

## Sosiaalilääketieteilijän identiteetti

Artikkelissa tutkitaan monitieteellisen yhdistyksen, Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenistön kokemaa tieteenalaidentiteettiä. Tutkimuksessa kysytään, pitävätkö yhdistyksen jäsenet itseään sosiaalilääketieteilijöinä ja miten he perustelevat kyseisen identiteetin tai sen puuttumisen. Aineistona on käytetty laajaa, vuonna 1999 kaikilta yhdistyksen jäseniltä kerättyä postikyselyaineistoa (N = 429, vastausprosentti 63). Identiteettiä kysyttiin kysymyksellä ”Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?”. Noin puolella vastaajista oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti, 30 prosentilla selkeästi ja 22 prosentilla tilanteesta riippuen. Identiteetin perusteluja tarkasteltiin puuttuvan, selkeän ja tilanteesta riippuvan identiteetin ryhmissä. Lisäksi etsittiin identiteettiä selittäviä tekijöitä tilastollisen analyysin avulla. Perustelut identiteetin kokemiselle olivat ammatillisia, joko tieteen tekoon tai omaan käytännön työhön liittyviä. Sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokemiseen vaikuttivat merkittävimmin miessukupuoli, alle 40:n vuoden ikä ja lääketieteellinen peruskoulutus.

### RANJA AUKEE

#### JOHDANTO

Brittiläinen kulttuurintutkija Stuart Hall kertoo kirjassaan *Identiteetti* (Hall 2002, 11) kuinka hän muutti pois maasta päästäkseen eroon perheestään, mutta joutui kuitenkin huomaamaan, ettei omasta perheestään pääse koskaan eroon, se on aina ”läsnä”. Minua on askarruttanut identifioituminen ja leimaantuminen sosiaalilääketieteilijäksi, miten se oikein tapahtui. Oliko Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallitus minulle kuin perhe, josta en koskaan pääse eroon, vaikka en itse asiassa koskaan ole halunnutkaan. Kun tein vuonna 1999 kyselyn Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenistölle (ks. Aukee 2004), liitin kysymysten joukkoon kysymyksen ”Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?”. Näennäisestä viattomuudesta huolimatta siitä tulikin yksi tutkimukseni tärkeimmistä kysymyksistä.

Edellä mainitun Hall’in teoksen saatesanoissa Mikko Lehtonen toteaa, että nykykulttuurit suorastaan pullistelevat identiteettejä koskettelevia tekstejä. Identiteettejä koskeva ongelma on syntynyt tilanteessa, jossa totutut identiteetit ovat alkaneet hajota ja muuttua aiempaa liikkuvam-

miksi (Lehtonen 2002, 6). Tieteenalat tuottavat tutkijoilleen omien alojensa identiteettejä, mutta voiko monitieteisyys tuottaa tunnistettavan identiteetin ja jos, niin mihin se ankkuroituu? Sosiaalilääketiede sisältää yhteiskuntatieteen, sosiaalisen, ja lääketieteen – luonnontieteellisen ihmistieteen (ks. Juntunen ja Mehtonen 1977, 22–23) ja määrittää tutkimuskohteeseen terveyden, sairauden ja yhteiskunnan välisen suhteen (esim. Heikkinen ja Hasan 1978, Sievers 1979, Rauhalta 1980, Karisto 1981, Nukari 1986, Karisto ym. 1990). Yhdistyksen jäsenistö on monitieteistä ja jatkuvassa sisäisessä liikkeessä (Forsberg 1979, Poikolainen 1974, Henriksson 2000, Aukee 2004). Pitävätkö henkilöt, jotka ovat liittyneet Sosiaalilääketieteen yhdistykseen itseään sosiaalilääketieteilijöinä, eli onko heillä jonkinlainen yhteinen sosiaalilääketieteilijän identiteetti?

Oili-Helena Ylijoki katsoi tutkimuksessaan opiskelijanoviisien sosialisatiosta, että akateemisen identiteetin rakennusaineeksi tuli etsiä yhteisön ja kulttuurin piiristä. Hän jakoi identiteetti-projektit sosiaalisiin ja persoonallisiin, joista jälkimmäiset ovat mahdollisia vasta kun yksilö on

kiinnittynyt sosiaalisiin suhteisiin. Sosiaalisessa identiteettiprojektissa yksilö pyrkii saavuttamaan tietyn yhteisön jäsenyyden kiinnittymällä sen traditioihin, arvoihin, uskomuksiin ja toimintatapoihin (Ylijoki 1998, 132–133). Sosiaalilääketieteen sisällä on tunnistettavia akateemisia heimoja, kuten esimerkiksi sosiologit ja lääkärit, mutta myös useita pienempiä ryhmiä kuten esimerkiksi ravitsemustieteilijät ja terveyskasvattajat tai suuria ryhmiä, joiden tieteellinen identiteetti ei ole yhtä tunnettu tai tunnistettu kuten esimerkiksi terveyden/sairaanhoitajat ja terveydenhuoltotutkijat.

Tieteenalayhdistys on eräänlainen yhteisö. Siihen liitytään vapaasti. Liittyjillä on jokin kiinnostus esimerkiksi sosiaalilääketieteeseen. Sosiaalilääketieteen yhdistys täyttää yhteisölle asetettavat yleiset kriteerit. Yhdistys on alueellisesti rajoittunut (Suomi), sillä on sosiaalista vuorovaikutusta (seminaarit, lehdet, jaostot, hallitus), ja erilaisia yhteenkuuluvuuden tunteita ja symbolista yhteisyyttä osoittavia merkkejä (säännöt, jäsentiedotteet, mielipidekirjoitukset, kannanotot). Yhdistys on yksityisoikeudellinen yhteisö, jonka toiminta-alue on lähinnä aatteellinen. Onkin sanottu, että yhteisö ilmenee alueeseen (tilaan) kiinnittyvänä toiminnan ja tietoisuuden yhdelmänä, joka näyttäytyy siihen osallistuville ihmisille identiteettiä vahvistavana vuorovaikutusjärjestelmänä (Lehtonen 1990, 17–20). Tässä artikkelissa en pyri vastaamaan siihen, onko Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y. vaikuttanut jäsenistönsä identiteetin muodostukseen, vaan siihen, onko yhdistyksen jäsenistöllä ylipäätään sosiaalilääketieteilijän identiteettiä.

Antti Karisto kuvasi tutkimuksessaan Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta (1981) tutkimuksia, joissa tarkasteltiin elinolojen ja terveydentilan yhteyksiä, eri väestöryhmien terveydentilaeroja 1800-luvulta 1930-luvulle saakka. Tutkimuksen tekijöitä Karisto kutsui sosiaalilääketieteilijöiksi (emt. 35, 78). Sosiaalilääketieteellä on ollut vakaa asema suomalaisen lääketieteen historiassa 1800-luvulta aina itsenäistymisen aikoihin asti. 1920- ja 30-luvuilla sosiaalilääketieteen asema heikkeni, sillä luokkasodan jälkeen sosiaaliryhmien eriarvoisuutta ei haluttu tuoda esiin (Karisto emt., 90–91). Sosiaalilääketieteen asema alkoi uudelleen nousta hyvinvointivaltion rakennusprojektin myötä. Pekka Kuusen 60-luvun sosiaalipolitiikka (Kuusi 1961) luotsasi uutta terveydenhuoltopolitiikkaa, mikä toteutuakseen edellytti myös tutkimuksen lisäämistä sekä terveyden että yhteiskunnan tutkimuksen alueilla. 1970-luvun

kansanterveysuudistus muutti alan vakiintuneita nimistöjä. Sosiaalilääketiede nimikkeenä poistui ja alan virat ja oppiainesisällöt sulautuivat vähitellen kansanterveystieteeseen.

