

Lääketiede sosiaalitieteenä

Pekka Puska

»Ken haluaa tutkia lääketiedettä kunnolla, hänen tulisi menetellä seuraavasti: ensimmäiseksi on otettava huomioon vuodenajat sekä mitä vaikutuksia kukin niistä aikaansaa. Sitten tuulet, lämpimät ja kylmät, varsinkin sellaiset, jotka ovat yhteisiä kaikissa maissa, ja sitten sellaiset, jotka ovat tyypillisiä kullekin paikkaseudulle. Samalla tavalla tultaessa muukalaisena kaupunkiin pitäisi perehtyä sen sijaintiin, kuinka se sijaitsee tuulien ja auringon nousun suhteen. Pitäisi mitä tarkimmin ottaa huomioon vedet, joita asukkaat käyttävät, ovatko ne suoperäisiä ja pehmeitä, vai kovia ja korkealta vuoristosta tulevia ja sitten ovatko ne suolaisia ja sopimattomia ruuanlaittoon, ja sitten maaperä, onko se paljas ja kuiva, vai metsäinen ja vesipitoinen, ja onko sen sijainti suojainen ja varjoisa, vai onko se korkealla ja kylmä; ja sitten tapa, miten asukkaat elävät, ja mitkä ovat heidän toimensa, ovatko he taipuvaisia juomaan ja syömään yltäkyläisesti ja heittäytymään joutilaisuuteen, vai harrastavatko he ponnistuksia ja työntekeä.»

Hippokrates: Ilmoista, vesistä ja paikoista

Tämä osoittaa mitä selvimmin Hippokrateen käsityksen lääketieteen sosiaalitieteellisestä luonteesta. Ja kuitenkin vain hieman nykyaikaistettuna se sisältää selkeitä epidemiologisia ja sosiaalilääketie-

teellisiä periaatteita huomioon otettaviksi tänä päivänä sekä tutkimuksessa että käytännön terveydenhuollossa.

Hippokrates edusti psykosomaattisen ja kokonaisvaltaisen ajattelunsa suhteen näkemyksiä, jotka vasta nyt ovat pääsemässä oikeuksiinsa. Hippokrateen jälkeiset parituhatta vuotta merkitsevät lääketieteessä pimeän keskiajan tapaista mystiikkaa, henkimaailmaan perustuvia uskomuksia ja poppakonsteja. Sen jälkeen alkoi viime vuosisadalla luonnontieteellistekninen ekspansio, joka sulki valtapiiriinsä myös lääketieteen. Vaikka luonnontieteellistekninen kehitys yhä jatkuu kiihtyvää vauhtia, on viimein havaittu, ettei se sittenkään pysty ratkaisemaan kaikkia lääketieteelle asetettuja kysymyksiä. Vasta nyt sotien jälkeisenä kautena on hippokratiaaninen kokonaisvaltainen näkemys pääsemässä taas esiin ja ollaan yhä selvemmin oivaltamassa, että lääketiede käsittää sekä luonnontieteitä että sosiaalitieteitä.

Mitä lääketiede on?

Lääketiede voidaan määritellä sen kohteesta käsin, joka on selvä. *Lääketiede on ihmisten terveyttä ja sairautta tutkiva tiede.*

Lääketieteen sisältöä käsittelevän määritelmän kehittäminen tuo sen sijaan mu-

kanaan sekä eri tieteenalojen väliseen räjankäyntiin että tieteenfilosofiaan liittyviä ongelmia. Valtion lääketieteellinen toimikunta on runko-ohjelmaluonnoksesaan esittänyt määritelmän, jonka mukaan lääketieteellinen tutkimus on ihmisen terveyttä ja sairautta koskevan uuden tiedon systeemaattista etsimistä sekä ihmisestä itsestään että hänen suhteestaan ympäristöönsä ekokäytännön osana, biologisena olentona sekä tiedostavana olentona sosiaalisessa yhteisössä ja yksilönä. Toimikunta toteaa, että näin ollen lääketieteellinen tutkimus keskittyy ihmisen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen sekä sairauksien eliminoimiseen, ehkäisyyn, diagnosoimiseen, hoitoon ja kuntoutukseen tähtäävän uuden tiedon kartuttamiseen (Valtion lääketieteellinen toimikunta 1971). Tällainen määritelmä lääketieteen sisällöstä on kuitenkin vain deskriptiivinen ja toiminnallinen, eikä se näin ollen ota kantaa kysymykseen, onko lääketiede lainkaan itsenäinen tiede, vai onko se vain joukko luonnontieteiden ja sosiaalitieteiden sovellutuksia.

