheuttamaa psykofyysistä ra(m)pautumista* kuvaavan käsitteen (*depletion through biological reproduction, DBR*). Tästä on kyse esimerkiksi silloin, kun synnyttelimit venyvät, repeilevät, veltostuvat ja muuttuvat pidätyskyvyttömiksi talouden biologisen uusintamisen vuoksi, samalla kun näiden taloudelle välttämättömien elinten tarpeet laiminlyödään julkisessa taloudessa, lähes järjestelmällisesti.

Annastiinan elämäntarina biologisen uusintamisen kustannusten näkökulmasta

Jotta pystymme illustroimaan raskauden ja synnytyksen aiheuttaman inkontinenssin elämänkaaren aikana kumuloituvia kustannuksia, kerromme tässä osiossa kuvitteellisen Annastiinan elämäntarinan. Tapahtumat voisivat olla todellisia nykyisessä terveysjärjestelmässämme. Tarinan perusteella ei kuitenkaan voi tehdä yleistyksiä, sillä naisten inkontinenssin hoitopolut vaihtelevat yksilöllisesti ja alueellisesti Käypä hoito -suosituksesta (2017) huolimatta. Tarinan perusteella ei myöskään ole mahdollista laskea raskauden ja synnytyksen aiheuttaman inkontinenssin elämänkaarikustannuksia väestötasolla. Tällainen laskelma vaatisi laajoja määrällisiä ja laadullisia pitkittäisaineistoja, joita meillä tutkimuksessamme ei ole käytettävissä. Tarinan tarkoitus on ennen kaikkea illustroida biologiseen uusintamiseen käytettävien elinten kulumisen poliittista ja taloudellista merkitystä sekä jatkotutkimuksen tarvetta. Tarinamme etenee yksityisestä julkiseen, Annastiinan henkilökohtaisesta elämästä ja kotitaloudesta työelämään ja julkiseen talouteen.

Annastiinan synnyttimet biologisen uusintamisen tehtävissä

Annastiina odottaa ensimmäistä lastaan 28-vuotiaana. Hänen ei ole koskaan tarvinnut ajatella pidätyskykyyn tai lantion alueen terveyteen liittyviä asioita. Raskausaikana erittyvät hormonit kuitenkin pehmentävät kudoksia ja lantionpohjan lihaksistoa. Lisäpaino rasittaa lantionpohjaa. Välillä virtsaa lirahtaa housuun aivastaessa, ja Annastiina hankkii elämänsä ensimmäisen paketin inkontinenssisuojia. Aikaisempina vuosina Annastiinan kunnassa oli odottaville äideille järjestetty fysioterapeutin ohjaamia, lantionpohjan hyvinvointiin keskittyviä ryhmiä. Kunnan sote-sektorille tekemien leikkausten vuoksi ryhmiä ei kuitenkaan enää järjestetä. Annastiina saa neuvolasta jumppaohjeet paperilla. Kotonaan hän yrittää supistella vaginaansa ja peräaukkoaan ohjeiden mukaan mutta ei ole varma, menevätkö liikkeet oikein. Miltä lantionpohjan vahvistamisen pitäisi tuntua? Jumppaaminen jää. Synnytys sujuu hyvin – ”normaali alatiesynnytys” on termi, joka jää hänelle itselleen mieleen. Silti Annastiina lukeutuu siihen epäonniseen kolmannekseen,

jolle jää virtsankarkailuvaivoja synnytyksen jälkeen. Sekä neuvolan että Annastiinan ja hänen puolisonsa huomio keskittyy synnytyksen jälkeen pääosin vauvan hyvinvointiin, eikä vaivaa tule otettua kunnolla puheeksi. Jälkitarkastuksessa asiasta keskustellaan, mutta kuulemma alapään palautumiseen voi mennä vuosikin. Tilannetta päädytään seurailemaan. Arjessaan Annastiina vähättelee vaivaa: ”Eihän karkailu ole kovin runsasta, ja eikös kaikki nyt ’tenat pöksyissä’ kulje synnytyksen jälkeen!” Myös virtsankarkailusuojien mainonta antaa sellaisen kuvan, että lirahtelu ja ”vahingot” ovat osa naisen normaalia elinkaarta. Salaa mielessään Annastiina kiittää onneaan: ”Onneksi ei sentään ole paskat housussa. Siihen kyllä olisi pakko vaatia hoitoa...”

Biologisen uusintamisen aiheuttama rapautuminen voidaan nähdä terveysjärjestelmän sukupuolittuneena rakenteellisena väkivaltana, jossa hoidettavissa olevat vaivat jätetään hoitamatta, mikä aiheuttaa kärsimystä (Confortini ja Vaittinen 2020, 6–7). Kuten Rai ja hänen kollegansa painottavat, uusintamisen aiheuttama näännyttäminen ei viittaa vain ihmisen ”normaaliin kulumiseen” (*normal ‘wear and tear’*) vaan sellaisiin ”uusintamisen rakenteellisiin ulottuvuuksiin, jotka rapauttavat jokapäiväisen elämän kestävyttä” (Rai ym. 2014, 89–90). Kyse ei ole vain väsymyksen kaltaisesta nääntymisestä vaan psykofyysisestä ra(m)pauttamisesta, joka sisältää myös ruumiillisia vammoja (emt., 92). Raskauden ja synnytyksen aiheuttama jokapäiväisen elämän kestävyteen vaikuttava rapautuminen ei ole ”normaalia kulumista”, sillä se olisi usein ennaltaehkäistävissä ja hoidettavissa.

Ohjattu lantionpohjan lihaksiston vahvistaminen on tutkitusti kustannustehokas tapa ennaltaehkäistä biologisesta uusintamisesta johtuvia lantionpohjan häiriöitä (Brennen ym. 2021; Törnävä 2017), ja näin tilkitä sekä ruumiillisia että taloudellisia vuotoja jo ennen kuin niitä syntyy. Suomessa ennaltaehkäisy kuitenkin ontuu. Hankkeemme tutkimuksessa on käynyt eri ammattilaisten kanssa keskustellessa ilmi, että perusterveydenhuollossa ei järjestelmällisesti tarjota raskaana oleville, saati raskautta suunnitteleville, lantionpohjan kuntoutukseen erikoistuneiden ammattilaisten palveluja. Lantionpohjan toimintakyvyn mittaamiseen ja kuntoutukseen käytettäviä biopalautelaitteita ei yleensä ole perusterveydenhuollossa saatavilla, ja valtaosa lantionpohjaan tai äitiysfysioterapiaan erikoistuneista ammattilaisista työskentelee yksityisellä

sektorilla. Vastaavasti synnyttäneille ei rutiininomaisesti tarjota lantionpohjan ohjattua kuntoutusta. Tutkimusten mukaan siitä olisi hyötyä kaikille synnyttäneille (Brennen ym. 2021).