Suomen Akatemia panosti voimakkaasti 1970-luvulla ja 1980-luvun alkupuolella kansanterveystieteellisiin tutkimushankkeisiin (Suomen Akatemia 1972, Suomen Akatemia 1975), jotka olivat luonteeltaan poikkitieteellisiä suuriin väestötoiksiin kohdistuvia terveydentilan ja sen determinanttien kartoituksia, kuten METELI-tutkimus ja Pohjois-Karjala-projekti. Vanhat sosiaalilääketieteen ja hygienian laitokset muuttuivat kansanterveystieteen laitoksiksi ja Kuopion ja Tampereen uusissa lääketieteellisissä tiedekunnissa aloittivat uudet kansanterveystieteen laitokset (Isokoski 1979, Jääskeläinen 1985, 211–214, Ignatius 2000, 579–582, Seppälä 2003).

Sosiaalilääketiede, perinteisesti osana lääketiedettä ja varsinkin tieteenalan alkuaikoina, 1800-luvulla, oli ennen kaikkea yhdistelmä sosiaalisesti suuntautuneiden ja alan tutkimusta tekevien lääkäreiden käytännöllistä toimintaa, terveyskasvatusta ja valistusta hoitotyön ohella. Lääketiede itsessään koostuu useista tieteistä ja on vankka yhdistelmä ammatillisuutta ja tiedettä (Laaksovirta 1986, 38–44).

Yhteiskuntatieteiden vahva panos suomalaisessa sosiaalilääketieteessä on syntynyt hyvinvointivaltion rakennuskaudella, johon sisältyivät myös lääketieteen opintouudistus (KM 1970, KM 1971), uusi terveyspolitiikka (Puro 1972), kansanterveystutkimukseen panostaminen (Hemminki ja Toukoma 1997), terveys sosiologian vahvistuminen Suomessa (Riskä ja Lahelma 1984, Kangas ym. 2000) sekä vuodesta 1979 alkaen terveydenhuollon yliopistollisen koulutuksen kehittämismuutos ja siihen liittyvä terveystieteiden eriytyminen (Sinkkonen ja Kinnunen 1999). Näissä kehyksissä ovat kehittyneet pitkälti myös tutkimukseni kohteena olevien sosiaalilääketieteilijöiden identiteetit.

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamisen aikoihin, 1960-luvun lopulla kansanterveystiedeenimike ei vielä ollut käytössä. Yhdistys ei ole lähtenyt mukaan nimenmuutokseen, eikä sen kustantama Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti ole muuttanut nimeään. Pohjoismaainen lehti *Acta socio-medica Scandinavica* (1969–1972) jatkui vuodesta 1973 vuoteen 1998 nimellä *Scandinavian Journal of Social Medicine* ja vuodesta 1999 nimellä *Scandinavian Journal of Public Health*. Sosiaalilääketieteilijöillä on pohjoismaainen yhdis-

tys, Nordiska socialmedicinska förbundet, joka järjestää alan seminaareja joka toinen vuosi. Sosiaalilääketieteen sisältö Pohjoismaissa painottuu eri tavoin, ollen muissa Pohjoismaissa enemmän lääke- ja yleislääketiedepainotteinen kuin Suomessa – tutkimustietoa tästä ei kuitenkaan ole. Suomen Sosiaalilääketieteen yhdistys on alun perin ollut monitieteinen, suurimmat ryhmittymät ovat olleet lääketieteet ja yhteiskuntatieteet.

Sosiaalilääketieteen tieteenalakeskusteluja, tieteenalan määrittelyä on käyty 1800-luvulta lähtien ja eri henkilöiden näkemykset ovat poikenneet ajoittain hyvinkin paljon toisistaan. Ääripäissään sosiaalilääketiede on nähty lääketieteen yläkäsitteenä, jolloin lääketiede on osa sosiaalilääketiedettä, tai on esitetty, että lääketiede on yhteiskuntatiedettä. Suppeimmillaan sosiaalilääketiede on nähty lääketieteen osa-alueeksi. Siinä merkityksessä se on kuitenkin vakiintunut akateemiseksi oppiaineeksi. Yhteiskuntatieteiden laajentuminen myös terveyden tutkimukseen on tuonut mukaan määrittelyn sosiaalilääketieteestä tieteenä, joka koostuu yhteiskuntatieteistä ja lääketieteestä/kansanterveystieteestä/epidemiologiasta. Sosiaalilääketieteen (kansanterveystieteen) tiedeluonteesta keskusteltiin 1970- ja 80-luvuilla (Pietilä ja Kopteff 1978, Sievers 1979, Rauhala 1980, Tuovinen 1981, Hasan 1995). 1990-luvulla keskustelu painottui terveys sosiologiaan (Kangas ym. 2000) ja 2000-luvulla tuli mukaan kansanterveystyön uusi historiallinen tulkinta (Helen ja Jauho 2003).

Kun sosiaalilääketiede on Suomessa nimikkeenä kadonnut lähes tyystin muualta paitsi alan tieteellisen yhdistyksen ja lehden nimestä, onko sitä enää oikeastaan olemassakaan? Vai pitääkö jäljellä oleva nimikkeistö muistissa joitakin sosiaalisen sellaisia merkityksiä, jotka nykytilanteessa eivät näyttäyty tai eivät ole muodikkaita? Näihin kysymyksiin etsin vastauksia tutkimuksesani, jonka osatutkimus tämä artikkeli on.

## IDENTITEETIN KÄSITTEESTÄ

Identiteetin etymologia viittaa sen merkitykseen samana jatkuvasta. Käsite heijastaa tärkeätä psykologista periaatetta: ihmisen pyrkimystä säilyä samana, identtisenä. Identiteetti lienee eniten käytetty minään liittyvä käsite. Se kytkeytyy läheisesti persoonallisuuteen ja minä-kokemukseen kuten myös subjektiviteettiin. Identiteetti ei ole olemuksellista eikä itse tuotettavissa olevaa. Vaikka persoonallisen identiteetin muodostus on jatkuvaa, ei identiteetti ole riippumaton aikaisemmista vai-

heistaan (Heikkinen 2001, Vuorinen 1995, Ronkainen 1999). Identiteetti on siis samalla jotain hyvin henkilökohtaista ja tietyllä tavalla pysyvää, mutta se muotoutuu aina suhteissa toisiin ihmisiin, kulttuuriin ja yhteiskuntaan. Peter L. Bergerin ja Thomas Luckmanin mukaan identiteetti on ilmiö, joka perustuu yksilön ja yhteiskunnan dialektiikkaan. Identiteettityypit ovat puolestaan kokonaan yhteiskunnallisia tuotoksia. Identiteetti on ymmärrettävissä ainoastaan yhteydessä maailmaan (Berger ja Luckmann 1995, 197).

Identiteettejä tuotetaan tietoisien toiminnan, esimerkiksi kasvatuksen avulla, mutta yksilö itse tekee koko ajan omaan elämäänsä liittyviä valintoja. Identiteetti on henkilökohtainen ja sosiaalinen, se on pysyvä ja alati altis muutokselle ja lisäksi yksilöllä voi olla ja yleensä on useita identiteettejä. Tunnettuja ja paljon tutkittuja ovat esimerkiksi kansallinen identiteetti ja sukupuoli-identiteetti. Koska identiteetillä on monia merkityksiä ja monitasoisia sisältöjä, täytyy kunkin tutkijan määrittellä, mitä hän tarkoittaa termillä omassa tutkimuksessaan.

