

## Nainen ja terveydenhuolto tutkimuksen kohteena

ELINA HEMMINKI

*Naisnäkökulmalla on paikkansa terveydenhuoltotutkimuksessa: useat terveydenhuoltopalvelut ovat tarkoitettu naisille ja monet terveydenhuollon ongelmakysymykset koskettavat enemmän naisia kuin miehiä. Tutkimuskohteista esimerkkejä ovat terveydenhuollon uuden teknologian ja elämän alun eettiset kysymykset, medikalisaatio, lisääntymisen terveystalvelut ja gynekologiset seulonnat, tehokkuuden ja yksityistämisen seuraamukset epäviralliselle hoitotyölle ja lääkärikunnan muuttuvan sukupuolirakenteen vaikutukset. Lisääntymisen alueelta poimituilla esimerkeillä (väestöhygieniä, raskaaksisaattamisen haltuunotto, äitiyshuolto, rautapropyfylaksia, synnytyspalvelut ja hormonihoidot hyödyt) kuvataan minkälaisia sisällöllisiä kysymyksiä tutkimuksessa on käsitelty ja voisi käsitellä. Naisnäkökulma on erityisen hyödyllinen arvioinnin tarpeen paikallistamisessa ja lopputulosmittareiden valinnassa.*

Tämän artikkelin tarkoituksena on perustella käsitystä, että terveydenhuollossa ja terveydenhuoltotutkimuksessa naisnäkökulma on tarpeellinen. Useat terveydenhuoltoon ja sen tutkimukseen liittyvät seikat koskevat sekä miestä että naista, mutta tämän yhteisen lisäksi on paljon vain tai erityisesti naista koskettavaa. Vain miestä koskevia asioita on vähemmän. Yleisen johdattelun jälkeen esitän millaisia tutkimustarpeita ja aiheita tutkimus naisnäkökulmasta voisi sisältää. Sen jälkeen annan joitain esimerkkejä sekä omista töistäni että kirjallisuudesta poimimiani.

Terveydenhuoltotutkimus on usein määritelty seuraavasti WHO:n aikanaan tekemällä määritelmällä: ”Terveydenhuoltotutkimuksella tarkoitetaan maan terveydenhuoltopalvelusten järjestelmällistä tutkimusta ja arviointia, jossa tarkastellaan terveystalvelusten suhdetta sekä kaikkiin terveyteen liittyviin tekijöihin että terveystalvelusten tarkoituksenmukaisuuteen, tarpeeseen, peittävyyteen, vaikuttavuuteen, käyttöön, kustannuksiin ja tehokkuuteen” (Suomen Akatemia 1980).

Tämän määritelmän sanoihin ”tarkoituksenmukaisuus” ja ”tarve” voidaan liittää kuluttajanäkökulma: heidän käsityksensä ja kokemuksensa on yksi kriteeri tarkoituksenmukaisuuden ja tarpeen määrittelylle.

Naistutkimukselle ei ole olemassa yhtä tiivistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Olennaista naistutkimuksessa on naisen aseman ja sukupuolijärjestelmän tutkiminen ja yhteiskunnallinen suuntautuminen: tutkimus pyrkii parantamaan naisen asemaa. Helsingin yliopiston naistutkimuksen instituutti (Kristiina-instituutti) sanoo esitteesään, että ”naistutkimus... on usein tiede- ja yhteiskuntakriittistä... ja se on enemmänkin lähestymistapa tai näkökulma.”

Seuraavassa kuvataan joitain alueita ja kysymyksiä, joihin näiden kahden tutkimussuuntauksen, terveydenhuoltotutkimuksen ja naistutkimuksen, yhdistelmällä voisi Suomen nykytilanteessa olla annettavaa. Käytännön tutkimusprojektissa on usein aineksia useammasta alueesta ja kysymyksestä, mutta seuraavassa ne on esitetty erillisinä.

*Elämän alun eettiset kysymykset.* Terveydenhuollon uusi teknologia on lisännyt elämän ja kuoleman hallintaa. Kysymykset elämän aloittamisesta, sikiöiden laadusta ja elämän lopettamisesta sisältävät kaikkia ihmisiä ja koko ihmisyyhteisöä koskevia asioita. Mutta toiminnot tapahtuvat tai tehdään naisen kehossa ja nainen kokee seuraamukset myös yksilötasolla. ”Poliittinen taistelu naisen kehossa” ja sikiö-aiti oikeuksien ristiriidat ovat olleet näkyviä Yhdysvalloissa. Nämä konfliktit ovat olemassa myös Suomessa (Kouvolainen 1991), vaikkakin piilotetuimpina.