Lantionpohjaa, vaginoita ja synnyttelimiä ei toki ole täysin unohdettu synnytyksestä palautumisessa. Synnyttäneille tehdään 5–12 viikkoa synnytyksen jälkeen sisätutkimus jälkitarkastuksessa, jossa selvitetään lantionpohjanlihasten kunto ja toimintahäiriöt, anatomiset ja fysiologiset muutokset sekä synnytysvaurioiden parantuminen. Lisäksi synnyttänyttä tulisi ohjata lantionpohjan lihaksiston vahvistamiseen. (Klemetti ja Hakulinen-Viitanen 2013.) Sisätutkimus on kuitenkin vain pieni osa synnytyksen jälkeistä neuvolapolkua, jossa tapaamiset keskittyvät pääsääntöisesti lapsen terveyden edistämiseen sekä kasvun seuraamiseen ja mittaamiseen. Vaikka perheiden kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin kiinnitetäänkin huomiota, synnyttelinten hyvinvointi jää neuvolapolulla helposti vähälle huomiolle, erityisesti jos lieviä inkontinenssivaivoja ei itse osaa tai uskalla ottaa puheeksi.

Ennaltaehkäisevien ja kuntouttavien julkisesti rahoitettujen palvelujen puutteesta kärsii myös tarinamme Annastiina, kun hän osallistuu talouden biologiseen uusintamiseen. Hänen kotikunnassaan kustannussäästöjä oli kohdennettu neuvolatoiminnassa toteuttavaan ryhmämuotoiseen lantionpohjan fysioterapiaan. Sitä kautta oli säästetty myös Annastiinan synnyttelinten hyvinvoinnista. Terveydenhuoltojärjestelmässä ja sen vaginaalisessa poliittisessa taloudessa on nivelkohtia, joissa biologisen uusintamisen aiheuttamaa psykofyysistä rapautumista voidaan välttää ja vähentää. Ennaltaehkäisevistä palveluista leikkaaminen ja rutiinikuntoutuksen puute ovat Annastiinan tapauksessa nivelkohtia, joissa säästöt tasapainottavat kuntataloutta hetkellisesti, mutta aiheuttavat samalla kustannuksia pitkällä aikavälillä paitsi yksilölle myös julkiselle taloudelle. Yksilön kohdalla toimivaksi tiedetyn palvelun leikkaaminen on myös eettinen kysymys, jos sillä on kauaskantoisia vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin.

Synnyttelinten ra(m)pautumisen vaikutus Annastiinan talouteen

Synnytyksen jälkeen Annastiina keskittyy vauvaansa ja arjen kiireisiin. Liikunta loppuu vaunulenkkejä lukuun ottamatta käytännössä kokonaan. Ennen hän juoksi ja pelasi sählyä työpaikan joukkueessa.

Ponnistusta vaativissa tilanteissa tapahtuvan virtsankarkailun vuoksi tämä ei enää tule kyseeseen. Lapsen ollessa kolmen vanha Annastiina synnyttää toisen lapsensa. Raskausaikana virtsankarkailuvaiva pahenee. Pienen karkailuun tarkoitetut pikkuhousunsuojat ovat välillä läpimärkiä. Synnytys menee hyvin, ja vauva on ihana, vaikka kahden pienen lapsen kanssa yönet jäävätkin lyhyiksi. Virtsankarkailu on nyt säännöllistä. Jälkitarkastuksessa kehoitetaan odottamaan palautumista ja jumppaamaan lantionpohjaa kotona. Ensimmäisen vuoden Annastiina sinnittelee vaivan kanssa. Markkinoille on tullut entistä parempia, imukykyisiä mutta seksikkäiden pikkuhousujen ulkonäköön pyrkiviä suoja. Eräänä päivänä suoja ostaessaan Annastiina kuitenkin pysähtyy laskemaan käyttämänsä rahamäärää: ”12 kappaleen tippasuojapakkaus, 7,30 euroa, plus kuuden kappaleen yösidepakkaus, 4,50 euroa. Näitä menee noin pakkaus molempia per viikko eli 11,80 euroa viikossa kertaa 52... 613,60 euroa vuodessa pelkästään siteisiin. Ja tästä neljännes on arvonlisäveroa!”

Toisen synnytyksen jälkeen pahimmat ”vahingot” jäävät hiljalleen taakse, mutta vaiva jatkuu päivittäisenä vuodenkin jälkeen. Annastiina yrittää treenata lantionpohjaa, mutta alapäässä ei tunnu tapahtuvan mitään. Sosiaalisen median avulla Annastiina löytää kunnastaan sattumalta lantionpohjan fysioterapiaan erikoistuneen yksityisyrittäjän. Hän varaa ajan. Vastaanotolla fysioterapeutti tekee hänelle sisätutkimuksen. Lantionpohjan lihaksien toimintaa terapeutti mittaa myös ultraäänellä ja mittausta varten suunnitellulla biopalautelaitteella, jossa vaginaan sijoitettu anturi mittaa lihasten voimaa ja nopeutta. Terapia etenee yksilöohjauksessa yhteensä kahdeksalla vastaanotolla. Annastiina maksaa käynnit itse. Hoitokerrat maksavat yhteensä noin 800 euroa. Lisäksi Annastiina hankkii kotikäyttöön tarkoitetun kuntoutuslaitteen, joka maksaa 130 euroa. Laite on itseasiassa aika hauska: se on vaginaan sijoitettavalla ohjaimella pelattava mobiilipeli, jossa ohjataan perhosen lentoa kännykän ruudulla lantionpohjanlihaksia supistelemalla ja rentouttamalla. Myös Annastiinan puolison mielestä tämä oli hyvä hankinta – seksielämä on lantionpohjan kuntoutuessa parempaa kuin aikoihin. Se ei kuitenkaan tullut ilmaiseksi: Annastiina tulee

käyttäneeksi rapautuneiden uusintamiselintensä terveyteen yhteensä vajaan tuhat euroa puoleessa vuodessa. Annastiina miettii, että ”eipä se ole toisaalta kuin noin neljästä viiteen käyntiä yksityisellä gynekologilla – että onhan tähän elimeen satsattu rahaa ennenkin”. Toisaalta vajaassa kahdessa vuodessa sama raha olisi mennyt inkontinenssisuojiin.

”Normaalin” ja ”ylimääräisen” vaginaalisen kulumisen rajaa on mahdotonta piirtää lantionpohjan toimintahäiriöissä. Inkontinenssivaivojen jatkuessa keskimääräisen synnytyksen jälkeisen palautumisajan jälkeen on kuitenkin kyse biologisen uusintamisen aiheuttamista vaurioista – etenkin, jos vaiva olisi ollut ennaltaehkäistävissä. Myös biologisen ja sosiaalisen uusintamisen rajat ovat kulumisen suhteen häilyvät. Biologisen uusintamisen aiheuttama rapautuminen voidaan tavallaan tarkentaa kudosis- ja solutasolle, mutta toisaalta rapautumisesta johtuva voimavarojen ehtyminen koetaan aina sosiaalisesti. Biologisesta uusintamisesta johtuva kulumisen kietoutuu muun sosiaalisen uusintamisen aiheuttamaan kulumiseen ja toisin päin: pienen lapsen vanhemman huomio kohdistuu synnytyksen jälkeen lapseen. Lapsen hoiva myös aiheuttaa työtä, unettomuutta ja väsymystä. Koska liikunta jää, lantionpohjaa ei ehditä muun sosiaalisen uusintamisen vuoksi harjoittaa ja hoitoon ei tule hakeuduttua, biologisen uusintamisen aiheuttama elimistön rappeutuminen pahenee.