Identiteetti niin itseytymisenä kuin liittymisenä on aina myös rajojen tekemistä, toisen ja vieraan määrittelemistä (Heikkinen 2001,12). Ylijoen tutkimuksessa akateemisista heimokulttuureista osoittautui, että juuri rajojen vetäminen muihin tieteenaloihin oli eri oppialojen identiteetti-projekteissa omaa identiteettiä selventävä seikka. Erot ja erojen politiikka ovat olleet keskeisiä myös monissa muissa identiteettien rakentamis- ja purkamisprojekteissa, vaikkapa Pierre Bourdieun kenttäteoriassa (Bourdieu 1987) tai naistutkimuksen sukupuoliero-keskusteluissa (esim. Juvonen 2002).

Tässä tutkimuksessa identiteetti viittaa kuulumiseen tiettyyn ryhmään, tieteelliseen yhdistykseen, joka on ottanut tehtäväkseen edistää sosiaalilääketiedettä Suomessa. Sosiaalilääketieteilijä-identiteetin sisältöä on mahdollista tutkia tässä tutkimuksessa osana laajempaa kyselytutkimusta, jossa identiteettiin liittyi vain yksi kysymys lisäkysymyksineen. Aineisto rajaa pois mahdollisuuden vastata kysymykseen, miten kunkin tutkittavan oma sosiaalilääketieteilijä-identiteetti on syntynyt ja rakentunut, koska sitä ei kysytty. Sen sijaan pyritään identiteettiä kuvaamaan sellaisten tietojen perusteella, mitä vastaajat ovat kyselyssä antaneet tiedoksi suhteestaan sosiaalilääketieteeseen ja millaiselta koulutus-, ammatti- ja tieteenalapaikalta he määrittävät tätä suhdetta.

## AMMATILLINEN IDENTITEETTI

Sosiaalilääketieteilijä-identiteetti viittaa tieteen tekemiseen, mutta voi olla myös praktinen orientaatio (ks. Kuokkanen 2000). Tutkimukseen ryhtyessäni en voinut tehdä muunlaisia oletuksia identiteetin rakenteesta enkä rakentumisesta. Tutkijan työtä on tutkittu lähinnä tieteentutkimuksen piirissä (esim. Kankaala ym. 2004). Ammatillisen identiteetin tutkimusta on tehty muun muassa kasvatustieteen, sosiologian ja lääketieteen alueilla (esim. Heikkinen ym. 2001, Löyttyniemi 2004). Ylijoen akateemisia heimokulttuureja koskevassa tutkimuksessa (1998) oli tämän tutkimuksen kannalta kiinnostava sosiaalitieteilijöitä koskeva havainto. Erityisesti sosiologeilla todettiin olleen kiistaton, syvälle juurtunut ja toisten akateemisten heimojen arvostama asema aitona ja puhtaan yhteiskuntatieteenä (emt., 82). Ylijoen tutkimusaineisto oli kerätty Tampereen yliopiston opiskelijoilta ja opettajilta ja kuvasti täten heidän itseymmärrystään omista oppiaineistaan. Oman tutkimukseni mukaan sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet pitivät sosiologiaa itselleen tärkeimpänä tieteenä sosiaalilääketieteessä (Aukee 2004). Sosiologien itsetunnosta ja käsityksestä oman tieteenalansa suvereenisuudesta Marjatta Marin (2002, 13–17) on kirjoittanut todeten, että sosiologia pitää itseään yleistieteenä, jonka tutkimuskohteena on koko maailma – yleisönä on kuitenkin yleensä sosiologia itse. Asetelma sosiologia ja lääketiede yhdessä on täten monessa mielessä herkullinen; lääketieteilijöiden ylemmydentunne ja suvereenisuus lienee jotakuinkin yleisesti tunnettu ja se perustuu viime kädessä elämää ja kuolemaa koskevien kysymysten hallintaan (Stacey 1985).

Esiymmärrykseni sosiaalilääketieteilijän identiteetistä oli jotain sen tyyppistä, että kyse on pitkälti tutkijoiden omasta ryhmästä, jossa koetaan jotain samankaltaisuutta ja jossa jaetaan yhteisiä kokemuksia esimerkiksi tieteestä, sen sisällöstä, arvoista ja omasta asemasta tieteiden kentässä. Koska Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistä suuri osa on tieteentekijöitä, voi identiteetti olla ammatillinen, liittyen tutkijan ammattiin ja työhön. Toisaalta monet ovat terveys- ja sosiaalialan ammatillaisia ja vain seuraavat tiedettä, esimerkiksi lukemalla Sosiaalilääketieteellistä Aikakauslehteä. Molempia ryhmiä yhdistää se, että sosiaalilääketiede liittyy jollain tavalla heidän ammatteensa, siihen mitä he tekevät jokapäiväisessä työssään.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin lähettämällä syyskuussa 1999 kyselylomake kaikille elokuussa 1999 Sosiaalilääketieteen Yhdistys ry:n jäsenluettelossa olleille (679). Lomakkeessa oli 47 kysymystä, joista noin puoleen oli valmiita vastausvaihtoehtoja ja puoleen pyydettiin kirjoittamaan avoin vastaus. Kysymykset käsittelivät sosiaalilääketiedettä tieteenä, jäsenistön rakennetta sekä jäsenten tieteellistä ja yhteiskunnallista toimintaa. Kahden uusintakyselyn jälkeen lomakkeita palautui 429, eli 63 prosenttia. Tutkimusaineiston muodostavat SPSS-tiedostoksi tallennetut vastaukset ja teksteiksi puretut avovastaukset.

Vastaajat edustivat yhdistyksen jäsenistöä sukupuolen ja kotipaikkakunnan suhteen. Jäsenistön rakennetta on kuvattu aiemmin julkaistussa artikkelissa (Aukee 2004). Vastaajien enemmistö oli naisia (73 %), jäsenistö keskittyi Etelä-Suomeen ja korkeakoulukaupunkeihin. Naisten keski-ikä oli 45 vuotta, miesten 51 vuotta. Suurimmat peruskoulutusryhmät olivat lääkärit (29 %), yhteiskuntatieteilijät (20 %) ja sairaanhoitajat (18 %). Tohtorin tutkinnon oli suorittanut 40 prosenttia, lisensiaatin 19 prosenttia ja ylemmän korkeakoulututkinnon (yht.kand., maisteri tai vast.) 32 prosenttia. Tutkimustyötä teki päätyönään 31 prosenttia, erilaisia tutkimuksen, opetuksen ja hallinnon yhdistelmätehtäviä 18, opetustyötä 15, hallinnollista työtä 14 ja terveydenhuollon käytännön työtä 12 prosenttia jäsenistöstä.

Tässä nyt esiteltävässä osatutkimuksessa on käytetty kolmenlaisia analyysimenetelmiä. Tutkimuksen kohteena oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Identiteettiä mitattiin kysymyksellä: ”Pidätkö itseäsi sosiaalilääketieteilijänä?” Vastausvaihtoehtoja oli kolme: ”kyllä”, ”en” ja ”riippuu tilanteesta”. Vastaajia pyydettiin perustelemaan vastauksensa em. kysymykseen. Annettuja perusteluja tarkasteltiin kussakin kolmessa vastausryhmässä, eli haluttiin selvittää, millä tavoin selkeän, puuttuvan ja tilannesidonnaisen identiteetin omaavat perustelevat identiteetin kokemukstaan. Perustelut olivat muutaman sanan tai yhden lauseen pituisia luonnehdintoja. Niiden ydinsisältö ryhmiteltiin kussakin identiteetti luokassa erikseen seitsemään pääluokkaan (Taulukko 1). Sisällön erittely tehtiin kahden tutkijan yhteistyönä.