*Medikalisaatio.* Medikalisaatio eli lääketieteellisen asiantuntijuuden ulottaminen sairauksien ulkopuolelle, on yleinen ja paljon keskusteltu ilmiö (Hemminki ym. 1992). Lääketiede, ja sen mukana terveydenhuolto, on laajentunut terveyden edistämiseen, terveyskäyttäytymiseen, lisääntymiseen, kasvuun, vanhenemiseen, kauneuteen, toimintakykyyn ja poikkeavuuteen. Monet näistä laajenemisista lienevät ihmisten hyvinvoinnin kannalta olleet eduksi. Esimerkiksi terveydenhuollon otettua raskauksien ehkäisyn omaksi toiminnakseen tämän vuosisadan loppupuoliskolla (McLaren 1990) on naisten asema lisääntymisen alueella huomattavasti parantunut. Medikalisaatiolla on kuitenkin huono kaiku, koska haltuunotto on usein tapahtunut yksipuolisesti ja biolääketieteellinen näkökulma on syrjäyttänyt muut näkökulmat.

Medikalisaatio koskee erityisesti naisia, koska useat terveydenhuollon laajennuksista ovat tapahtuneet yksinomaan naisia koskeville alueille. Yhteisissäkin alueissa, esimerkiksi vanhenemisessä ja kauneudessa, naiset ovat olleet pääkohderyhmä.

*Naisille tarkoitettujen terveyspalvelujen arviointi ja kehittäminen.* Monet terveyspalvelut ovat yksinomaan tai pääasiassa naisille tarkoitettuja: raskauksien ehkäisy, äitiyshuolto ja pienten lasten neuvolat, gynekologiset seulonnot. Raskauksien ehkäisy ja äitiyshuolto ovat keskeisiä myös kehitysmaiden terveydenhuollossa.

Sekä yksittäisten teknologioiden että palvelujärjestelmien arvioinnissa ja kehittämisessä tarvitaan tavanomaisen hyötyyn, haittaan ja kustannuksiin keskittyvän arvioinnin

lisäksi naisen arvoista ja sosiaalisista vaikutuksista lähtevää tarkastelua. Esimerkiksi mikä on turvallisuuden ja itsemäärämisen paras tasapaino? Mikä on kokemusten vaikutus myöhempään terveyteen ja toimintaan?

Vanhusten terveyspalvelut ovat myös pitkälti naiskeskeisiä, koska suurin osa vanhoista suomalaisista on naisia. Lisäksi vanhoilla meihillä on usein vaimo huolehtijana, mutta vanhoilla naisilla ei useinkaan ole avustavaa miestä.

*Tehokkuus, yksityistäminen ja epävirallinen hoitotyö.* Palvelujen tehokkuuden lisääminen ja kustannusten säästö ovat tällä hetkellä, aiheellisesti, keskeisiä tutkimus- ja kehittämiskohteita. Usein asiaa on katsottu terveydenhuollon sisällä. Mutta lyhentyvät hoitoajat, polikliininen toiminta ja laitoshoidosta avohoitoon siirtäminen voivat lisätä terveydenhuollon ulkopuolista hoivatyön tarvetta. Koska naiset yleensä tekevät hoivatyön, koskee tämä erityisesti naisia. (Simonen 1991, Wintersperger 1991) Tehokkuuden vaatimus vaikuttaa myös terveydenhuollon ammattilaisten työhön, jotka ovat pääasiassa naisia.

*Lääkärin sukupuolirakenne.* Terveydenhuollossa on lääkäri-potilas suhteeseen tuonut lisänsä sukupuolikysymys: naispotilaalla on lääkärinä yleensä ollut mies. Nyt lääkärikunta on nopeasti naisistumassa. Se kääntää koko sukupuolikysymyksen toiseksi: sekä nais- että miespotilaalla on palvelujen antajana usein nainen.

Lääkärin naisistuminen vaikuttaa palvelujen tuottoon myös rakenteellisesti. Palkkatasoa on ehkä helpompi laskea ja naisten arvot ja tarpeet vaativat toisenlaista työn järjestelyä. On myös mahdollista, että eri erikosalojen erot kasvavat entisestään niiden eriydyttyä toisistaan myös sukupuolen mukaan ja hoidon pirstoutuminen lisääntyy.