Luonnontieteellisesti orientoituneet henkilöt ovat taipuvaisia väittämään, että lääketiede on pohjimmiltaan aina luonnontiedettä. Tällaisen äärimmäisyysnäkemysten edustajat katsovat, että jokaisessa sairaudessa on löydettävissä somaattinen muutos — ainakin molekyyli-tasolla. Toisinpäin taas voidaan väittää, että lääketiede on vain sosiaalitiedettä ja sosiaalipolitiikka laajasti harjoitettuna kattaa lääketieteen, kuten on esittänyt kuuluisa, biologisesta orientoitumisesta tunnettu patologi Virchow (Vuori 1969).

Tällainen kiistely on kuitenkin yhtä tulksettontaa kuin kysymys munan tai kanan primaarisuudesta. Käytännöllistä on pitää lääketiedettä *soveltavana tieteenä, joka perustuu sekä luonnontieteisiin että sosiaalitieteisiin.*

Yhtä turha on kiistellä lääketieteen ja muiden tieteiden välisistä rajoista, esi-

merkiksi, tekeekö terveyttä tutkiva sosiologi lääketieteellistä vai sosiologista tutkimusta. Kun lääketiede määritellään soveltavaksi tieteenä, joka koostuu sekä luonnontieteistä että sosiaalitieteistä, voi tällaiseen kysymykseen olla kumpi tahansa vastaus oikea tutkimuksen soveltavasta tai perustieteellisestä luonteesta riippuen. Ratkaisu on näin mitä suurimmassa määrin tarkoituksenmukaisuuskysymys.

Läketieteen tehtävä

Läketieteen objektiksi määriteltiin edellä terveys ja sairaus. Läketieteen tehtävänä on *sairauden vähentäminen ja terveyden lisääminen.* Tehtävänsä vuoksi lääketiede on näin luonteeltaan normatiivista, koska se perustuu terveyden arvioimiseen ja sen asettamiseen universaalisti tavoitteeksi.

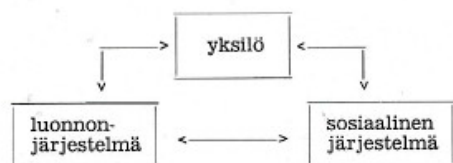
On huomattava, että tehtävästään huolimatta lääketiede ei suinkaan ole yhteneväinen käsite terveydenhuollon kanssa. Terveystieteiden merkitys sosiaalipolitiikan osana toimivaa palvelusten tuotantojärjestelmää väestön terveydentilan edistämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi, sairauksien hoitamiseksi ja kuntouttamiseksi. Läketiede merkitsee tieteellistä oppirakennelmaa, jonka pohjalle tutkimus, opetus ja käytännön sovellutukset rakentuvat. Nämä sovellutukset eivät puolestaan saa missään nimessä rajoittua pelkästään terveydenhuoltoon; lääketiedettä tulee soveltaa mitä moninaisimmilla inhimillisen elämän aloilla. Läketieteen soveltamista yhteiskunnallisessa päätöksenteossa kutsutaan *terveyspolitiikaksi, joka on siis terveydellisten näkökohtien huomioon ottamista kaikessa yhteiskuntapolitiikassa.*

Terveys ja sairaus

Kun lääketieteen kohteeksi asetetaan väestön terveys ja sairaus, on tärkeää

tarkastella näiden kahden käsitteen sisältöä. Tällainen tarkastelu osoittaa olennaisesti hippokratiaanisen näkökulman oikeaksi.

Ihminen muodostaa sinänsä erään ainekertaisen psykofyysisen kokonaisuuden ja luonnonjärjestelmän alkion. Kehityksensä mukana hän on luonut sosiaalisen järjestelmän, jonka alkiona hän myös on. Näin ihminen on osana näissä molemmissa järjestelmissä:



Terveys merkitsee yksilölle *harmonista tasapainoa* näiden kahden järjestelmän *piirissä*. Terveys ei ole staattinen vaan *dynaaminen tila*.