Tilastollisen analyysin rakennetta on ohjannut laadullisen analyysin tulokset identiteettiin vaikuttaneista tekijöistä, jotka olivat pääosin ammatillisia. Ammattiin liittyviksi taustamuuttujiksi

### Taulukko 1.

Sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokemisen perustelut selkeän, puuttuvan ja tilanteesta riippuvan identiteetin ryhmissä, %.

Selkeä identiteetti (n = 101)	Identiteettiryhmät, perustelut		Tilanteesta riippuva identiteetti (n = 73)		
	Puuttuva identiteetti (n = 148)				
1. tekee alan tutkimusta	33	1. toinen ala tärkeämpi	28	1. päärooli ammatillinen	18
2. ammatill. soveltaminen	18	2. ammat. ident. vahvempi	17	2. sos.lääket. mukana tutkijan identiteetissä	16
3. yhteistieteisyys	17	3. en ole tieteilijä	16	3. tilanne ratkaisee	16
4. alan koulutus	9	4. ei riittävästi koulutusta	11	4. riippuu määrittelystä	15
5. tunne, asenne	9	5. en ole lääketieteilijä	10	5. tutkimusintressi	14
6. alan julkaisut	8	6. olen noviisi, harrastelija	9	6. näkökulma, orientaatio	12
7. muu perustelu	8	7. muu perustelu	9	7. heikko identiteetti	8
Yhteensä	100		100		100

valittiin ammatillinen peruskoulutus, minkä tyyppistä työtä tekee, tutkimustyön tekeminen ja ylin oppiarvo. Muiksi selittäviksi tekijöiksi valittiin sukupuoli, ikä ja yhdistykseen liittymisen ajankohta. Taulukoissa identiteettimuuttuja on esitetty kaksiluokkaisena, jolloin kyllä ja riippuu tilanteesta -vastaukset on yhdistetty. Tämä tehtiin tulosten esittämisen selkiyttämiseksi. Kaikki tulokset testattiin myös kolmiluokkaisella identiteettimuuttujalla ja varmistettiin ettei luokitus vääristänyt tuloksia.

Identiteettikokemusta tarkasteltiin taustamuuttujittain eriyttäen analyysit naisille ja miehille, koska identiteettikokemukset olivat naisilla ja miehillä erilaisia. Tulosten tilastolliseen merkitsevyyteen on vaikuttanut nais- ja miesryhmien epäsuhtainen koko; miesten ryhmässä (n = 123) erot olivat harvoin tilastollisesti merkitseviä, kun taas naisten ryhmässä (n = 303) erot olivat usein tilastollisesti merkitseviä.

Lopuksi tehtiin logistinen regressioanalyysi kuvaamaan näiden taustamuuttujien suhdetta identiteetin muodostukseen. Regressioanalyysillä voidaan tutkia jo aiemmin tärkeiksi tiedettyjen muuttujien osuutta selittävinä tekijöinä (Metsämuuronen 2001, 60). Selitettäväksi muuttujaksi valittiin identiteetin kokeminen kaksiluokkaisena muuttujana (0 = ei identiteettiä, 1 = identiteetti). Selittäviksi muuttujiksi valittiin sukupuoli, ikä, ammatillinen peruskoulutus, työn laatu ja ylin oppiarvo. Regressioanalyysi toteutettiin eteenpäin askeltavalla menetelmällä ja tulokset on raportoitu OR-lukuina, joiden merkitsevyyttä on tarkasteltu 95 prosentin luottamusvälillä (ks. Taulukko 3).

### SOSIAALILÄÄKETIETEIJÄN IDENTITEETTI JA SEN PERUSTELUT

Identiteettikysymykseen vastasi 96 prosenttia tutkituista ja 75 prosenttia perusteli kantansa. Vajaa kolmasosa, 30 prosenttia vastaajista koki itsensä sosiaalilääketieteilijäksi. Miehillä kokemus oli selvästi yleisempi kuin naisilla, miehistä 45 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijöinä, naisista 23 prosenttia. Noin viidennes vastaajista (miehistä 21, naisista 23 prosenttia), sanoi identiteettikokemuksen riippuvan tilanteesta. Eniten perusteluita esittivät sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokeneet (87 %). Ne, jotka eivät kokeneet itseään sosiaalilääketieteilijöiksi, perustelivat kantansa 76 prosentissa ja tilanteen mukaan toimivat 78 prosentissa. Yhdenmukainen vastaaminen helpottaa vertailua.

Selkeän identiteetin ryhmässä kolmasosa perusteli sosiaalilääketieteilijän identiteettiään sillä, että tekee alan tutkimusta, lähes viidennes (18 %) sillä, että voi soveltaa sosiaalilääketiedettä ammatillisesti ja lähes yhtä moni yhteistieteisyydellä (Taulukko 1). Yhteis- tai monitieteisyyden korostaminen on osa sosiaalilääketieteen yleistä määrittelyä, mutta myös työskentelytapa. Jos laskeaan yhteen alan tutkimus, koulutus, julkaiseminen ja monitieteisyys, tulee tutkijan työn ammatillisuuteen liittyvistä perusteluista sosiaalilääketieteilijän identiteetin vankin pilari. Ammatillinen soveltaminen viittaa käytännön työhön ja muodostaa vastapoolin tutkimuksen tekemiselle – kysymys on myös ammatillisuudesta, vaikkakin hyvin toisen tyyppisestä ammattityöstä. Ja ihan oman ryhmänsä muodostavat ne vastaukset, joissa korostui tunteenomainen tai asenteellinen suh-

de sosiaalilääketieteeseen, esimerkiksi ”Näkökulmani on vaistollinen ja sosiaalinen (ihmisten tasarvoa korostava)”, ”Sydämeni sanoo niin”, ”Olen tehnyt kansanterveystieteellistä tutkimusta sosiaalisella asenteella”.

Edellä olevasta voi päätellä, että vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti muodostuu erityyppisistä elementeistä, jotka lähes kaikki voidaan palauttaa ammatillisuuteen. Käytännön ja teorian vastapoleille toisen vastakkainasettelun tarjoaa ”tunne-järki-asetelma”: sosiaalilääketieteilijän identiteetin perusta voi olla myös tunne tai asenne. Se voi tarkoittaa sosiaalilääketieteellistä näkökulmaa tai ajattelutapaa, joka ohjaa tieteellistä tai ammatillista työtä.

Vähintään yhtä kiinnostavaa kuin vahvan identiteetin perustelut olivat niiden (jäsenkunnasta puolet) perustelut, jotka eivät kokeneet olevansa sosiaalilääketieteilijöitä; heistä 28 prosenttia ilmoitti selkeästi, että joku toinen ala oli heille tärkeämpi. Kolmannes piti ammatillista identiteettiä vahvempana, heistä puolella ei ollut minäkäänlaista tieteentekijän identiteettiä. Pienemmän ryhmän muodostivat ne, jotka kokivat itsensä vielä noviiseiksi, joko opiskelijoiksi tai alan harrastajiksi; ammatillista tai tieteellistä identiteettiä ei vielä ollut, tai jos sellainen oli, niin se ei ollut sosiaalilääketieteilijän. Oman mielenkiintoisen ryhmän tässä muodostivat ne vastaajat, jotka toivat selkeästi esiin sen, että lääketiede-sanana esiintyminen tieteenalan nimessä estää heitä kokemasta itseään sosiaalilääketieteilijöiksi (Taulukko 1).