## ESIMERKKEJÄ LISÄÄNTYMISEN ALUEELTA

*Uusi väestöhygienia.* Tämän vuosisadan alkupuolella rotuhygienia, väestön hyväksikäyttöjen ominaisuuksien lisääminen, oli avoimesti esillä Euroopassa. Keinoina esitettiin lasten hankinnan rohkaisua ja estoa van-

hempien ominaisuuksien mukaan ja jo syntyneiden valikoivaa hoitoa ja tuhoamista (Länsimies 1989). Sikiödiagnostiikan ja geeniteknologian kehityttyä tämä ajattelu on jälleen tullut esiin, mutta keinot ovat nyt erilaisia. Seuraavassa muutama esimerkki sikiödiagnostiikasta.

Lapsivesi- ja istukkatutkimuksilla sekä ultraääniseulonnoilla voidaan todeta joitain epämuodostumia niin aikaisin, että Suomen nykyinen laki sallii raskauden keskeyttämisen. Ultraääniseulonta on käytössä suurimassa osassa Suomea (Hemminki ja Gissler 1993). Ultraääniseulonnasta toivottiin aluksi syntyvän lapsen terveyden parantajaa. Tulokset ovat tältä osin osoittautuneet vähäisiksi (Neilson ja Grant 1989, Ringa ym. 1989). Mutta Suomessa tehdyn kokeellisen tutkimuksen tulokset osoittavat, että ultraääniseulonta voi olla tehokas epämuodostumien etsinnässä ja sitä kautta estämässä sairaiden ja vajavaisten lasten syntymää (Saari-Kemppainen 1990). Lapsivesi- ja istukkatutkimuksia ei ole ainakaan vielä suositeltu rutiiniseulonnaksi, mutta tietyissä riskiryhmissä niitä tehdään säännönmukaisesti.

Raskaudenkeskeytys- ja sterilointirekisterin mukaan vuonna 1989 oli tehty 185 keskeytystä lapsen tilan vuoksi (Gissler ym. 1993). Lisäksi on mahdollista, että osassa tapauksista, joissa syyksi oli merkitty äidin korkea ikä, lapsen tila on todellinen syy. Lapsen terveyden vuoksi tehtyjen keskeytysten määrä oli suuruudeltaan lähes kolmannes sinä vuonna perinataalikaudella kuolleista. On oletettavaa, että seulojen tarkentuessa ja laajentuessa lapsen tilan vuoksi tapahtuvien keskeytysten määrä kasvaa.

Tämän uuden väestöhygienian moraaliset, terveyden- ja sosiaalihuollolliset vaikutukset ovat huomattavat. Vaikeaksi asian tekee se, että vaikutukset ovat sekä hyviä että huonoja. Naisen kannalta erityiskysymyksiä ovat raskauden luonteen muuttuminen, tutkimusten seuraamukset, päätöksenteon seuraamukset ja syyllistäminen.

Nainen ei oikeasti odota lasta ennenkuin on varmistettu, että lapsi on saamisen arvoisen. Englanninkielinen termi *tentative pregnancy* (Tymstra 1991) kuvaa hyvin uutta tilannetta, missä lähes puolet raskauden ajasta ei olekaan oikeata, vaan alustavaa, ehdotus lapsen kantamiseksi.

Nykyiset seulojatutkimukset eivät anna välittömästi yksiselitteistä vastausta, ja tulosten odotusaika ja väärin positiivisten tulosten aiheuttama stressi sekä lisätoimenpiteiden aiheuttamat ongelmat voivat olla huomattavia (Tymstra 1991, Orleans ja Haverkamp 1987, Fearn ym. 1982).

Toivotun raskauden keskeyttäminen raskauden toisen kolmanneksen aikana ei ole helppo päätös. Se voi aiheuttaa syyllisyyttä ja sureminen voi olla vaikeata kohteen abstraktisuuden vuoksi.

Mikäli nainen kieltäytyy seuloista tai jatkaa raskauttaan tietoisena lapsen vammasta, on varsin todennäköistä, että yhteisön tuki on vähäisempää kuin jos vammaisen lapsi olisi tullut yllätyksenä. Tulos oli naisen oma ratkaisu ja silloin on kohtuullista edellyttää, että hän kantaa myös vastuuta.