Sairaus merkitsee tämän harmonisen tasapainon järkkymistä jollakin tavoin. Tähän liittyy aina sekä luonnonjärjestelmän että sosiaalisen järjestelmän muutoksia. Luonnonjärjestelmä vaikuttaa sosiaaliseen järjestelmään ja päinvastoin, ja välissä on yksilö sairauksineen. Luonnonjärjestelmässä oleva virulentti bakteeri aiheuttaa sairauden, jonka perusteella henkilön käyttäytyminen muuttuu. Hän ei sosiaalisessa järjestelmässä voi osallistua normaaliin työhönsä, hän tarvitsee muiden hoitoa ja apua jne. Toisaalta sosiaalinen järjestelmä voi johtaa ihmisiä epäterveellisiin käyttäytymismuotoihin kuten tupakointiin, ylensyöntiin, alkoholin liikakäyttöön ja aiheuttaa näin sairauksia ja muutoksia luonnonjärjestelmässä (Purola 1971).

Sairaus ja psykosomaattinen järjestelmä

Klassisen lääketieteen kiinnostuksena on sairaus somaattisessa järjestelmässä. So-

maattinen sairaus ilmenee elimistön funktion muutoksina, kudosuutoksina ja kemiallisina muutoksina. Sairauden somaattista puolta mitataan laboratoriokokeilla, kudosnäytteillä, sähköisillä rekisteröinneillä jne. Klassisessa lääketieteessä tällaiset sairaudet syntyvät joko elimistössä itsessään tai saavat alkunsa luonnonjärjestelmästä kuten mikrobien tai puutostilojen seurauksena.

Vasta tällä vuosisadalla alkoi järjestelmällinen oppi siitä, että ihminen onkin *psykosomaattinen järjestelmä*, jossa psyykkiset tekijät aiheuttavat somaattisia muutoksia ja päinvastoin. Klassisessa teoksessaan 'Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage' osoitti Cannon vuonna 1929 sydän- ja verisuonijärjestelmän reagoivan varsin herkästi emotionaalisten reaktioiden yhteydessä (Cannon 1929).

Tämän jälkeen on esimerkiksi juuri sydän- ja verisuonisairauksien alalta tullut yhä kasautuvaa tietoa psyykkisten tekijöiden somaattisista vaikutuksista. Emotionaalisten vaihtelujen on todettu heijastuvan sydämen lyöntifrekvenssin ja verenpaineen, sydämen isku- ja minuuttivolyymien, hapen kulutuksen sekä varsinkin veren hyytymistekijöiden muutoksina. Normaalien fysiologisten vaihtelujen lisäksi on psyykkisten rasitustekijöiden vaikuttaessa havaittu myös selvästi patologista sydämentoimintaa rytmihäiriöiden, poikkeavien EKG-muutosten ja sydämen toiminnanvajauksen muodossa. (Rimon ja Räikköläinen 1968).

Psykosomaattisten yhteyksien löytäminen on kiinnostanut erityisesti psykiatreja. Samaten se on merkinnyt psykologien ja psykologisten menetelmien tuloa mukaan perinteelliseen lääketieteelliseen työhön. On etsitty ja kuvattu erityisiä persoonallisuustyyppisiä, jotka ovat taipuvaisia saamaan sydäninfarktin. Erityisen paljon on kehitetty teorioita psyykkisen stressin merkityksestä sydäninfarktin etiologiassa.

Vastaavasti voidaan puhua myös somaattisten muutosten psyykkisestä vaikutuksesta. Esimerkiksi juuri sydäninfarktin yhteydessä ja sen jälkeen tavaan runsaasti psykopatologisia oireyhtymiä. Useimmiten esiintyy angst-reaktioita sekä foobisia ja depressiivisiä ilmiöitä (Rimon ja Räcköläinen 1968). Somaattisesta vammasta huolimatta juuri psyykkiset tekijät ja niiden huomioon ottaminen hoidossa ovat potilaan kuntoutumisen kannalta keskeisiä. On sanottu, että liian moni potilas kroonistuu 'sydäninvalidiksi' suureksi osaksi vain sen vuoksi ettei emotionaalisiin reaktioihin kiinnitetä riittävää huomiota (Kaplan 1967).