Identiteetin omaavien ja sitä vailla olevien ryhmät ovat osittain polaaraisia: tutkimus tekee selkeän rajan. Sen tekeminen tuottaa vahvan identiteetin ja sen puuttuminen jättää vaille sitä. Mutta toisaalta käytännön terveydenhuoltoammatin harjoittaminen sekä tuottaa että heikentää sosiaalilääketieteilijän identiteettiä.

Vahva identiteetti perusteltiin selkeimmin tutkijan ammatilla, identiteetin puuttuminen käytännön työn tekemisellä, mutta millä perusteltiin se, että koki tilanteesta riippuen olevansa sosiaalilääketieteilijä? Tähän ryhmään kuuluvat kantoivat ikään kuin mukanaan kahden edellisen ryhmän perusteluja ja lisäsivät vielä joukkoon tämän varsinaisen vastauksensa, eli että se riippuu tehtävästä, tilanteesta, näkökulmasta tai orientaatiosta. Tämän ryhmän edustajista moni opetti muun työnsä lisäksi ja koki, että asettuessaan opettajan positioon, hän tunsi itsensä sosiaalilääketieteilijäksi. Tämä on mielenkiintoista sikäli, että sen voi tulkita niin, että sosiaalilääketiede on

ikään kuin laajempi kehys tai legitimi positio, josta käsin maailman ilmiöitä voi tarkastella avarammin kuin siinä tutkimuksen tai käytännön työssä, mitä pääasiallisesti tekee. Metaforat viitta ja kaapu kuvannevat yhtäältä tätä mahdollisuutta vaihtaa roolia tilanteen mukaan ja toisaalta kokoavaa, suojaavaa asua, kun taas sateenvarjometaforalla on haluttu korostaa sosiaalilääketieteen erilaisia tieteellisiä lähestymistapoja yhteen keräävää näkökulmaa.

Vailla sosiaalilääketieteilijän identiteettiä olevat sekä osittaisen identiteetin omaavat ovat monessa mielessä kiinnostava ryhmä. He ovat tavallaan rajantekijöitä tai edustavat kenttää, missä rajanvetoa käydään. Tästä ryhmästä voidaan selvittää tieteet, jotka kilpailevat sosiaalilääketieteen kanssa, ja jotka ovat voittaneet identiteettikamppailussa. Tällöin erottuvat ei-lääketieteilijät, jotka todennäköisesti ovat sosiologeja tai muita yhteiskuntatieteilijöitä, mutta myös monet muut tieteenalat, muun muassa ravitsemustiede ja epidemiologia olivat joillekin jäsenille heidän arvotuksissaan ensimmäisellä sijalla. Tämä ryhmä on myös kiintoisa siinä mielessä, että siihen kuuluvilla on muita identiteettejä, jotka voivat olla yhtä tärkeitä tai tärkeämpiä kuin sosiaalilääketieteilijän – se heillä kuitenkin myös on, ainakin ajoittain. He voivat ikään kuin ottaa sen käyttöön tietystä tilanteesta. Tässä joukossa näyttäisi olevan paljon tieteentekijöitä, jotka ovat omaksuneet tai sisäistäneet jotain olennaista sosiaalilääketieteestä, tiedonintressin tai orientaation. Heillä on mahdollisesti sellainen työ, etteivät he voi pelkästään tutkia, joten identiteetit vaihtelevat. Mielenkiintoista on sekin, että ainoat, jotka mainitsivat tieteenalan määrittelyn merkitykselliseksi, olivat tässä ryhmässä. Ja heillekin määrittelyssä oli kiinnostavaa rajanveto, ei niinkään substanssi sinänsä. Tämän voi tulkita niin, että rajanveto auttaa oman identiteetin selkiyttämiseksi – siis vahvistamisessa. Voidaan olettaa, että myös vahvan identiteetin ryhmään ja vailla sosiaalilääketieteilijän identiteettiä olevien ryhmään kuuluvilla oli muita identiteettejä, mutta tähän kolmanteen ryhmään kuuluvat olivat tietoisempia kaksi- tai useampinapaisista identiteeteistään.

## IDENTITEETIN SOSIAALISET TAUSTATEKIJÄT

Koko aineistossa iän ja identiteetin välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Sukupuolen mukaan tarkastellen iällä oli kuitenkin merkitys: naisista alle 40-vuotiaat kokivat itsensä muita useammin sosiaalilääketieteilijöiksi, miehistä yli

**Taulukko 2.**

Sosiaalilääketieteilijän identiteetin omaavat taustamuuttujien suhteen.

	Naiset			Miehet		
	(n)	%	p	(n)	%	p
Ikä						
≤ 39	(55)	58	0,047	(14)	64	0,710
40–59	(151)	41		(67)	64	
60 ≥	(45)	44		(39)	72	
Liittymisajankohta			0,051			0,096
1968–1979	(27)	67		(38)	76	
1980–1990	(45)	51		(42)	71	
1990–1999	(199)	43		(37)	54	
Amm. peruskoulutus			0,049			0,392
sairaanhoidon	(71)	37		(2)	100	
lääketieteen	(57)	63		(66)	71	
yhteiskuntatieteen	(52)	44		(30)	60	
useita peruskoul.	(58)	47		(12)	75	
joku muu	(82)	43		(33)	50	
Työtyyppi			0,054			0,590
tutkimus	(85)	53		(41)	71	
opetus	(52)	33		(9)	78	
hallinto	(25)	32		(30)	67	
käytäntö	(43)	44		(9)	44	
joku muu	(82)	53		(33)	67	
Sos.lääket. tutkimuksen tekeminen			0,000			0,000
ei ole tehnyt	(116)	28		(21)	52	
on tehnyt	(75)	77		(75)	58	
riippuu määrittelystä	(81)	44		(23)	48	
Oppiarvo			0,194			0,121
ei oppiarvoa	(34)	41		(0)	0	
korkeakoulututkinto	(111)	40		(20)	60	
liseniaatti	(51)	55		(25)	52	
tri tai dos	(70)	56		(54)	70	
professori	(17)	35		(23)	83	

60-vuotiaat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä vain naisten ryhmässä (Taulukko 2).

Liittymisajankohdalla oli selvä yhteys identiteettiin: kuta varhemmin henkilö oli liittynyt Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseneksi, sitä useammin hänellä oli vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä vain naisten ryhmässä (Taulukko 2).

Lääketieteen koulutuksen saaneilla oli lievästi useammin vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti kuin muilla peruskoulutusryhmillä, naisten kohdalla yhteys oli tilastollisesti melkein merkitsevä (Taulukko 2). Kuitenkin naislääkäreistä vain 33 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijänä, kun miehistä vastaavasti 52 prosenttia. Ero säilyi, mutta oli pienempi kun luokat ”kyllä” ja ”riippuu tilanteesta” yhdistettiin kuvaamaan identiteetin kokemista. Yhteiskuntatieteellisen peruskoulutuksen saaneista naisista 25 prosenttia ja miehistä 33 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijänä. Kun ”kyllä” ja ”riippuu tilanteesta”-luokat yhdistettiin, kasvoi nais- ja miesyhteis-

kuntatieteilijöiden välinen ero niin, että jo 60 prosenttia miespuolisista yhteiskuntatieteilijöistä piti itseään sosiaalilääketieteilijänä, naispuolisista 44 prosenttia. Sekä miespuoliset lääkärit että yhteiskuntatieteilijät olivat tehneet useammin tutkimustyötä kuin vastaavien alojen naispuoliset jäsenet, mikä selittää eroja.