*Keinoalkuiset hedelmöitykset ja raskaaksi saattamisen haltuunotto.* Keinoalkuiset hedelmöitykset (IVF, *in vitro fertilization*, keinosiemennys poislukien) ovat vaikuttaneet lisääntymisen hallintaan kahdella tavalla: lisääntymään kykenevien joukko on laajentunut ja hedelmöityksen tuotteen (alkion ja sikiön) säätelyn mahdollisuus on aikaistunut ja helpottunut. Lisääntymisen mahdollisuuksien kasvu on yleensä nähty positiivisena ja on puhuttu lapsettomien parien halusta ja oikeudesta saada oma lapsi. Tässä toiminnassa on monia terveydenhuoltoa ja naisia koskettavia ongelmia, ja laajentuminen esimerkiksi hedelmällisen iän ohittaneisiin naisiin nostaa esiin lisäkysymyksiä (Malin ja Hemminki 1989, Dahlberg 1991). Seuraavassa keskityn kuitenkin vain alkion ja sikiön säätelyn tuomiin terveydenhuollollisiin ongelmiin.

Kun synnytykset aikanaan siirrettiin pois naisten ja perheen piiristä terveydenhuollon tehtäviksi, oleellinen perustelu oli turvallisuus: äidin ja lapsen terveyden parantamisen vuoksi oltiin valmiita muuttamaan sosiaalinen ja luonnollinen fysiologinen tapahtuma osaksi terveydenhuoltoa ja laittamaan siihen voimavaroja. Seuraavaksi, ja Suomessa usein samanaikaisesti, terveydenhuolto otti haltuunsa raskaudet ja sikiö muutettiin potilaaksi (Wrede 1991). On vaikea kuvitella, että nykypäivänä luonnonmukaisuuden säilyttämisen vaatimus voisi syrjäyttää turvallisuuden vaatimusta synnytysten ja raskauk-

sien hoidon järjestämisessä.

Nyt kun geeniteknologia ja keinoalkuinen hedelmöitys alkavat antaa siihen mahdollisuuden, herää kysymys miksi raskauden alun sallitaan tapahtua epävarmoissa olosuhteissa maksimoimatta hedelmöityksen laatua jo heti alkuunsa? Tehokas raskauksien ehkäisyteknologia mahdollistaa sukupuolielämän ja lisääntymisen erottamisen toisistaan. Eikö terveydenhuolto voisi ottaa hedelmöitystä alueekseen niinkuin se jo on ottanut raskaudet ja synnytyksen? Jos alkion laatu varmistettaisiin jo hedelmöityksessä, voitaisiin välttää monet ongelmat raskauden aikana. Toisaalta hedelmöitysteknologia on kehittynyt nopeasti ja monipuoliset arviot ja hedelmöityksen haltuunoton pitkäaikaisseuraamuksista lapselle, naiselle, miehelle ja yhteisölle ovat selvittämättä. Yhteisön tulisi myös kysyä itseltään, onko elämän alun säätelyn tutkimus kuin ydinenergian kehittämisen tutkimus aikanaan: pitäisikö tutkimus kieltää sen potentiaalisten haittavaikutusten vuoksi?

*Äitiyshuolto.* Monissa maissa, esimerkiksi Yhdysvalloissa ja useissa kehitysmaissa, äitiyshuollon järjestäminen ja sen tutkiminen on ollut varsin keskeistä terveydenhuolto-tutkimuksessa. Äitiysnevoloiden järjestämisen myötä on tämän oletettu Suomessa olevan kunnossa. Mutta viime vuosina on noussut esiin useita palvelujen järjestämistä koskevia kysymyksiä: mikä tulisi olla nevoloiden henkilökunnan koulutus (kättilö vai terveydenhoitaja, yleis- vai erikoislääkäri), pitäisikö olla vertikaalinen vai horisontaalinen rakenne (eriytetty vai väestövastuu), ovatko antenataalipalvelut perus- vai erikoisterveydenhuollon aluetta, tarvitaanko niin monia käyntejä (Hemminki ym 1990, Hemminki ym. 1992, Hemminki ym. 1993). Suomalaisessa nykyjärjestelmässä raskaudet ja synnytykset hoidetaan erillisinä: hoitopaikka, hoidon antaja ja hoitoideologia ovat erit. Tämä lienee suomalaisen äitiyshuollon visai-sin ongelma.