Sairaus ja sosiaalinen järjestelmä

Kun tuulet, vedet ja maaperä edustivat luonnonjärjestelmää alussa esitetyssä Hippokrateen lainauksessa, niin elintavat ja tottumukset ovat osa sosiaalista järjestelmää. Historiallisesti ja kansainvälisesti katsottuna havaitaan, kuinka kansojen sairausrakenne on voimakkaasti sidoksissa sosiaaliseen kehitykseen ja oloihin. On esimerkiksi havaittu, kuinka kuolleisuus sydäninfarktiin yleensä korreloi elintavoihin ja kansantulon määrään (Brunner 1967.)

Ihmisen itsensä luoma sosiaalinen järjestelmä voi usealla tavalla vaikuttaa sairauksia synnyttävästi:

1) Suurena haasteena kansanterveydelle on sosiaalisen järjestelmän suora vaikutus luonnonjärjestelmään terveyttä vahingoittavalla tavalla. Ympäristön saastuminen tuo jatkuessaan yhä suurempia terveydellisiä vaaroja ja selviytymisen vaikeuksia ihmiselle luonnonjärjestelmän osana.

2) Muut sosiaaliseen järjestelmään liittyvät ympäristömuutokset kuten liikenne, työ- ja asunto-olot voivat suoraan si-

säلتää sairauksia aiheuttavia tekijöitä kuten onnettomuus- tai työtapaturmatilanteita, myrkyllisiä, bakteerisia tai muuten patogeenisiä tekijöitä.

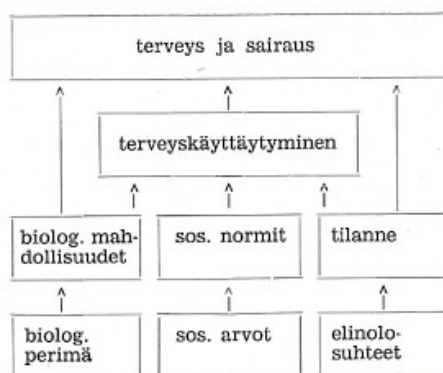
3) Sosiaalinen järjestelmä voi suoraan aiheuttaa sairauksia psykosomaattisessa järjestelmässä. Psykosomaattisten tekijöiden osuutta on psykiatristen sairauksien ja häiriöiden ohella kuvattu mm. sydäninfarktissa, nivelreumassa, mahahaavassa sekä monessa muussa kansanterveydellisesti merkittävässä sairaudessa.

Sairastavuuteen sosiaalinen järjestelmä vaikuttaa lisäksi (4) terveyskäyttämisen ja (5) sairauskäyttäytymisen kautta. Nämä kaksi käsitettä liittyvät läheisesti tämän hetken lääketieteen ja terveydenhuollon kysymyksiin sekä osoittavat lääketieteen sosiaalitieteellistä luonnetta.

Sosiaalinen järjestelmä ja terveyskäyttäytyminen

Väestön sairaudenkuva on viime vuosikymmenien kuluessa voimakkaasti muuttunut. Pitkäaikais- ja rappeutumissairaudet ovat nyt muodostamassa valtaosan kuolleisuudesta aikaisempien tulehdussairauksien sijasta. Kun tulehdussairauksiin ovat syynä tavallisesti ulkoapäin tulevat bakteerit ja virukset, ei rappeutumissairauksiin voida näin yksiselitteistä syytä osoittaa. Niiden tausta onkin löydettävissä jo nuoruusvuosista lähtien elintavoissa ja tottumuksissa. Useissa tutkimuksissa on esimerkiksi voitu osoittaa tupakoinnin, ravinnon koostumuksen ja liikunnan selittävän huomattavan osan degeneratiivisten sydänsairauksien kuten sydäninfarktin esiintymisestä.