Työn laatu oli sillä tavoin yhteydessä identiteettiin, että vahvimmat identiteetit olivat hallinnollista ja muuta työtä tekevillä sekä tutkimusta ja tutkimus- ja opetustyötä tekevillä. Pelkästään opetustyötä tekevillä oli harvimmoin vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti, mutta he olivat suurin ryhmä niistä, jotka kokivat identiteetin riippuvan tilanteesta. Käytännön työntekijöiden ja monenlaisia erilaisia työtehtäviä tekevien identiteetti ei ollut paljoakaan heikompi keskimäärin kuin tutkimustyön tekijöillä.

Sukupuolen mukainen tarkastelu osoitti, että paitsi että miehet ja naiset tekevät osittain erilaisia töitä niin myös samantyyppinen työ tuottaa erilaista identiteettiä: tutkimustyötä tekevästä

### Taulukko 3.

Monimuuttuja-analyysi. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenten kokemaa sosiaalilääketieteilijän identiteettiä selittävät tekijät ( $p > 0.05$ ). Kerroinsuhde OR ja sen 95 %:n luottamusväli.

Muuttuja		OR	95 %:n luottamusväli
Sukupuoli	nainen	1.00	
	mies	1.98	1.20–3.28
Ikä	≤ 39	1.00	
	40–54	0.49	0.29–0.81
	≥ 55	0.57	0.30–1.08
Peruskoul.	sairaanh.	1.00	
	lääketiet.	2.57	1.33–4.97
	yht.tiet.	1.17	0.59–2.30
	useita	1.72	0.86–3.43
	joku muu	1.07	0.53–2.19

miehistä 71 prosenttia koki itsensä sosiaalilääketieteilijöiksi ainakin ajoittain, naisista 53 prosenttia. Hallinnollista työtä tekevistä miehistä 67 prosentilla oli vastaavanlaisesti sosiaalilääketieteilijän identiteetti, naisista 32 prosentilla. Edellä oleva johtaa päättelemään, että myös ammattiasemalla, toimimisella johtavissa asemissa saataisi olla yhteyttä vahvaan identiteettiin. Näin ei kuitenkaan yksiselitteisesti ollut, mutta tämän kokoisessa aineistossa luokat jäivät liian pieniksi luotettavien johtopäätösten tekemiseen.

Identiteetin kokemisen ja sosiaalilääketieteellisen tutkimustyön tekemisen välinen yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä sekä miehillä että naisilla. Sosiaalilääketieteen alan tutkimusta tehneistä naisista 77 ja miehistä 58 prosentilla oli sosiaalilääketieteilijän identiteetti (Taulukko 2). Jos identiteetin kokemusta tarkasteltiin sosiaalilääketieteellisen tutkimuksen tekemisen kaksiluokkaisen muuttujan (1 = en ole tehnyt, 2 = olen tehnyt + riippuu määrittelystä) suhteen, kääntyivät prosentit toisin päin; naisista 60 prosenttia ja miehistä 70 prosenttia piti itseään sosiaalilääketieteilijänä ja tulos oli tilastollisesti merkitsevä vain naisten ryhmässä.

Asema akateemisessa hierarkiassa näytti olevan identiteettiin liittyvä piirre. Identiteetin ja akateemisen oppiarvon välinen yhteys ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä kummallakaan sukupuolella. Vaikka kysymys on analyysin kannalta pienestä aineistosta, herättää taulukossa 2. kuitenkin huomiota muun muassa se, että vain 35 prosentilla naisprofessoreista oli jonkinlainen sosiaalilääketieteilijän identiteetti, kun taas miesprofessoreista 83 prosentilla. Naisprofessoreista lääketieteellinen peruskoulutus oli 29 prosentilla,

miesprofessoreista 58 prosentilla. Naisprofessoreista 29 prosentilla oli yhteiskuntatieteen koulutus, miesprofessoreista 13 prosentilla. Miehistä, joiden ylin oppiarvo oli korkeakoulututkinto (yht.kand., maisteri tai vast.), piti itseään sosiaalilääketieteilijänä 60 prosenttia, mutta naisista vain 40 prosenttia. Tulevaisuuden kannalta on kiinnostavaa, että nais- ja miespuolisilla lisensiaateilla oli yhtä usein sosiaalilääketieteilijän identiteetti, naislensiaatit kun olivat useammin yhteiskuntatieteilijöitä ja mieslensiaatit lääkäreitä.

Regressioanalyysi tuotti kolme tilastollisesti merkitsevää tulosta. Ensinnäkin miehillä oli lähes kaksi kertaa suurempi todennäköisyys muodostaa sosiaalilääketieteilijän identiteetti kuin naisilla. Vastaavasti 40–54-vuotiailla oli pienempi (kerroinsuhde 0,49) todennäköisyys identiteetin muodostukseen verrattuna alle 40-vuotiaisiin kun yli 50-vuotiaat eivät osoittaneet tilastollisesti merkitsevää eroa. Koulutustaustasta ainoaksi merkitseväksi nousi lääkäreiden koulutus suhteessa sairaanhoitajiin: lääkäreillä oli 2,6-kertainen todennäköisyys muodostaa sosiaalilääketieteilijän identiteetti verrattuna sairaanhoitajiin muiden koulutustaustojen jäädessä tilastollisesti merkityksettömiksi (Taulukko 3).

### POHDINTA

Kolmasosalla Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenistä oli vuonna 1999 sosiaalilääketieteilijän identiteetti, puolella ei ollut ja noin viidennes tunsi itsensä ajoittain sosiaalilääketieteilijäksi. Miehet pitivät itseään useammin sosiaalilääketieteilijänä kuin naiset. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistöstä oli vuonna 1999 naisia 73 prosenttia. Miehillä identiteetin kokeminen oli yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä, naisilla taas nuoremmassa. Vahvan identiteetin omaavat naiset edustivat yhteiskuntatieteilijä, jotka perinteisesti ovat sosiaalilääketieteessä olleet alisteisia lääketieteelle. Sukupuolten identiteetin kokemus ylimmän oppiarvon mukaan noudatti hierarkkista mallia, mutta osoitti, että korkeatkaan akateemiset arvot eivät ole tuottaneet yhdistyksen naisjäsenille yhtä usein vahvaa sosiaalilääketieteilijän identiteettiä kuin miehille. Tasavertaisimpia tässä suhteessa olivat dosentit.

Lääketieteellisen koulutuksen saaneet pitivät itseään muita useammin sosiaalilääketieteilijöinä. Kuitenkin sosiaalilääketieteen alan tutkimusta tehneillä lääketieteen ja yhteiskuntatieteen edustajilla oli lähes yhtä usein vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Kolmannella suurella ammat-



tiryhmällä, terveyden- ja sairaanhoitajilla taas puolestaan oli harvoin vahva sosiaalilääketieteilijän identiteetti. Heistä suurin osa oli liittynyt Sosiaalilääketieteen yhdistyksen 1990-luvulla. He näyttäsivät tulleen perinteisen käytännön mieslääkäriin tilalle edustamaan hoitotyön käytäntöä. Hoitotiede kehittyi akateemiseksi tieteenalaksi 1980-luvulla (Kalkas ja Åstedt-Kurki 2003, 260–267). Osa hoitotieteilijöistä oli kiinnostunut myös sosiaalilääketieteestä. Heidän, kuten joidenkin lääkäreiden kohdalla voidaan perinteisen ammatillisuus-tieteellisyys-kaksoisidentiteetin sijasta jokenties puhua kolmois- tai moni-identiteetistä.