Äitiyshuoltopalvelujen rakenne on parin viimeisen vuosikymmenen aikana oleellisesti muuttunut. Tosin entisen henkilökunnan ja hoitoideologian säilyminen on tehnyt muutoksen asteittaiseksi ja huonosti näkyväksi. Näiden muutosten jälkeen raskaana olevien hoitojärjestelmä ei kuitenkaan ole enää entinen. Nyt, edes jälkikäteen, on hyvä kysyä ja

tutkia, onko muutos ollut edistystä vai huononnusta, ja tulisiko palata vanhaan järjestelmään tai kehittää jotain aivan uutta.

*Rautaprofylaksia.* Raskauden ajan hoito koostuu suuresta joukosta yksittäisiä toimintoja ja toimintaketjuja. Kuten terveydenhuollossa yleensäkin, suurin osa näistä toiminnoista on otettu käyttöön ilman kunnollista arviointia (Chalmers 1989). Raskauden aikana hoidon kohteet ovat terveitä ja se asettaa erityisvaatimuksia. Yksittäisten toimintojen arvioinnit ovat vain osittain sidottuja terveydenhuoltojärjestelmään, ja muissa maissa tehtyjen tutkimusten tuloksia voi hyvin soveltaa maasta toiseen. Toisaalta Suomen vielä yhtenäinen järjestelmä ja laajamittainen teknologian käyttö antaa erityismahdollisuuksia teknologian arviointitutkimukselle.

Rutiinomainen raudan anto raskauden aikana, rautaprofylaksia, on esimerkki yhden toiminnan arvioinnin merkityksestä. Rautaprofylaksia on Suomessa vakiintunut hoito ja kehitysmaiden äitiyshuoltoa järjestettäessä se on ollut yksi keskeinen toiminto (DeMayer ym. 1989). Kuitenkin sekä oma tutkimuksemme että eräät muut tutkimukset kyseenalaistavat rutiininomaisen rautaprofylaksian (Hemminki 1986, Hemminki ja Rimpelä 1991). Tämä tulos ja muut yksittäisten toimenpiteiden arviot antavat aiheutta olettaa, että Suomen äitiyshuollon saavutukset eivät ole yksittäisistä lääketieteellisistä toiminnoista, vaan järjestelmästä johtuvia. Jos tämä hypoteesi on totta, järjestelmien tutkiminen tulee entistä tärkeämmäksi.

*Synnytykspalvelut.* Vaikka raskauksien hoito on vielä suurimmaksi osaksi osa perusterveydenhuoltoa, ovat synnytykset siirtyneet jo aikaa sitten korkean tason erikoisterveydenhuoltoon (taulukko 1) ja korkeateknologiaa käyttäväksi (Hemminki 1983, Hemminki ja Gissler 1993). Keisarileikkaukset ovat herättäneet eniten keskustelua. Keisarileikkauksessa fysiologinen tapahtuma, syntymä, muutetaan kirurgiseksi toimenpiteeksi. Keisarileikkaus on myös terveydellisesti ongelmallinen sekä lapsen että äidin kannalta (Hemminki 1987, 1991). Se on välttämätön tietyissä erityistilanteissa, mutta kun neljännes lapsista syntyy näin (Yhdysvallat vuonna 1990, Taffel ym. 1992, Stephenson ym. 1992) kyse on muusta. Suomessa vuonna 1991 naisista

Taulukko 1. Synnytyspaikka Suomessa vuosina 1955–1988.

Synnytyspaikka	Vuosi			
	1955	1964	1979	1988
Koti	22	1	..	..
Sairaala	78	99	100	100
Yliopistosairaala		} 76	} 96	28
Keskussairaala				36
Aluesairaala	..			23
Iso paikallissairaala				10
Terveyskeskus tai yleis- lääkärijohtoinen sairaala	..	23	4	1

.. = tieto puuttuu

Lähde: Hemminki 1983, Meriläinen ym. 1991

15 % synnytti keisarileikkauksella (Syntymärekisteri 1991, julkaisemattomia tietoja). Yhdysvalloissa keisarileikkausten korkea määrä on synnyttänyt vahvoja naisliikkeitä tilanteen korjaamiseksi. Suomessa keisarileikkausepidemiaa on lähdetty rajoittamaan ammattilaisten sisäisen keskustelun, ei niinkään terveydenhuollon ulkoisen kritiikin seurauksena.