Biologisen uusintamisen aiheuttama kulumisen ei kuitenkaan pääty vauva-aikaan eikä lapsiperhearkeen: synnyttimet ja niiden vauriot kulkevat mukana läpi elämän ja vaikuttavat sosiaalisen uusintamisen ja muun toiminnan kuluttavuuteen koko loppuelämän. Lopulta, iän myötä, rappeutuneet synnyttimet aiheuttavat hoivatarpeita ja vaativat jonkun toisen tekemää ”likaiseksi” miellettyä sosiaalista uusintamista, kuten vaipanvaihtoa, tai ihonhoitoon tarvittavien salvojen valelua ikääntyneisiin vaginoihin joko hoitoalan ammattilaisten tai omien läheisten toimesta (Kaisanlahti 2008).

Kuten Annastiinan tarinassa, vastuu biologisen uusintamisen aiheuttaman rapautumisen ennaltaehkäisystä jätetään helposti yksilön vastuulle alusta alkaen: synnytykseen valmistautuessa pitäisi omatoimisesti osata jumpata uusintamiselimet synnytyksuntoon. Sama koskee synnytyksestä palautumista. Monessa kunnassa gynekologin vastaanotolle ei pääse perusterveydenhuollon kautta, tai se on tehty hankalaksi. Työterveyspalveluihin gynekologien

palvelut eivät yleensä kuulu. Biologinen uusintaminen on julkisen talouden hyväksi tehtävää työtä, mutta biologiseen uusintamiseen käytettävät elimet ja niiden hoivasta kertyvät kustannukset mielletään yksityisiksi. Synnytyselimiin ja inkontinenssin liittyvät moninaiset tabut ja stigmat ylläpitävät ja uusintavat tätä asetelmaa (Brett 2020).

Tutkimuksien mukaan inkontinenssista eroon pääsemiseksi ihmiset ovat valmiita maksamaan hoidosta sitä enemmän, mitä korkeampi tulotaso heillä on (Subak ym. 2006). Tämä paljastaa synnyttelinten eriarvoisuuden: maksukykyiset ansaitsevat paremman vaginaalisen hyvinvoinnin. Synnyttelinten poliittisen talouden tarkastelu avaa myös näkymiä piiloisesti kasvaaviin markkinoihin, kuten vaginoilla (tai anuksilla) pelattaviin mobiilipeleihin. Tällaisia pelaamalla varakkaammat voivat parantua ponnistusinkontinenssista mukavalla tavalla; köyhemmät kuntouttakovat lantionpohjaansa monisteiden jumppaohjeilla. Erityisesti lievempien inkontinenssivaivojen kohdalla voidaan varmasti puhua myös inkontinenssiköyhyydestä, sillä lievään virtsankarkailuun ei saa tuotteita kunnallisesta hoitotarvikejakelusta. Suojat on ostettava itse. Kuten kuukautissuojista, myös inkontinenssituotteista maksetaan Suomessa 24 % arvolisäveroa. Tämä lisää biologisen uusintamisen aiheuttaman inkontinenssin taloudellisia kustannuksia yksityisissä kotitalouksissa – samalla kun uusintamisesta rapautunut ihminen maksaa vaivastaan välillisiä veroja valtiolle.

Biologisen uusintamisen ruumiilliset kustannukset jäävät synnyttäjien itsensä kannettaviksi erityisesti silloin, kun biologisen uusintamisen aiheuttama rapautuminen on ”normaaliksi” miellettyä ajoittaista virtsankarkailua, jota ei voida yhdistää näkyvästi fyysiseen synnytyssvamman. Raskauden ja synnyttämisen aiheuttama inkontinenssi voi syntyä ilman varsinaisia vammoja eli repeämiä, kuten Annastiinan kohdalla. Alatiesynnytys on sektiota suurempi riski, mutta myös sektiosynnyttäjillä esiintyy inkontinenssia synnyttämättömiin naisiin verraten enemmän (Rortveit ym. 2003). Osalla vaiva vähenee ensimmäisen vuoden aikana synnytyksen jälkeen (Woodley ym. 2020), mutta arvioiden mukaan jopa 76 % naisista, joilla esiintyi inkontinenssia kolmen kuukauden jälkeen alatiesynnytyksestä, kärsii siitä vielä kahdentoista vuoden kuluttua (MacArthur ym. 2015). Kahdenkymmenen vuoden jälkeen inkontinenssia voi esiintyä arviolta joka neljännellä (Gyhagen ym. 2012) ja lantionpohjan-toimintahäiriöitä joka hieman yli puolella alateitse synnyttäneellä (Dolan ja

Hilton 2010). Pelkästään sektioilla synnyttäneistä neljänneksellä on arvioitu esiintyvän virtsankarkailua ja 12 %:lla ulosteenkarkailua (emt.).

Tarinamme Annastiina saa vaivaansa lopulta helpotusta yksityisen lantionpohjan fysioterapeutin vastaanotolta. Hänelle olisi voinut käydä biologisen uusintamisen työssä todella paljon huonomminkin. Annastiina olisi voinut syntyä johonkin maailman köyhimmistä maista, joissa synnytykskomplikaatiot ovat yleisiä ja vakavatkin synnytystieavanteet eli obstetriset fistelit jätetään laajasti hoitamatta. Obstetrinen fisteli syntyy pitkittyneen tai vaikean synnytyksen tai synnytysvamman yhteydessä, kun kudoksen verenkierto katkeaa ja kudokset kuolee, mikä jättää jälkeensä reiän tai kanavan joko vaginan ja virtsarakon tai vaginan ja peräsuolen välille. Reiän kautta virtsa ja uloste – tai syntyvä vauva – liikkuvat hallitsemattomasti vaginaalisen ja anaalisen tilan välillä. Fistelit ja muut synnytysvammat, kuten repeämät, heikentävät köyhimpien maiden naisten terveyttä ja sosiaalista asemaa. Synnytysvammat ovat valtava ihmisoikeuskysymys, ja ne voivat johtaa jopa enneaikaiseen kuolemaan. (Gatwiri 2019.)

Annastiina olisi voinut saada myös Suomessa synnyttäessään vaginan ja peräaukon välisen välilihan repeämän. Vaikeimmassa eli neljännen asteen repeämässä välilihan ihon ja lihasten, ulkosynnyttimien limakalvon, lantionpohjan syvien lihasten ja peräaukonsulkijalihasten lisäksi peräsuolen ja vaginan välinen seinämä repeytyy. Vaginaalisen ja anaalisen rajapinta siis rikkoutuu, jolloin vagina kontaminoituu peräsuolen bakteereilla. Pahat välilihan repeämät aiheuttavat virtsa- ja ulosteinkontinenssia, kipua, turvotusta sekä yhdyntäkipuja. Myös hermosäikeitä voi katketa tai venyä, mikä heikentää peräaukon sulkijalihaksen toimintaa. (Lindberg ym. 2020.) Vaikean repeämävamman korjaaminen vaatii aina kirurgista hoitoa ja kuntoutusta, mutta aina vammoja ei voida kokonaan parantaa. Toisaalta tällainen vakava vaiva tekee synnytyksen vammauttamasta vaginasta tarpeeksi vakavasti otettavan ja hoitoa vaativan asian terveydenhuollossa, ja vammojen hoito alkaa usein välittömästi synnytyksen jälkeen.