Identiteetin kokemista perusteltiin ammattiin liittyvillä seikoilla, mutta ammatti voi olla yhtä hyvin sosiaalilääketieteen alaan kuuluvaa tutkimustyötä kuin käytännön työtä. Tutkimuksen tekeminen ja muu työ yhdistyvät aikaisempaa harvemmin samoissa henkilöissä, sillä alalle on tullut suuri ammattitutkijoiden joukko, joka ei tee terveydenhuollon käytännön ammattityötä sekä suuri käytännön työntekijöiden joukko, joka ei tee tutkimustyötä. Jäsenistö on myös ”tieteellistynyt” sillä tavoitin, että vuonna 1999 oli 40 prosentilla tohtorin tutkinto, kun se vuonna 1977 oli 20 prosentilla (Forsberg 1979).

Identiteetin tarkastelu yhdistykseen liittymisen vuosikymmenittäin ja ammatillisen peruskoulutuksen ryhmittäin vaihteli, mutta tilanteesta riippuvien identiteetikokemusten osuus näyttää pysyvän suhteellisen samana. Onko sosiaalilääketieteessä aina noin viidennes näitä, jotka tuntevat identiteetin vain tietyissä tilanteissa? Kenties se on välttämätön osa monitieteisyyden dynamiikkaa.

Ryhmään ”en ole sosiaalilääketieteilijä” kuului suurin joukko jäsenistä. He olivat alan aktiivisia seuraajia ja harrastajiakin, joille ammatillinen identiteetti oli vahvempi kuin tieteellinen ja he olivat liittyneet yhdistykseen paljolti Sosiaalilääketieteellistä Aikakauslehteä seuratakseen. Sosiaalilääketieteilijän identiteetti saattaa olla sekä tunnekysymys että järkkikysymys, praktinen tulos harjoitetuista opinnoista alalle ja alan tutkimuksen tekemisestä. Nimikysymys – on se sitten tunne- tai järkkiperustainen – on oma kysymyksensä, josta tieteenalan sisällä keskustellaan toistuvasti. Osa yhdistyksen sosiaalitieteilijäjäsenistä ei voinut hyväksyä ”lääketieteilijä”-nimeä.

Tarkastelun tuloksena syntyi kuva, jonka mukaan vahva identiteetti liittyy vahvaan yhteiskunnalliseen ja/tai tieteelliseen asemaan. Vahva tyyppi syntyy miespuolisesta lääketieteen harjoittajasta, joka työskentelee tutkimuksen parissa tai

hallinnossa, jonka tutkimusalue liittyy sosiologiaan tai terveystieteisiin ja joka on akateemisen hierarkian ylemmillä portailla.

Sosiaalilääketieteilijän identiteettiä arvioitiin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenten vastausten perusteella. Tutkimus oli kokonaistutkimus jäsenistöstä tietynä ajankohtana, 1900- ja 2000-lukujen vaihteessa. Monet itsensä sosiaalilääketieteilijöiksi kokevat eivät ole alan tieteellisen yhdistyksen jäseniä. He toimivat valtionhallinnon erilaisissa viroissa, sektoritutkimuslaitosten johto- ja tutkimustehtävissä, Suomen Akatemiassa, yliopistoissa ja korkeakouluissa sekä moninaisissa sosiaali- ja terveysalan käytännön töissä. Edustavan otoksen kerääminen suomalaisista sosiaalilääketieteilijöistä olisi rajaamisen vuoksi mahdollonta tai ainakin erittäin vaikeaa (ks. Hemminki 1998). Tieteellisen yhdistyksen jäsenistöä ja toimintaa kuvaamalla voidaan kenties tavoittaa jotakin olennaista myös sosiaalilääketieteestä itsestään.

Identiteetin määrittely tapahtui tässä tutkimuksessa yhden kysymyksen avulla. Sitä voidaan tietysti kritisoida, mutta myös perustella sillä, että vastaajilta kysyttiin heidän omaa kokemustaan, mikä on identiteetin määrittelyssä kaikkein tärkeintä. Ja identiteetin kokemuksen perustelujen kirjoittaminen tapahtui vastaajien oman valinnan mukaan.

Sosiaalilääketieteen kannalta positiivinen oli tutkimuksen päätulos, joka osoitti, että tieteellisiltä juuriltaan ja katsantokannoiltaan toisistaan periaatteessa hyvinkin kaukana olevilla yhteiskuntatieteilijöillä ja terveys/lääketieteilijöillä ja myös muiden alojen edustajilla saattoi olla yhteinen kokemus sosiaalilääketieteellisestä identiteetistä. Kun sosiaalilääketieteilijän identiteetti saavutetaan erilaisia koulutuksellisia ja ammatillisia polkuja kulkien, osoittaa se myös, että sosiaalilääketiede on aidosti monitieteinen tiede. Se myös haastaa kysymään, onko sosiaalilääketiede aito, synteettinen tiede, vai onko se vain kokoelma tieteitä. Sosiaalilääketieteen määrittelyssä jatkuu lordi Snow’n jo vuonna 1959 (Snow 1993) aloittama keskustelu kahdesta kulttuurista: luonnon-tieteiden ja humanististen tieteiden erilaisista arvolähtökohdista, kohteesta ja metodista (keskustelusta ks. Aarnio 1994, 135–145, Ylijoki 1998, 30–35). Tällaista keskustelua ei sosiaalilääketieteessä ole käyty 1980-luvun jälkeen, mutta se saattaa jälleen nousta esiin Suomen Akatemian monitieteisyyttä ja poikkitieteellisyttä suosivien tutkimuslinjausten myötä (Bruun ym. 2005).

The article investigates the identity formation of the membership of a multidisciplinary scientific association, the Society of Social Medicine in Finland. The research asked whether the members of the Society had some kind of identity that refers to social medicine and what reasons did they give for having or not having this identity. The data comes from a postal questionnaire sent to all members of the Society in 1999 (N = 429, the response rate was 63 %). Identity was assessed with the question: "Do you think of yourself as 'a social medicinist'?" About half of the people

who answered the questionnaire had this identity, 30 % had it clearly, and in 22 % of the cases this depended on the situation. The grounds for having the identity were examined in three groups: lacking, clear and situational. In addition, statistical analysis was used to determine explanatory factors. The reasons for having the social medicine practitioner's identity were professional and related either to one's own research activity or practical work. The most significant explanatory factors for a strong identity were the male sex, age less than 40 years, and medical training.