Useissa muissa länsimaissa synnytyksen korkeateknologinen hoito on herättänyt naisten taholta kritiikkiä, keskustelua ja vaatimuksia vaihtoehtopalveluista. Toimenpiteiden määrät Suomessa eivät ole alhaisempia kuin muissa Euroopan maissa (Hemminki ym. 1991, Stephenson 1992). Mikä suomalaisessa kulttuurissa ja terveydenhuollossa on sellaista, joka on tehnyt korkeateknologian joko hyväksytyksi tai julkisen keskustelun vähäiseksi?

*Hormonihoitojen hyötyjen arvottaminen.* Vaihdevuosien aikaiset ja jälkeiset hormonihoitot ovat viime aikoina olleet paljon keskusteltu aihe hoitojen yleistymisen (Topo ym. 1991), epävarmojen terveysvaikutusten (Hemminki ym. 1993) ja naiskuvan vuoksi (Kangas ym. 1990). Naisnäkökulmasta yksi kiinnostava yksityiskohta on ollut kustannus-vaikuttavuus laskelmien perusteet. Näitä laskelmia on tehty, jotta voitaisiin laskea yhteen hormonihoitojen moninaiset vaikutukset ja niiden perusteella tehdä hoitosuositus (Weinstein 1990). Tehtävänä tämä on epäkiitollinen, koska tieto pitkäaikaisvaikutuksista on varsin vajavainen. Lisäksi kustannus-vaikuttavuus laskelmia on tehty ulkopuolisen

näkökulmasta, ei toiminnan kohteen kannalta. Esimerkiksi taudin poistolla säästyneitä elinvuosia lasketaan yhteen riippumatta siitä, missä iässä säästö tapahtuu. Sadan lonkkamurtuman poiston tuomat 500 lisävuotta 75 vuodesta 80 vuoteen on laskettu samanarvoiseksi kuin 50 rintasyövän poiston tuomat 500 lisävuotta 55:stä 65 vuoteen. Näin ei varmaankaan ole. Ainakin naisten arvostukset elämälle eri ikävaiheissa olisi tutkittava ennen laskelmiin perustuvia hoitosuosituksia. Myöskään taudin ja kuoleman laatua naisen näkökulmasta ei ole huomioitu.

#### NAISNÄKÖKULMAN MERKITYS TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUKSELLE

Terveydenhuollon sisällöllisen toiminnan tärkeimmät ulottuvuudet ovat nettohyöty (hyöty vähennettynä haitoilla), kustannukset ja sosiaaliset vaikutukset (mukaanlukien eettiset näkökohdat). Hyötyä voidaan arvioida tarkastelemalla toimintaa sinänsä (teknologian arviointi) tai toteutusta käytännössä (laadun arviointi, laadun takaus). Hyvin yleinen on tilanne, että johonkin tiettyyn ongelmaan sellaisenaan hyödyllinen toiminta on liian laajassa käytössä tai väärin kohdennettu. Lääketieteen interventiosuuntautuneisuus, teknologian käyttöön liittyvät taloudelliset edut ja arviointitutkimuksen vähäisyys ovat johtaneet siihen, että terveydenhuollossa teknologiaa käytetään yleensä liikaa.

Naisnäkökulma voi tuoda uutta terveydenhuollon toiminnan arviointitutkimukseen. Erityisen arvokas se on määriteltäessä, mitä toiminnan seuraamuksia tulee huomioida. Naisnäkökulma on nostanut esiin myös naisiin kohdistuvat palvelut ja ilmiöt. Paitsi että ne ovat kiinnostavia ja tärkeitä sinänsä, ne voivat toimia hyvänä esimerkkinä koko terveydenhuollon sisällön ongelmista. Toiminnan hyöty, itsemäärääminen, medikalisaatio, yhteisölliset eettiset kysymykset, ehkäisevän terveydenhuollon ja terveiden ihmisten hoitamisen erityiskysymykset, ja subjektin ja objektin ero ovat konkretisoituneet lisääntymisen terveydenhuollossa.