Peräaukonsulkijalihasvammoja esiintyy Suomessa useisiin maihin verrattuna vähän, noin yhdellä sadasta synnyttäjistä (Kuismanen 2019). Näin on ollut jo vuosikymmeniä (Øian ja Acharya 2015). Esimerkiksi Skotlannissa, jossa välilihan leikkausten määrä on Suomessa tehtyihin välilihan leikkausten määrään verrannollinen, repeämiä tapahtuu kolminkertainen määrä (Blondel ym. 2016).

Vähäistä repeämien määrää selittänee Suomen kättilötyöhön jo vähintään 1930-luvulta saakka juurrutettu käytäntö, jossa synnyttäjän välilihaa tuetaan manuaalisesti, kättilön tekemänä käsityönä (Eskelin 1934). Esimerkiksi Norjassa välilihan manuaalisesta tukemisesta on vasta viime aikoina tullut vakiintunut käytäntö, ja samalla on havaittu välilihan repeämien määrän lähteneen laskuun (Fretheim ym. 2011). Syystä tai toisesta välilihan manuaalinen tukeminen nähdään edelleen uutena asiana kansainvälisesti. Yksi syy tähän voi olla, että välilihan tukemista koskevista satunnaistetuista ja kontrolloiduista tutkimuksista on saatu toistaiseksi vähän näyttöä. Joillekin biomedikaalisella kentällä tämä tarkoittaa, että ”nykyinen näyttö ei riitä ajamaan käytäntöjen muutosta” (Bulchandani ym. 2015), vaikka manuaalisella tukemisella voitaisiin mahdollisesti estää vakavia repeämiä, ja siten huolehtia paremmin biologisesta uusintamisesta vastuussa olevien hyvinvoinnista. Kansainvälisesti vaikuttaisikin siltä, että lääketieteen näkemys oikeaoppisista käytännöistä hiljentää naistapaisen kättilötyön ruumiillisen tietämyksen, jonka avulla synnytyselimistä pidetään huolta elämän vaginaalisilla rajapinnoilla.

Annastiinan välilihaa kuitenkin todennäköisesti tukivat kättilön kädet, ja hän välttyi suuremmilta repeämiltä. Ikääntymisen myötä Annastiinan inkontinenssi silti pahenee, samalla kun selvästi havaittavissa oleva yhteys synnytyksen ja inkontinenssin välillä heikkenee (Buckley ja Lapitan 2010). Tässä vaiheessa inkontinenssin kustannukset kasvavat, ja ne siirtyvät asteittain julkisen talouden kannettavaksi.

Annastiinan synnytimet julkisessa taloudessa

Kuusi vuotta ensimmäisen synnytyksensä jälkeen Annastiina palaa työhönsä linja-autonkuljettajaksi. Vessataukoja ei ole riittävän usein, eikä hän ehdi syödäkään terveellisesti. Seuraavat vuodet Annastiina hoitaa työn, lapset, kodin, lasten koulut, harrastukset ja terveysasiat. Väsyttää. Seksielämä kuihtuu, ja siitä tulee velvollisuus muiden joukossa. Tulee avioero ja Annastiinasta lähihuoltaja. Kiire jatkuu. Vuosien myötä Annastiinalle kehittyy ongelmia verenpaineen kanssa, mihin määrätään nesteenoistolääkkeen sisältävä yhdistelmälääkitys. Se lisää vessassa käymisen tarvetta. Inkontinenssivaivat palaavat. Yhtenä päivänä Annastiina laskee alleen kesken ajovuoroa. Hävettää.

Tuntuu, että koko linja-auto haisee virtsalle. Annastiina sinnittelee työssään, mutta inkontinenssi pahenee. Hän harkitsee uuteen ammatin kouluttautumista, mutta voimavarat eivät riitä asian järjestämiseen. Annastiinalla todetaan keskivaikea masennus. Hän jää pitkälle sairauslomalle. Annastiina tietää, että yksi masennukseen vaikuttava tekijä on pahentunut inkontinenssi, mutta hän ei masennuksen vuoksi jaksa enää hankkiutua omakustanteiseen kuntoutukseen. Lääkäri ei rakon toiminnasta kysy, ja Annastiina ei ota asiaa puheeksi. Uutena kiusana ovat univaikeudet, jotka johtuvat esivaihdevuosista, joita Annastiina ei itse tiedosta. Unettomuus, inkontinenssi ja masennus kietoutuvat yhteen Annastiinan rapautuneessa olemuksessa.

Annastiinan täytettyä 50 vuotta hänen kuukautisensa päättyvät. Vaihdevuodet pahentavat inkontinenssia. Hänellä kuluu taas satoja euroja vuodessa inkontinenssisuojiin, joten hän hakeutuu lääkäriin. Ensimmäistä kertaa Annastiina pääsee jatkotutkimukseen. Hänellä todetaan kohdunlaskeuma, joka korjataan kirurgisesti. Leikkauksen jälkeen Annastiina saa voimiaan takaisin ja palaa töihin. Hän itse hakeutuu tutulle lantionpohjan fysioterapeutille leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Inkontinenssi saadaan kuriin. Joitakin vuosia eläkkeelle pääsyn jälkeen Annastiinalla kuitenkin todetaan aikuisiän diabetes, joka tuo inkontinenssivaivat takaisin. Diabeteshoitajan vastaanotolla Annastiinalla todetaan keskivaikea inkontinenssi, ja hän saa vaippalähetteen hoitotarvikejakeluun ilman sen suurempia kuntoutussuunnitelmia. Vaipat tulevat kolmen kuukauden välein kotiinkuljetuksena, mutta Annastiinaa harmittaa, että hänen pieni kaksionsa täyttyy vaippalaatikoista: ”Saan yhdeksän, siis yhdeksän, laatikollista vaippoja kolmen kuukauden välein. Missä ihmeessä näitä säilytän!” Kodin ulkopuolelle Annastiina uskaltautuu harvoin. Hän kokee haisevansa ja liikkuminen on muutenkin työlästä. Masennus palaa, ja muutkin terveysongelmat pahenevat.

Annastiina siirtyy kotihoidon piiriin jo 75-vuotiaana. Vaippoja kuluu kaksi tai kolme vuorokaudessa. Annastiina ei kuitenkaan haluaisi laskea vaippaan. Päivisin kotihoito auttaa vessaan, mutta yöllä pitää selvittää yksin.

Eräänä yönä hän kaatuu sänkynsä viereen vessasta palattuaan, ja häneltä murtuu lonkka. Leikkaus onnistuu hyvin, ja Annastiina siirtyy terveyskeskuksen vuodeosastolle. Täällä hänellä, kuten kaikilla muillakin potilailla, on vaipat jatkuvasti käytössä varmuuden vuoksi, koska henkilökunta ei aina ehdi käyttää potilaita ajoissa vessassa. Annastiina kotiutuu. Vaippalähetettä muutetaan, sillä jäljellä oleva pidätyskyky on sairaalajaksolla heikentynyt, ja vaippatarve kasvanut. Kotihoidon palvelutarve lisääntyy. Annastiina pärjää kotona vielä joitakin vuosia, mutta ennen pitkää inkontinenssin vaikeusaste, diabetes ja liikuntakyvyn rajoitteet myötävaikuttavat siihen, että Annastiinan täytyy siirtyä ympärivuorokautiseen hoivakotiin.

Voi ehkä kuulostaa siltä, että Annastiinalla on harvinaisen epäonninen elämä. Tällainen elämänkaari inkontinenssin kanssa elävällä synnyttäjällä voisi kuitenkin olla. Inkontinenssin syy-seuraussuhteet sekoittuvat monimutkaisesti ja aiheuttavat uusia kulumisen syitä biologisen uusintamisen rapauttamassa kehossa. Synnyttäminen, biologisen uusintamisen tapahtuma, ei synnyttäjän ruumiillisessa elämässä koskaan jää täysin historiaan: se jättää jälkensä ruumiiseen ja samalla yksityisen ja julkisen talouden vaginaalisiin rajapintoihin muokaten niitä koko synnyttäjän elämänkaaren ajan. Uusintamisen aiheuttama rapautuminen ei koske vain yksilöä itseään. Se on taloudellinen käsite, joka koskee sekä kotitalouksia että laajemmin yhteiskuntaa: käsite sisältää yksityisen sektorin hoiva- ja terveysmarkkinat sekä julkisen talouden. Koska biologisen uusintamisen arvoa ei nähdä eikä mitata valtavirtaisissa talous-analyyseissä, myös siitä johtuva voimavarojen ehtyminen ja ruumiillinen kuluminen jäävät huomaamatta (Rai ym. 2014, 86–87). Kuitenkin tällainen hiljainen, pitkäkestoinen ra(m)pautuminen lisää uusintamisesta vastuussa olevien haavoittuvuutta, mikä aiheuttaa pitkällä aikavälillä yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia, esimerkiksi kasvavina hoivatarpeina.

Annastiinan elämäntarinaa tarkasteltaessa on mahdollista spekuloida raskauden ja synnytyksen aiheuttaman inkontinenssin vaikutusta liikunnan vähenemiseen, verenpaineen nousuun, uupumiseen, seksuaaliterveyteen, parisuhteeseen, masennukseen, aikuisiän diabetekseen, varhaiseen kotihoidon tarpeeseen, lonkkaleikkaukseen, kasvaviin vaippatarpeisiin ja lopulta ympärivuorokautisen hoivan tarpeeseen. Miltä Annastiinan elämänkaari, hänen

hyvinvointinsa ja henkilökohtainen hoivantarpeensa elämän loppupuolella olisi näyttänyt, jos kunta ei olisikaan säästänyt raskaana olevien lantionpohjan jumpparyhmistä ensimmäisen raskauden aikana? Entä jos lantionpohjan hyvinvoinnin kartoittaminen ja asianmukainen kuntouttaminen olisivat kuuluneet synnytyksen jälkeisiin terveyspalveluihin kaikille synnyttäjille rutiininomaisesti? Väitämme, että biologisen uusintamisen tehtävä olisi tällöin ollut huomattavasti vähemmän Annastiinan synnytyselimiä ja psykofyysisistä terveyttä rapauttava. Samalla hänen elämänkaarensa aikana inkontinenssista aiheutuvat suorat, epäsuorat ja aineettomat kustannukset olisivat luultavasti olleet pienemmät.

Mikäli kansainväliset arviot synnytyksen jälkeisestä virtsankarkailusta pätevät myös Suomessa, noin joka kolmannelle synnyttäjälle jää virtsankarkailuvaivoja (Woodley ym. 2020). Vuonna 2018 Suomessa synnyttäneiden naisten kohorttiin suhteutettuna tämä tarkoittaisi, että arviolta 16 000:lle jäi synnytyksestä virtsainkontinenssia. Toisin sanoen jopa yli kymmenen tuhatta vaginaa vaurioituisi biologisen uusintamisen tehtävissä vuosittain. Hoitopolut vaihtelevat, mutta tavalla tai toisella vammat kulkevat synnyttäjien mukana koko heidän elämänkaarensa ajan, kohortista toiseen. Väestötasolla tämä tarkoittaa valtavaa määrää vaurioituneita vaginoita ja vaurioista aiheutuvia kustannuksia.

Muidenkin kuin synnyttäjien vaginat muokkaavat hoivan poliittista taloutta. Riippumatta siitä, synnytetäänkö niillä tai ei, synnyttimet ansaitsevat hoivaa ja huomiota läpi elämänkaaren. Erityisesti ihmisen ikääntyessä tämä unohtuu. Yhteiskunnassamme vanhojen ihmisten vaginoista puhutaan tuskin lainkaan. Enemmän puhutaan WC-toiminnoista tai siitä, mitä vaippaan päätyy. Vanhushoivassa inkontinenssi normalisoidaan, eikä sen syytä tai muotoa vaippalähettesiiin tarkasti diagnosoida (Vaittinen ym. 2021). Pahimmillaan synnyttimet jäävät hoidon ja hoivan ulkopuolelle, kun vaivoja ei pidetä tarpeeksi vaikeina – tai kun ruumis on jo niin vanha, että synnyttimet nähdään taloudelle merkityksettöminä. Kuitenkin, kuten gynekologi Pauliina Aukee muistuttaa, ”ikäntyneelläkin [– –] on synnyttimet” (Kaisanlahti 2008). Niiden terveydellä on merkittäviä terveystaloudellisia vaikutuksia. Esimerkiksi synnyttimien sairaudet, kuten erilaiset syövät, ovat merkittävässä kasvussa ikääntyneissä yhteiskunnissa. Gynekologi Beata Stach-Lempisen mukaan nämä sairaudet voidaan hoitaa vain, jos perusterveydenhuollossa otetaan vastuu gynekologisista tutkimuksista ja hoidoista. Virtsankarkailua

hän kuvaa ”geriatriseksi jättiläiseksi” ja ”laitoshoitoa ennakoivaksi tekijäksi”, joka voitaisiin hoitaa perusterveydenhuollossa, jos aihetta ei perusterveydenhuollossa vierastettaisi (Kaisanlahti 2008). Näin ei ehkä tapahtuisi, jos talouden vaginaaliset rajapinnat otettaisiin vakavasti, syntymästä kuolemaan.

Lopuksi: Hyvinvoiva vaginaalinen talous

Poliittisilla talouksilla on aina vaginaalinen rajapinta, joka sitoo poliittisen talouden hyvinvoinnin synnyttävien kehojen hyvinvointiin. Talouden kannalta on ratkaisevaa, huolehdiataanko vaginoiden terveydestä ihmisen elämänkaaren aikana, käytettiinpä niitä synnyttämiseen tai ei. Vaikka analyysimme keskittyy synnyttelimiin, joita käytetään biologisessa uusintamisessa, tavoitteemme ei ole essentialisoida vaginoita synnyttimiksi, redusoida vaginaalisia synnyttäjiä tai sukupuolittaa vaginoita. Vaikka emme tässä analyysissä ole (tilanpuutteen vuoksi) keskustelleet synnyttämättömien vaginoista, eivät ne ole talouden kannalta vähäpätöisempiä. Talouden vaginaalisten rajojen tarkastelu avaa mahdollisuuksia analysoida talouden genitaalisia rajapintoja myös muista näkökulmista, esimerkiksi huomioimalla maskuliinisten sukuelinten vaietut terveyskysymykset, kuten inkontinenssin, ja niistä vaikeumisen taloudellisen merkityksen.

On kuitenkin merkittävää huomioida, että synnyttäminen on ainoa talouden uusintamiseen liittyvä biologinen tapahtuma, joka säännöllisesti repii ja venyttää ihmisruumiita rikki. Annastiinan tarina on vain yksi mahdollinen skenaario siitä, miten raskauden ja synnytyksen aiheuttamaa inkontinenssia hoidetaan tai laiminlyödään terveysjärjestelmässämme ja miten biologisen uusintamisen aiheuttama ruumiillinen kuluminen muokkaa ihmisen elämää ja henkilökohtaista taloutta – vaikuttaen samalla myös julkiseen talouteen. Aineistomme ovat toistaiseksi siinä määrin anekdoottillisia, että emme voi esittää tarkkoja arvioita siitä, kuinka yleinen Annastiinan elämäntarina voisi olla. Emme niin ikään kykene laskemaan tarkkoja väestötason kustannuksia raskauden ja synnytyksen aiheuttamalle inkontinenssille. Toivomme kuitenkin, että artikkelimme toimii päänavauksena tällaiselle tutkimukselle tulevaisuudessa.

Kuviossa 1 havainnollistimme terveystaloustieteellisessä analyysissä esiintyvää inkontinenssin kustannusten jaottelua suoriin, epäsuoriin ja aineettomiin kustannuksiin sekä näiden jakaantumista yhtäältä julkisen talouden ja toisaalta kotitalouksien kontolle. Totesimme myös, että vaikka laskelmat ovat hyödyllisiä, ne eivät tunnu tavoittavan taloudellisten kustannusten ruumiillisista, koko elämänkaarta muokkaavia ulottuvuuksia. Tällaiseen analyysiin tarvitaan avuksi feministisen poliittisen talouden analyysiä. Feministinen hoivan poliittisen talouden analyysi ei kuitenkaan toistaiseksi ole tarkemmin analysoinut biologisen reproduktion aiheuttamaa psykofyysistä rapautumista. Rain, Hoskynsin ja Thomasin käsitettä soveltamalla olemme artikkelissamme pyrkineet paikkaamaan tätä aukkoa.

Terveystaloustieteellisen näkökulman yhdistäminen feministisen poliittisen talouden analyysiin avaa uudenlaisen näkymän raskauden ja synnytyksen aiheuttaman inkontinenssin kustannuskertymään sekä siihen, miten kustannukset huomioidaan ja laiminlyödään julkisessa terveysjärjestelmässä. Tässä näkymässä suorat, epäsuorat ja aineettomat kustannukset eivät esiinny siisteissä siiloissa, vaan ne kietoutuvat toisiinsa biologiseen uusintamiseen osallistuneen ihmisen elämässä. Näkyville tulee monimuotoinen kustannuskertymä – monimuotoinen vaginaalinen talous – jossa valtaosa inkontinenssin kustannuksista ja talousvaikutuksista jää julkisessa terveysjärjestelmässä huomiotta. Kuviossa 2 havainnollistamme tätä jäävuoren metaforan avulla (vrt. Gibson–Graham 2006). Synnyttämiseen julkisessa taloudessa näkyvästi liitettävät kustannukset, kuten neuvolapalvelut, synnytyssairaalojen toiminta ja hedelmöityshoidot, ovat vain jäävuoren huippu. Merenpinnan alle, näkymättömiin, kuitenkin piiloutuu valtaosa biologisen uusintamisen ruumiillisista kustannuksista: sinne asettuu synnytykselinten moninainen poliittinen talous, joka on jäänyt vähäiselle huomiolle myös hoivakirjallisuudessa.

Ottamalla poliittisen talouden vaginaaliset rajat vakavasti, talousjärjestelmä on muokattavissa suuntaan, jossa biologinen uusintaminen ei väistämättä tarkoita psykofyysistä rapautumista tai rapautuminen huomioidaan oikea-aikaisesti ja siihen vastataan riittävällä hoiulla ja hoidolla (vrt. Rai ym. 2014, 98–100). Tämä tekee jäävuoren metaforasta myös toivon metaforan: ne biologisen uusintamisen ruumiilliset kustannukset, jotka toistaiseksi jäävät pinnan alle piiloon, voidaan tehdä näkyviksi, ottaa huomioon ja ehkäistä.

KUVIO 2. BIOLOGISEN UUSINTAMISEN VAGINAALINEN JÄÄVUORI INKONTINENSIN NÄKÖKULMASTA. POHJAKUVAN ELEMENTIT LÄHTEISTÄ FREEPIK.COM JA FLATICON.COM.



Kiitokset

Annastiina Rajala-Vaittinen on Tiina Vaittisen (Suomen Akatemian tutkija-tohtori, Tampereen yliopisto) ja Anna Ilona Rajalan (tutkijatohtori, Tampereen yliopisto) yhteiskirjoitusnimi, jonka käyttöä on eittämättä inspiroinut J. K. Gibson-Grahamin esimerkki. Piiloutumalla yhteisen nimen taakse haluamme alleviivata artikkelin olevan kahden kirjoittajan yhteisaivoitusten tuotos siinä määrin, ettei kirjoittajia voi asettaa järjestykseen. Annastiina on enemmän kuin Anna ja Tiina – joskin toki kannamme vastuun artikkelin väittämistä myös yksilöinä. Taloudellisesti tutkimuksen tekivät mahdolliseksi Vaippahankkeen eli Hoivan kestävä tulevaisuus: Aikuisille suunnattujen vaippojen globaali poliittinen talous -hankkeen rahoittajat: Suomen Akatemia (hanke nro 321972) ja Koneen Säätiö (hanke nro 201802636). Rajalan työpanoksen mahdollisti lisäksi Suomen Akatemian rahoittama Assembling Postcapitalist International Political Economy -hanke (hanke nro 325976).

Lämpimät kiitokset kaikille hankkeeseen osallistuneille ihmisille ja organisaatioille. Erityiskiitokset myös Vaippahankkeen työhön toisaalla osallistuneille Eveliina Asikaiselle, Minna Törnävälle ja Tuulia Lahtiselle, joiden kanssa olemme saaneet pohtia pimsojen arvoa taloudessa ja politiikassa monista eri näkökulmista. Käsikirjoituksen arvioitsijoita ja toimitusta kiitämme erinomaisista, rakentavista ja kannustavista kommentteista sekä toimitussihteeri Henni Pajusta kielenhuollosta.

Last but not least, we wish to express our gratitude to Myra Robson from Pelvicroar.org, whose presentation on the WFIPP seminar on economic costs of incontinence in February 2020 inspired us to examine and further theorise the accumulation of life-time costs of incontinence among birth-givers in Finland. From Myra we heard a UK-based life story reminiscent of Annastiina's story, which is based on our research in Finland. This suggests that the arguments of this article apply not only to Finland but to other societies as well.

Lähteet

- Aukee, Pauliina. 2017. Synnytyksen jälkeisen virtsankarkailun ehkäiseminen. Näytönastekatsaus. <https://www.kaypahoito.fi/nak05518> [Luettu 1.11.2021]
- Aukee, Pauliina, Stach-Lempinen, Beata ja Hainari, Sari. 2007. Virtsankarkailu aiheuttaa häpeää ja kustannuksia. *Suomen Lääkärilehti*, 62:15–14, 1529–1532.
- Aynaci, Gülden. 2020. Women with hidden urinary incontinence waiting to be discovered: A snapshot from a developing country. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 1:7–14. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2019.756>
- Bakker, Isabella. 2007. Social reproduction and the constitution of a gendered political economy. *New Political Economy*, 12:4, 541–556. <https://doi.org/10.1080/13563460701661561>
- Blencowe, Annette. 2017. Antti Rinne pahoittelee puheitaan synnytystalkoista: ”Jokainen nainen ja jokainen mies päättää itse, miten tämä asia ratkaistaan.” *Yle Uutiset*, 24.8.2017. <https://yle.fi/uutiset/3-9795006> [Luettu 18.3.2022]
- Blondel, Béatrice, Alexander, Sophie, Bjarnadóttir, Ragnheiður I., Gissler, Mika, Langhoff-Roos, Jens, Novak-Antolič, Živa, Prunet, Caroline, Zhang, Wei-Hong, Hindori-Mohangoo, Ashna D., Zeitlin, Jennifer ja the Euro. Peristat Scientific Committee. 2016. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: A study based on routine national data in Euro-Peristat project. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95:7, 746–754. <https://doi.org/10.1111/aogs.12894>
- Brennen, Robyn, Frawley, Helena C., Martin, Jennifer ja Haines, Terry P. 2021. Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than postnatal training for women with urinary incontinence: cost-effectiveness analysis of a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 67:2, 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.03.001>
- Brett, Luce. 2020. *PMSL: Or how literally pissed myself laughing and survived the last taboo to tell the tale*. Lontoo: Bloomsbury Publishing.
- Buckley, Brian S. ja Lapitan, Marie Carmela M. 2010. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children—current evidence: Findings of the fourth international consultation on incontinence. *Urology*, 76:2, 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.11.078>

- Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D. ja Ismail, K. M. 2015. Manual perineal support at the time of childbirth: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122:9, 1157–1165. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13431>
- Carvalho, Nicolas, Fustinoni, Sarah, Abolhassani, Nazanin, Blanco, Juan Manuel, Meylan, Lionel ja Santos-Eggimann, Brigitte. 2020. Impact of urine and mixed incontinence on long-term care preference: A vignette-survey study of community-dwelling older adults. *BMC Geriatrics*, 20, 69. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1439-x>
- Confortini, Catia C. ja Vaittinen, Tiina. 2020. Introduction: Analysing violences in gendered global health. Teoksessa Tiina Vaittinen ja Catia C. Confortini (toim.), *Gender, global health and violence: Feminist perspectives on peace and disease*. Lontoo: Rowman & Littlefield International, 1–22.
- Deloitte Access Economics. 2011 The economic impact of incontinence in Australia. Continence Foundation of Australia. <https://www2.deloitte.com/au/en/pages/economics/articles/economic-impact-incontinence-australia.html> [Luettu 1.11.2021]
- Dolan, Lucia M. ja Hilton, Paul. 2010. Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. *International Urogynecology Journal*, 21:5, 535–544. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1074-8>
- Ellis, Carolyn ja Michael G. Flaherty (toim.). 1992. *Investigating subjectivity. Research on lived experience*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Elomäki, Anna ja Ylöstalo, Hanna. 2021. Feministisempää poliittisen talouden tutkimusta. *Poliittinen talous*, 8:1, 87–99. <https://doi.org/10.51810/pt.101636>
- Ensler, Eve. 1998/2001. *Vaginamonologeja*. Kääntänyt Annu James. Helsinki: Otava.
- Eskelin, Karolina. 1934. *Sairaanhoitajattaren oppikirja: IV Gynekologinen sairaanhoito*. Porvoo: Werner Söderstrom.
- Farage, Miranda A., Miller, Kenneth W., Berardesca, Enzo ja Maibach, Howard I. 2008. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: A review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 277:4, 285–290. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0505-3>
- Flaticon.com. Vagina Free Icon. https://www.flaticon.com/free-icon/vagina_139480 [Luettu 3.5.2022]

- Freepik.com. Iceberg illustration design. https://www.freepik.com/free-vector/iceberg-illustration-design_9808417.htm [Luettu 3.5.2022]
- Fretheim, Atle, Tanbo, Tom, Vangen, Siri, Reinar, Liv Merete ja Røttingen, John-Arne. 2011. Use of manual techniques for perineal support in Norwegian maternity departments. *Tidsskriftet*, 131:23, 2352–2354. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0643>
- Gatwiri, Kathomi. 2019. *African womanhood and incontinent bodies: Kenyan women with vaginal fistulas*. Singapore: Springer Nature.
- Gibson-Graham, J. K. 2006. *A postcapitalist politics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Goren, Amir, Zou, K. H., Gupta, S. ja Chen, C. 2014. Direct and indirect cost of urge urinary incontinence with and without pharmacotherapy. *International Journal of Clinical Practice*, 68:3, 336–348. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12301>
- Gyhagen, Maria, Bullarbo, Maria, Nielsen, Thorkild F. ja Milsom, Ian. 2012. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120:2, 144–151. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03301.x>
- Gyhagen, Maria, Åkervall, Sigvard, Molin, Mattias ja Milsom, Ian. 2019. The effect of childbirth on urinary incontinence: A matched cohort study in women aged 40–64 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221:4, 322.e1–322.e17. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.05.022>
- Homanen, Riikka 2017. Making valuable mothers in Finland: Assessing parenthood in publicly provided maternity healthcare. *The Sociological Review*, 65:2, 353–368. <https://doi.org/10.1177/0038026116672814>
- Hoppania, Hanna-Kaisa ja Vaittinen, Tiina. 2015. A household full of bodies: Neoliberalism, care and ‘the political’. *Global Society*, 29:1, 70–88. <https://doi.org/10.1080/13600826.2014.974515>
- Hoppania, Hanna-Kaisa, Karsio, Olli, Näre, Lena, Olakivi, Antero, Sointu, Liina, Vaittinen, Tiina ja Zechner, Minna. 2016. *Hoivan arvoiset — Vaiva yhteiskunnan ytimessä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Jeffreys, Sheila. 2009. *The industrial vagina: The political economy of the global sex trade*. Lontoo: Routledge.

- Jokinen, Eeva. 2004. Sukupuoli tapana. Teoksessa Johanna Kiili ja Kati Närhi (toim.), *Tutkiva sosiaalityö: Ero ja eriarvoisuus sosiaalityössä*. Helsinki: Talentia-lehti ja Sosiaalityön tutkimuksen seura, 5–8.
http://www.sosiaalityontutkimukseura.fi/Tutkiva_sosiaalityo [Luettu 1.11.2021]
- Kaisanlahti, Anja. 2008. Vanhukset työllistävät gynekologeja turhaan. *Mediuutiset*, 23.5.2008. <https://www.medi uutiset.fi/uutiset/vanhukset-tyollistavat-gynekologeja-turhaan/c32c021f-a3c4-3886-9077-38fa92cb77c7> [Luettu 1.11.2021]
- Klemetti, Reija ja Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.). 2013. *Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5> [Luettu 1.3.2022]
- Kuismanen, Kirsi. 2019. Synnytys ja sulkijalihasrepeämä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 135:9, 818–823. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14914> [Luettu 20.3.2022]
- Kuoch, Kenley L. J., Meyer, Denny, Austin, David W. ja Knowles, Simon R. 2019. Socio-cognitive processes associated with bladder and bowel incontinence anxiety: A proposed bivalent model. *Current Psychology*, 40:11, 5402–5409. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00496-3>
- Käypä hoito. 2017. Virtsankarkailu (naiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50050> [Luettu 1.11.2021]
- Lee, David M., Tetley, Josie ja Pendleton, Neil. 2018. Urinary incontinence and sexual health in a population sample of older people. *BJU International*, 122:2, 300–308. <https://doi.org/10.1111/bju.14177>
- Lindberg, Inger, Persson, Margareta, Nilsson, Margareta, Uustal, Eva and Lindqvist, Maria. 2020. “Taken by surprise” – Women’s experiences of the first eight weeks after a second degree perineal tear at childbirth. *Midwifery*, 87, 102748. <https://doi-org/10.1016/j.midw.2020.102748>