Näin terveyskäyttäytyminen on muodostamassa yhä tärkeämmän ns. väliintulevan tekijän, jolla sosiaalinen järjestelmä vaikuttaa terveyteen. Terveyskäyttäytymisestä voidaan esittää seuraava teoreettinen malli:



Jos jätetään tässä yhteydessä huomiotta biologisen perimän osuus, havaitaan yhteisössä vallitsevien *normien* ja arvojen sekä toisaalta *ulkonaisten olojen* vaikuttavan terveyskäyttäytymiseen.

Pienryhmissä vallitsevat normit ovat esim. nuorten tupakoinnin kannalta olenaiset. Ravintotavat ja -tottumukset puolestaan riippuvat suuresti omasta kodista tai kotipaikkakunnalta perityistä arvoista ja normeista. Yhteisöjen arvot ja asenteet muodostavat terveyskasvattajan keskeisen problematiikan pyrittäessä muuttamaan vallitsevaa terveyskäyttäytymistä lääketieteellisen tutkimuksen osoittamaan terveellisen käyttäytymisen suuntaan.

Toisaalta tällainen terveyskasvatus on tuomittu epäonnistumaan, ellei oteta huomioon vallitsevia materiaalisia realiteetteja. Tällaisia muodostavat tämän hetken Suomessa varsinkin taloudellinen ja alueellinen eriarvoisuus. Pohjois-Karjalan maaseudulla ei pienviljelijöillä ole velkaantuneilla tiloillaan paljonkaan valinnan varaa ravinnon koostumuksen suhteen; samaten särkyjen ja kolotusten vaihtelussa on aivan turha yrittää poistaa tupakan muodostamaa vähäistä nautintoa. Tällaisissa tapauksissa lääketiede ja terveyspolitiikka ovat mitä kiinteimmin kytkeytyneitä yleisiin yhteiskunnallisiin ja sosiaalisiin päätöksiin.

Tässä yhteydessä on huomattava, että terveyskäyttäytymistä ei suinkaan ole

nähtävä pelkästään sen pitkäaikaisten sairauseurausten valossa. Oikealla terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan sellaista käyttäytymistä, joka myös joka hetki merkitsee mahdollisimman terveellistä olotilaa ja näin harmonista tasapainoa yksilön toiminnassa luonnonjärjestelmän ja sosiaalisen järjestelmän osana. Oikein harjoitettu liikunta ei ole tarpeen ainoastaan torjumaan kymmenen vuoden kuluttua mahdollisesti uhkaavaa sydäninfarktia, vaan sillä voidaan luoda myös myönteistä sosiaalista osallistumista, viihtyisyyttä ja yksilöä tyydyttävää fyysistä suorituskykyä.

Sosiaalinen järjestelmä ja sairauskäyttäytyminen

Häiriön ilmeneminen ihmisen psyko-fyysisessä järjestelmässä aiheuttaa muutoksia hänen osallistumisensa sosiaaliseen järjestelmään. Nämä käyttäytymismuutokset merkitsevät sairauskäyttäytymisen omaksumista. Sairauskäyttäytymiselle ovat tyypillisiä kahdenlaiset muutokset:

1) Yksilö ei voi harjoittaa normaaleja käyttäytymismuotojaan. Hän voi joutua jäämään työstä pois, lapsi ei voi osallistua leikkeihin jne. Sosiologiselta kannalta tämä piirre merkitsee, että henkilö ei voi suoriutua normaaleista rooliodotuksistaan. Tätä on käytetty sairauden sosiologisena määritelmänä (Parsons 1958).

2) Yksilö omaksuu uusia käyttäytymismuotoja sairautensa tai sen vaikutusten eliminoimiseksi. Hän menee vuoteeseen, syö lääkkeitä, menee lääkäriin tai kyselee ystäviltään parannuskeinoja.

Lääketieteen tavoitteiden kannalta — ts. pyrittäessä edistämään väestön terveydentilaa, ei ole yhdentekevää, minkälaista väestön sairauskäyttäytyminen on. Eriytyisen merkittävää on sosiaalisen järjestelmän vaikutus sairauskäyttäytymiseen. Tässä yhteydessä voidaan ottaa esille Kalimon malli lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavista tekijöistä.



Yksilön omaan päätöksentekoon liittyviä taustatekijöitä ovat mm. tieto, asenteet, demografiset tekijät ja sosiaalisen ympäristön vaikutus, joihin kaikkiin havaitaan sosiaalisen järjestelmän vaikuttavan (Kalimo 1969).

Sairauskäyttäytymisen merkitystä sairastavuuden kannalta osoittavat kiintoisesti havainnot alkuauskasheimojen piirissä tavattavista täysin erilaisista reaktioista samanlaisissa sairauksissa. Nykyaikaisempi esimerkki sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta sairastavuuteen jo alkaneiden sairauksien jälkeen on havainto kuinka alkavista sairaustapauksista johdetaan Pohjois- ja Itä-Suomessa paljon suurempi osuus huonoon ennusteeseen ja työkyvyttömyyteen kuin Etelä- ja Länsi-Suomessa (Harni ja Sievers 1971).

Päätelmiä

Edellä oleva suppea katsaus terveyteen ja sairauteen liittyvistä teoreettisista näkökohdista riittänee osoittamaan jokaiselle, että lääketiede ilman sosiaalitieteiden osuutta on kuin jalkapallopele ilman sääntöjä ja erotuomaria. Tämän tosiseikan tunnustaminen on tarpeen sekä lääketiedettä käytännössä sovellettaessa että tutkimusta ja opetusta uudistettaessa.

Vaikka sosiaalitieteiden osuus lääketieteessä voidaan vakuuttavasti osoittaa, terveyspoliittiset päätökset tehdään jatkuvasti liian yksipuolisesti luonnontieteellisesti suuntautuneen lääketieteen pohjalta. Terveydenhuollon sairaalavaltaisuus on ehkä eräs tämän ilmiön tyypillisimpiä oireita. Samaan aikaan kun sairaalalaitoksen kasvavat menot tuntuvat yhä suurempina rasituksena valtion ja kuntien budjeteissa, ei terveyskasva-

tuksen eli väestön terveyttä edistävien ja sairauksia ehkäisevien elintapojen hyväksi ole tehty käytännöllisesti katsoen mitään.

Terveydenhuollossa luonnontieteellisesti orientoitunut sairaanhoito vie valtaosan menoista. Sairauksien ehkäisyyn tai niiden seurausten eliminoimiseen pyrkivä sosiaalitieteisiin nojaava terveydenhoito ja kuntoutus toimivat samaan aikaan terveydenhuollon budjetin rippeillä. Näistäkin esimerkiksi terveystarkastukset ovat aivan liian paljon biologisten viikkojen etsimistä ja kuntoutus sairaaloiden sisäpuolella tapahtuvia lääketieteellisiä toimintasuunnitelmia sen sijaan, että otettaisiin huomioon toiminnasta tosiasiallisesti väestölle koitua hyöty heidän palattuaan terveystarkastuksista tai sairaalasta omaan sosiaaliseen ympäristöönsä. Sosiaalitieteiden merkitys lääketiedettä sovellettaessa on ennen kaikkea tutkia ja osoittaa, miten yhteiskunnalliset päätökset ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminta tosiasiallisesti vaikuttavat lääketieteen perimmäiseen tavoitteeseen: yksityisen ihmisen, väestöryhmän tai koko väestön terveyteen.

Luonteeltaan sosiaalitieteellisten tutkimustulosten soveltaminen käytännön terveyspolitiikassa kohtaa huomattavasti suurempia vaikeuksia kuin biologisten. Muutama vakuuttava tutkimus uuden leikkausmenetelmän tai lääkevalmisteen vaikutuksesta aiheuttavat lyhyessä ajassa vastaavia toimintamuutoksia terveydenhuollossa. Yhtä kiistattomat tutkimustulokset jonkin sosiaalisen tekijän vaikutuksesta sairastavuuteen saavat vain harvoin ja hitaasti aikaan muutoksia yhteiskunnallisessa päätöksenteossa tai yksilön käyttäytymisessä. Tällainen korkea kyn-

nys tai viivästyminen sosiaalitieteellisten tutkimustulosten käytännön vaikutuksissa johtuu osiltaan sosiaalisten ilmiöiden suuresta kytkennäisyydestä. Aivan liian paljon tämä johtuu myös siitä, että sosiaalisten tekijöiden merkityksestä ovat niin yhteisöjen päätöksentekijät kuin yksilötkin taipuvaisia luottamaan enemmän omiin uskomuksiinsa tutkimusten antamien tulosten sijasta.

Lääketeieteellisessä tutkimuksessa on perinteinen tieteidenvälisyys tapahtunut lääkäreiden, insinöörien ja luonnontieteilijöiden välillä. Sosiaalitieteilijä on ollut 'outo lintu lääketieteessä'. Monien lääketieteen ja terveydenhuollon suurten kysymysten ratkaiseminen edellyttää kuitenkin lisääntyvää tieteidenvälistä tutkimustyötä lääketieteilijöiden ja sosiaalitieteilijöiden kesken. Tällaisen tutkimuksen kehittäminen edellyttää paitsi taloudellista tukea ennen kaikkea asenteellisia muutoksia niin perinteisten lääketieteilijöiden kuin sosiaalitieteilijöiden leirissä. Rajaita lääketieteen ja sosiaalitieteiden välillä, jota itse asiassa ei ole olemassa, on käytännön tutkimuksessa tällä hetkellä vielä luvattoman korkea. Tarvitaan yhteisiä sosiaalilääketieteellisiä tutkimusyksiköitä, mutta tarvitaan myös korkeakou-

lu-uudistusta, jossa nykyiset tiedekuntarajat madaltuvat ja yleinen tieteidenvälinen integraatio helpottuu.

Lääketeieteellinen opetus on perinteisesti pohjautunut luonnontieteisiin. Luonnontieteellinen orientoituminen on merkinnyt jo tiedekunnan karsinnan olennaisimpia perusteita. Kuitenkin lääkäri on työssään myös sosiaalityöntekijä. Hänen on otettava huomioon sekä sosiaaliset että biologiset seikat sairauksien synnyssä, potilaan hakeutumisessa vastaanotolle, potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa ja kullekin potilaalle sopivien jatkotoimenpiteiden suunnittelussa. Lääkärinkoulutuksen sisällön uudistus edellyttää sosiaalitieteiden osuuden nopeaa lisäämistä opetusohjelmassa ja kliinisen harjoittelun järjestämistä niin, että myös lääketieteen sosiaalinen luonne tulee mahdollisimman hyvin esiin.

Lääketeieteen näkeminen sosiaalitieteenä ei saa viedä meitä käytännölle vieraseen äärimmäisyysajatteluun tai terveyden laaja määritelmä lääketieteen diktatuuriin. Terveys ja sairaus on vain eräs inhimillinen ulottuvuus; muilla tieteillä on omat tärkeät ongelmakenttensä, ja kaikkea yhteiskuntapolitiikkaa ei suinkaan ole pidettävä terveystieteidenä.

Kirjallisuutta

- Brummer, P.*: Coronary Heart Disease and the Living Standard. Acta Med. Scand. 1967:182:523.
- Cannon, W. B.*: Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. Appleton, New York 1929.
- Harni, A.-L. ja Sievers, K.*: Alueittaiset erot sairauksien aiheuttamisessa taloudellisissa menetyksissä. Sos.lääket. Aikak.l. 1971:9:87.
- Kalimo, E.*: Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja -sarja A:5. Helsinki 1969.
- Kaplan, S. M.*: Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams and Wilkins Company, Baltimore 1967.

- Parsons, T.*: Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. Kirjassa Jaco: Patients, Physicians and Illness. The Free Press, Glencoe Ill. 1958.
- Purola, T.*: Sairaus sosiaalilääketieteellisenä käsitteenä. Sos.lääket. Aikak.l. 1971:9:3.
- Rimon, R. ja Rökköläinen, V.*: Koronaaritauhin ja sydäninfarktiin psykosomaattisia näkökohtia. Suom. Lääk.l. 1968:26.
- Valtion lääketieteellisen toimikunnan runko-ohjelma 1971—73. Hyväksytty 10.5.1971.
- Vuori, H.*: Yhteiskuntatieteilijä — outo lintu lääketieteessä. Sos.lääket. Aikak.l. 1969:7: 217.

Medicine as a Social Science
Sos.lääket. Aikak.l. 1971:9:267

Juhlavuoden kunniaksi
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti
julkaisee jo aikaisemmin julkaistuja
kirjoituksia uudelleen näköisartikkelina.