Yhdysvalloissa, kuluttajaliikkeen vahvassa maassa, on useita naiskeskeisiä terveydenhuollon kuluttajaliikkeitä (Riskä 1991). Yksi niiden verkostoista, *National Women's Health Network*, on perustanut Washingtoniin toimiston, jonka yhtenä päätarkoituksena on toimia naisten äänenä liittovaltion ruoka- ja lääkekontrollielimelle (*Food and Drug Admi-*

*nistration*) terveydenhuollon teknologioiden suhteen. Ammattipiireissä erityisen naista koskevan terveydenhuollon tutkimuksen, toiminnan ja keskustelun tarvetta on perusteltu innovaatioilla, joilla on ollut huomattavia sosiaalisia vaikutuksia. Esimerkkeinä on annettu ehkäisytabletit, raskaudenaikaiset epämuodostumaseulonnat ja keinoalkuiset raskaudet (Pearse 1990).

Suomessa terveydenhuollon kuluttajaliikkeet ovat heikkoja. Arviointitutkimuksen kannalta olisi toivottavaa niiden vahvistuminen. Ei siksi, että sellaiset liikkeet sinänsä ratkaisisivat terveydenhuollon järjestämisen tai tutkimisen ongelmat, mutta ne olisivat tarpeellinen vastapaino, jotta voisimme selvemmin nähdä nykyisen järjestelmän ja tutkimuksen mies- ja ammattivinouman. Palvelujen käyttäjien näkökohdat auttaisivat tuomaan esiin tutkimuksen tarvetta ja helpottaisivat käyttäjälähtöisiä kysymyksenasetteluja.

## KIRJALLISUUS

- Chalmers I.* Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth. Teoksessa: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, toim. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, Oxford 1989:3-38.
- Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, toim.* Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University press, Oxford 1989.
- Dahlberg A.* Reproduktionsteknologin ur ett rättsligt kvinnoperspektiv. Sosiaalilääk Aikak 1991:28:82-92.
- DeMaeyer EM, Dallman P, Gurney JM, Hallberg L, Sood SK, Srikantia SG.* Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care. World Health Organization, Geneve 1989.
- Fearn J, Hibbard BM, Laurence KM, Roberts A, Robinson JO.* Screening for neural-tube defects and maternal anxiety. Br J Obstet Gynaecol 1982:89:218-21.
- Gissler M, Ollila E, Teperi J, Hemminki E.* Impact of induced abortions and statistical definitions on perinatal mortality figures. Käsikirjoitus 1993.
- Hemminki E.* Long-term maternal health effects of cesarean section. J Epidemiol Comm Health 1991:45:24-8.
- Hemminki E.* Lääkkeiden käyttö perinataalikaudella - edelleen ajankohtainen tutkimuskohde. Suom Lääkäril 1990:45:2747-52.
- Hemminki E.* Obstetric practice in Finland 1950-1980: changes in technology and its relation to health. Med Care 1983:21:1131-43.
- Hemminki E.* Pregnancy and birth after cesarean section — a survey based on the Swedish birth register. Birth 1987:14:12-7.
- Hemminki E.* Rautaprofylaksia raskauden aikana. Duodecim 1986:102:87-93.
- Hemminki E, Gissler M.* Quantity and targeting of antenatal care in Finland. Acta Obstet Gynecol Scand 1993:72:24-30.
- Hemminki E, Gissler M.* Raskauden ja synnytyksen aikaiset hoitokäytännöt Suomessa vuonna 1991. Suom Lääkäril 1993, painossa.
- Hemminki E, Kangas I, Topo P.* Lääketieteellinen teknologia ja medikalisointi - esimerkkinä vaihdevuodet. Teoksessa: Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O, toim. Terveys sosiologia. WSOY, Juva 1992: 96-106.
- Hemminki E, Malin M, Kojo-Austin H.* Finnish prenatal care: from primary to tertiary health care. Int J Health Services 1990:20:221-32.
- Hemminki E, Malin M, Kojo-Austin H.* Äitiyspoliklinikat Suomen äitiyshuollossa. Suom Lääkäril 1992:47: 957- 61.
- Hemminki E, Mäntyrinta T, Teperi J, Meriläinen J, Tuimala R.* Synnytyksen yhteydessä tehdyt toimenpiteet 1980-luvulla. Suom Lääkäril 1991:46:809-14.
- Hemminki E, Rimpelä U.* A randomized comparison of routine versus selective iron supplementation during pregnancy. J Am Coll Nutr 1991:10:3-10.
- Hemminki E, Topo P, Malin M, Kangas I.* Physicians'

- views on hormone therapy around and after menopause. *Maturitas* 1993, painossa.
- Kangas I, Oittinen R, Topo P.* Hehkeänä halki vuosien – eli saavatko naiset vanheta. *Gerontologia* 1990;4: 177–86.
- Kouvvalainen K.* Syntymättömän lapsen oikeusturva. *Suom Lääkäril* 1991;46:2006–9.
- Länsimies E.* Kliininen genetiikka – rotuhygieniää valespuvussa. *Suom Lääkäril* 1989;44:202–3.
- Malin M, Hemminki E.* Lapsi hinnalla millä hyvänsä. Teoksessa: Häyry M, Häyry H, toim. Luonnotonta lapsensaantia. Gaudeamus, Helsinki 1989:241–54.
- McLaren A.* A history of contraception. From antiquity to the present day. Basil Blackwell, Oxford 1990.
- Meriläinen J, Kojo-Austin H, Hemminki E, Teperi J.* Perinataalitalastot 1988. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki 1991.
- Neilson J, Grant A.* Ultrasound in pregnancy. Teoksessa: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, toim. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, Oxford 1989:419–35.
- Orleans M, Haverkamp AD.* Are there health risks in using risking systems? The case of perinatal risk assessment. *Health Policy* 1987;7:297–307.
- Pearse WH.* Apologia. *Women's Health Issues* 1990;1:1.
- Ringa V, Blondel B, Breart G.* Ultrasound in obstetrics: do the published evaluative studies justify its routine use? *Int J Epidemiol* 1989;18:489–97.
- Riska E.* Inledning. Teoksessa: Hägglund U, Riska E, toim. Kvinnors hälsa och ohälsa. Publikationer från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, nr 7. Åbo 1991:13–7.
- Saari-Kempainen A, Karjalainen O, Ylöstalo P, Heinonen OP.* Ultrasound screening and perinatal mortality: controlled trial of systematic one-stage screening in pregnancy. *Lancet* 1990;336:387–91.
- Simonen L.* Muuttuva hyvinvointivaltio ja hoivatyön haasteet. *Dialogi* 1991;1(1):35–7.
- Stephenson PA, Bakoula C, Cole E, ym.* Patterns of use of obstetrical interventions in 12 countries. *Pediat Perinat Epidemiol* 1993;7:45–54.
- Suomen Akatemia. Terveystieteiden tutkimuksen työryhmän muistio. Suomen Akatemian julkaisuja 3/1980. Helsinki 1980.
- Taffel SM, Placek PJ, Kosar CL.* U.S. cesarean section rates 1990: an update. *Birth* 1992;19:21–2.
- Topo P, Klaukka T, Hemminki E, Uutela A.* Use of hormone replacement therapy in 1976–1989 by 45 to 64-year old Finnish women. *J Epidemiol Comm Health* 1991;45:277–80.
- Tymstra T.* Prenatal diagnosis, prenatal screening and the rise of the tentative pregnancy. *Int J Technol Assess Health Care* 1991;7:509–16.
- Weinstein MC, Tosteson ANA.* Cost-effectiveness of hormone replacement. *Ann New York Acad Sci* 1990;592:162–72.
- Wintersperger B.* Care as a female topic. Cost containment in health and social services at the expense of women? Teoksessa: Brewer G, Weber I, toim. Health services research and primary health care. Congress Proceedings of the Second European Conference, Köln, December 14–15, 1991. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1991:204–7.
- Wrede S.* Befolkningsspolitik och kvinnokontroll: Mordarådgivnings dolda ideologi i Finland från sekelskiftet till efterkrigstider. Teoksessa: Hägglund U, Riska E, toim. Kvinnors hälsa och ohälsa. Publikationer från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, nr 7, Åbo 1991:53–110.

## SUMMARY

*Hemminki E.* *Women and health services research.* *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti • Journal of Social Medicine* 1993;30:169–175.

The article argues that studies from women's and consumer perspective have their place in health services research: many services are women specific and many problems concern more women than men. Ethical questions of new technology and start of life, medicalization, reproductive health services, gynecologic

screenings, impacts of efficacy and privatization on unpaid care work, and changing gender structure of physicians are given as examples on research areas. Content issues are illustrated by examples from research on reproduction: new population hygiene, medicalization of conception, prenatal care, iron prophylaxis, birth services, and benefits of postmenopausal hormone therapy. Women's and consumer perspective are especially useful in identification need for evaluation and in selecting outcomes.