- MacArthur, Christine, Wilson, Don, Herbison, Peter, Lancashire, Robert J., Hagen, Suzanne, Tooze-Hobson, Philip, Dean, Nicola ja Glazener, Cathryn. 2015. Urinary incontinence persisting after childbirth: Extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123:6, 1022–1029. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13395>
- Mahon, Rianne ja Robinson, Fiona. 2011. *Feminist ethics and social policy: Towards a new global political economy of care*. Vancouver: UBC Press.
- Meskus, Mianna 2021. Speculative feminism and the shifting frontiers of bioscience: Envisioning reproductive futures with synthetic gametes through the ethnographic method. *Feminist Theory*. <https://doi.org/10.1177/14647001211030174>
- Neubauer, Günter ja Stiefelmeyer, Sandra. 2005. Economic costs of urinary incontinence in Germany. Teoksessa Horst-Dieter Becker (toim.), *Urinary and fecal incontinence*. Berliini: Springer, 25–31.
- Rai, Shirin M., Hoskyns, Catherine ja Thomas, Dania. 2014. Depletion: The cost of social reproduction. *International Feminist Journal of Politics*, 16:1, 86–105. <https://doi.org/10.1080/14616742.2013.789641>
- Riemsma, Rob, Hagen, Suzanne, Kirschner-Hermanns, Ruth, Norton, Christine, Wijk, Helle, Andersson, Karl-Erik, Chapple, Christopher, Spinks, Julian, Wagg, Adrian, Hutt, Edward, Misso, Kate, Deshpande, Sohan, Kleijnen, Jos ja Milsom, Ian. 2017. Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates. *BMC Medicine*, 15:63. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0828-2>
- Rortveit, Guri, Daltveit, Anne Kjersti, Hannestad, Yngvild S. ja Hunskaar, Steinar. 2003. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *The New England Journal of Medicine*, 348:10, 900–907. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa021788>
- Soppi, Esa. 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 126:3, 261–268. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591> [Luettu 1.11.2021]
- Subak, Leslee L., Brown, Jeanette S., Kraus, Stephen R., Brubaker, Linda, Lin, Feng, Richter Holly E., Bradley, Catherine S. ja Grady, Deborah. 2006. The “costs” of urinary incontinence for women. *Obstetrics and Gynecology*, 107:4, 908–916. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000206213.48334.09>

- Sudenkaarne, Tii. 2020. Kohtuja ja kohtuuttomuuksia: sijaissyntytystyön bioetiikkaa. *Ajatus*, 77:1, 101–130. <https://journal.fi/ajatus/article/view/100251> [Luettu 18.3.2022]
- Tanyag, Maria. 2019. Replenishing bodies and the political economy of SRHR in crises and emergencies. Teoksessa Tiina Vaittinen ja Catia C. Confortini (toim.), *Gender, global health and violence: Feminist perspectives on peace and disease*. Lontoo: Rowman & Littlefield International, 25–46.
- Tolkki, Olli. 2010. The total costs of incontinence. Luento 27.4.2010. Global Forum on Incontinence, Praha.
- Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Lontoo: Routledge.
- Törnävä, Minna. 2017. Fysioterapia virtsankarkailun hoidossa. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix00665> [Luettu 1.1.2021]
- Vaippahanke. 2022. Vaippahanke. Hoivan kestävä tulevaisuutta kartoittamassa. Hoivan kestävä tulevaisuus: Aikuisille suunnattujen vaippojen globaali poliittinen talous –tutkimushankkeen kotisivu. <https://www.padproject.online/fi/> [Luettu 3.5.2022]
- Vaittinen, Tiina. 2017. *The global biopolitical economy of needs: Transnational entanglements between ageing Finland and the global nurse reserve of the Philippines*. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 1805. Tampere: Tampere University Press.
- Vaittinen, Tiina, Asikainen, Eveliina, Rajala, Anna Ilona, Lahtinen, Tuulia ja Törnävä, Minna. 2021. Ekohyvinvointivaltion katveessa: Aikuisvaippojen puheenparret suomalaisessa hyvinvointivaltiossa. *Alue ja Ympäristö*, 50:2, 117–135. <https://doi.org/10.30663/ay.109146>
- Vuorela, Piia. 2017. Virtsankarkailun taloudellinen arviointi. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nix01799 [Luettu 1.11.2021]
- Wagner, Todd H., Moore, Kate H., Subak, Leslee L., de Wachter, Stefan ja Dudding, Thomas. 2017. Economics of urinary & faecal incontinence, and prolapse. Teoksessa Paul Abrams, Linda Cardozo, Adrian Wagg ja Alan Wein (toim.), *Incontinence. 6th edition 2017*. Bristol: International Continence Society, 2479–2511. https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf [Luettu 1.11.2021]

- Woodley, Stephanie J., Lawrenson, Peter, Boyle, Rhianon, Cody, June D., Mørkved, Siv, Kernohan, Ashleigh ja Hay-Smith, E. Jean C. 2020. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5:CD007471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>
- Wrede, Sirpa 2001. *Decentering care for mothers: The politics of midwifery and the design of Finnish maternity services*. Turku: Åbo Akademi University Press.
- Øian, Pål ja Acharya, Ganesh. 2015. Manual perineal support: learn the skills before you intervene. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122:9, 1166. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13472>

Refereed journal article



The political economy of female reproductive organs: On the costs of biological reproduction at the vaginal boundaries of the economy

Annastiina Rajala-Vaittinen

Abstract

Drawing on feminist political economy literature and health economics research on the costs of incontinence, this article analyses the political economy of the female reproductive organs at the vaginal boundaries of the economy. Focusing on postpartum incontinence, the article analyzes the depletion through biological reproduction (DBR), and its embodied economic costs for the individual and the public economy. The biological reproduction of the economy depends on vaginas, and thus the economy always has its biological, vaginal boundaries. What happens at these boundaries is a political issue. Vaginas are not just instruments of economic reproduction, however. Their well-being and ill-being are intimately linked not only to the well-being of persons who have vaginas, but also to the sustainability of public finances. It is politically and economically important to ask: How are the vaginal boundaries of the economy cared for—on what terms and at whose expense? The article seeks to direct political economy analyses toward such questions, while looking at how postpartum incontinence shapes the political economies of care in the Finnish context.

Keywords: vagina, pregnancy, birth, postpartum incontinence, depletion through biological reproduction, political economy of care

<https://doi.org/10.51810/pt.111990>