## KIRJALLISUUS

- Aarnio A. Kaksi kulttuuria. Humanistin vastuu. Teoksessa Aarnio A. Järki ja auktoriteetti. Puhuttua ja kirjoitettua vuosilta 1988–1994. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, Julkaisuja 9/94, Tampere 1994, 135–145.
- Aukee R. Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhanen vaihteessa. Sosiaalilääk Aikak 2004:41:137–146.
- Berger PL, Luckmann T. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. Suomentanut ja toimittanut Vesa Raiskila. Gaudeamus, Helsinki 1995, 2. painos. Alkuteos The Social Construction of Reality (1966).
- Bourdieu P. Sosiologian kysymyksiä. Käännös JP Roos. Vastapaino, Tampere 1987.
- Bruun H, Hukkinen J, Hautoniemi K, Thompson Klein J. Promoting Interdisciplinary Research. The Case of Academy of Finland. Publications of the Academy of Finland 8/05, Edita, Helsinki 2005.
- Forsberg S. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsentiedustelu 1977. Sosiaalilääk Aikak 1979:16:183.
- Hall S. Identiteetti. Suomentanut ja toimittaneet Mikko Lehtonen & Juha Herkman. Vastapaino, Tampere, 2002 (4. painos).
- Hasan J. Sosiaalisen ja fysiologisen keskinäissuhteesta lääketieteessä. Väitöstilaisuuden lectio precursoria 1989. Teoksessa Niemi M, Taipale I, Jylhä M, toim. Hyppysellinen suolaa saunan jälkeen. Valikoima Jeddi Hasanin kirjoituksia. Kustannus Oy Kunnia, Tampere 1995, 25–31.
- Heikkinen A. Miksi aika, paikka ja tila? Teoksessa Heikkinen A, Borgman M, Henriksson L, Korhokangas M, Kuusisto L, Nuotio P, Tiilikkala L. Niin vähän on aikaa – ammatillisen kasvun katoava aika, paikka ja tila? Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus, Tampereen yliopisto 2001, 7–22.
- Heikkinen A, Borgman M, Henriksson L, Korhokangas M, Kuusisto L, Nuotio P, Tiilikkala L. Niin vähän on aikaa – ammatillisen kasvun katoava aika, paikka ja tila? Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus, Tampereen yliopisto 2001.
- Heikkinen E, Hasan J. Biologinen ja sosiaalinen lääketieteessä. Sosiaalilääk Aikak 1978:15:211–214, pääkirjoitus.
- Helen I, Jauho M, toim. Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki 2003.
- Hemminki E. Yhteenvedo: millaista kansanterveystutkimusta tarvitaan ja miten se tulisi rahoittaa? Teoksessa Gissler M, toim. Kansanterveystutkimuksen tarve ja rahoitus 1990-luvun Suomessa. Seminaariraportti. Suomen Akatemian julkaisuja 5/98, Helsinki 1998, 42–47.
- Hemminki E, Toukoma H. Kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitus Suomen Akatemiassa 1971–95. Duodecim 1997:113:519–525.
- Henriksson L. Sosiaalilääketieteen yhdistys 30 vuotta. Sosiaalilääk Aikak 2000:37:1–4, pääkirjoitus.
- Ignatius J. Lääketieteet. Teoksessa Suomen tieteen historia, osa 3, luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet, toim. Tommila P & Tiitta A. WSOY, Porvoo 2000, 579–582.
- Isokoski M. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos. Sosiaalilääk Aikak 1979:16:265–268, pääkirjoitus.
- Juntunen M, Mehtonen L. Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Gummerus, Jyväskylä 1977.
- Juvonen T. Varjoelämää ja julkisia salaisuuksia. Homoseksuaalisuuden rakentuminen sotienjälkeisessä Suomessa. Vastapaino, Tampere 2002.
- Jääskeläinen M. Lääkärikoulutus. Teoksessa Kauttu K, Kosonen T Suomen Lääkäriliitto 1910–1985. Suomen Lääkäriliitto, Gummerus Jyväskylä 1985, 205–214.

- Kalkas H, Åstedt-Kurki P. Hoitotiedede lääketieteellisessä tiedekunnassa. Teoksessa Visakorpi J, Seppälä R, Pasternack A, Ylitalo P, toim. 30-vuotinen sota. Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1972–2002, Gummerus, Jyväskylä 2003, 260–267.
- Kankaala K, Kaukonen E, Kutinlahti P, Lemola T, Nieminen M, Välimaa J. Yliopistojen kolmas tehtävä. Sitra 264, Edita Publishing Oy, Helsinki 2004.
- Kangas I, Karvonen S, Lillrank A, toim. (2000) Terveystieteiden suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki 2000.
- Karisto A. Sosiaalilääketiede ja yhteiskunta. Katsaus suomalaisen terveyden sosiaalisia eroja koskevaan tutkimustoimintaan autonomian ajalta 1930-luvulle. Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia No 3, Helsingin yliopisto, Helsinki 1981.
- Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O. 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. Sosiaalilääk Aikak 1990:27:206–220.
- KM 1970. Tampereen lääketieteellisen opetuksen suunnittelutoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1970:B 117, Helsinki 1970.
- KM 1971. Lääketieteen opintouudistustoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1971:A6, Helsinki 1971.
- Kuokkanen M. Sosiaalilääketiede kliinisenä käytäntönä. Sosiaalilääk Aikak 2000:37:245–250.
- Kuusi P. 60-luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo 1961.
- Laaksovirta T. Tieteellisen tiedon välittyminen yhteiskuntaan. Tutkimus tieteellisen tiedon (lääketiede) välittämisestä ja välittämisestä terveystieteiden alueella Suomessa. Acta Universitatis Tamperensis, Ser A, Vol 210, Tampereen yliopisto, Tampere 1986.
- Lehtonen H. Yhteisö. Vastapaino, Tampere 1990.
- Lehtonen M. Saatteeksi. Teoksessa Hall S. Identiteetti. Vastapaino, Tampere 2002, 6 (4. painos).
- Löyttyneemi V. Auscultatio medici: kerrottu identiteetti, neuvottelu, sukupuoli. Tampere University Press, Tampere 2004.
- Marin M. Sosiologia – puhdas tiede? Teoksessa Neittaanmäki L, toim. Enemmän kuin yksi. Sosiologiaa oppimassa Jyväskylän yliopistossa – oppaana professori Faina Jyrkilä. Gummerus, Saarijärvi 2002.
- Metsämuuronen J. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. International Methelp, Helsinki 2001.
- Nukari L. Sosiaalinen sairauksien etiologiassa. Sosiaalilääk Aikak 1986:23:401–405.
- Pietilä V, Kopteff P J. (1978) Applying public health science: theoretical problems. Community Health 1978:9:227–229.
- Poikolainen K. Sosiaalilääketieteen yhdistys. Sosiaalilääk Aikak 1974:11:188–189.
- Puro K. Terveystieteiden perusteet. Forum – kansanterveys, Tammi 1973.
- Rauhala P-L. Suomalaisen sosiaalilääketieteen eräitä juuria. Sosiaalilääk Aikak 1980:17:156–165.
- Riska E, Lahelma E. Terveyden sosiologian kehitys ja asema Suomessa. Sosiaalilääk Aikak 1984:21:197–205.
- Ronkainen S. Ajan ja paikan merkitsemät. Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus. Gaudeamus, Helsinki 1999.
- Seppälä R. Kahdentuhannen lääkärin koulu. Teoksessa Visakorpi J, Seppälä R, Pasternack A, Ylitalo P, toim. 30-vuotinen sota. Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1972–2002. Gummerus, Jyväskylä 2003, 11–184.
- Sievers K. Sosiaalilääketieteen ja lähialojen sisällön kehitys. Sosiaalilääk Aikak 1979:16:125–127, pääkirjoitus.
- Sinkkonen S, Kinnunen J. Terveystieteiden eriytymisprosessi, terveyshallintotieteen identiteetti ja suhde lähitieteisiin. Hoitotiede 1999:11:311–324.
- Snow CP. The Two Cultures. Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- Stacey M. Medical ethics and medical practice: a social science view. Journal of medical ethics 1985:11:14–18.
- Suomen Akatemia. Kansanterveyden tutkimuksen kehittämissuunnitelma vuosille 1977–81. Kansanterveyden tutkimusjaosto, Helsinki 1975.
- Suomen Akatemia. Tieteenkeskustoimikunnan tiedepoliittinen ohjelma 1972. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1972.
- Tuovinen R. Keskustelua sosiaalilääketieteestä. Sosiaalilääketiede ja sen tutkimuskohde -seminaari Teisko 16.–17.5.1980. Sosiaalilääk Aikak 1981:18:86–95.
- Vuorinen R. Persoonallisuus ja minuus. WSOY, Juva 1995.
- Ylijoki O-H. Akateemiset heimokulttuurit ja noviisien sosialisointi. Vastapaino, Tampere 1998.

**RANJA AUKEE**

*THL, lehtori*

*Tampereen yliopisto*

*Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos*