

Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi

Suomessa toteutettiin 1970-luvun alussa perusterveydenhuollon, lääketieteen peruskoulutuksen ja tiedepolitiikan uudistukset, joiden seurauksena myös sosiaalilääketieteen ja hygienian laitokset yliopistoissa muuttuivat kansanterveystieteen laitoksiksi. Kansanterveystiede syrjäytti sosiaalilääketieteen sekä tieteenalana että oppiaineena. Suomen Akatemia tuki kansanterveyden tutkimusta erityisenä painoalana. Suomalainen termi ”kansanterveystiede” (Science of Public Health) vastaa kansainvälisessä käytössä olevaa termiä ”Public Health”. Sosiaalilääketiede jäi kuitenkin alan yhdistyksen ja lehden nimeen. Vanhan sosiaalilääketieteen perinnettä jatkaa sosioekonominen terveystutkimus, jolla on yhteyksiä väestötieteeseen, epidemiologiaan, terveyden sosiologiaan ja kansanterveystieteeseen. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistölle vuonna 1999 tehdyssä kyselyssä (n = 429, vastausprosentti 63) kysyttiin jäsenistön kantaa tieteenalan aseman muutokseen ja nimeen. Yli puolet jäsenistöstä kannatti nykyistä yhdistyksen ja lehden nimeä (Sosiaalilääketieteen yhdistys ry., Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti) ja yksi neljäsosa kannatti nimen vaihtamista kansanterveystieteeksi. Nykyistä nimeä kannattivat kauan yhdistyksessä olleet, lääketieteen ja yhteiskuntatieteen edustajat sekä tutkijat. Uutta nimeä kannattivat uudet jäsenet, joista suurin osa oli sairaanhoidon koulutuksen omaavia sekä muiden tieteenalojen edustajia. Sosiaalilääketieteessä nähtiin arvokkaaksi sosiaalisen näkyminen nimessä ja alan historiallinen perinne sekä asema. Kansanterveystieteen taas koettiin olevan nykyaikaisempi ja alueeltaan laajempi. Suhtautumista tieteenalan aseman muutokseen ja nimeen selittivät parhaiten vastaajan peruskoulutus, työn laatu sekä identifioituminen sosiaalilääketieteilijäksi.

RANJA AUKEE

JOHDANTO

Kun me tamperelaiset kansanterveystieteen tutkijat vierailimme 1970-luvun puolenvälin aikoihin Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksella, ihmettelimme käytävän molemmiin puolin näkyviä laboratoriolaitteita ja vesialtaita. Nuoruuden naiiviudella tunsimme ylimielisyyttä omasta kansanterveystieteestämme, jonka ympäristössä ei alkujaankaan näkynyt merkkejä vanhasta hygienia-ajasta. Uudet kansanterveystieteen laitokset olivat aloittaneet toimintansa, vanhat laitokset olivat muuttaneet nimensä ja terminologian uudistamisen myötä oli luotu kansanter-

veystiede. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksessa oli aika ajoin käyty nimikeskustelua, mikä yleensä tiivistyi kysymykseksi: pitäisikö yhdistyksen ja lehden nimissä sosiaalilääketiede muuttaa kansanterveystieteeksi? Nimenmuutosta perusteltiin muun muassa sillä, että alan yliopistolliset laitokset olivat nimeltään kansanterveystieteen laitoksia ja että muissa maissa vastaava termi oli ’Public Health’. Vanha nimi on kuitenkin pitänyt pintansa.

Sosiaalilääketiede syntyi 1800-luvulla ja kansanterveystiede 1900-luvulla noin 100 vuotta myöhemmin. Kirjallisuudessa nämä kaksi esiinty-

vät välillä omina tieteenaloinaan, välillä toisiaan sujuvasti korvaavina tai yhtä aikaa, ikään kuin samaa tarkoittaen. Tieteet eriytyvät ja integroituvat ja saavat kunkin aikakauden tarpeiden ja kulttuurin painotusten mukaisesti myös uusia nimiä. Nimeäminen voi tapahtua etu- tai jälkikäteen. Sosiaalilääketiede nimettiin jälkikäteen, kun ympäristötekijöiden vaikutus terveyteen alettiin yhä paremmin tuntea. Kansanterveystiede taas nimettiin etukäteen, kun tieteenala nimettiin ennen kuin sen uudet tiedeinstituutiot olivat ehtineet tuottaa tutkimusta. Sosiaalilääketieteen ja kansanterveystieteen historiassa on ollut useita murroskausia, jotka ovat vaikuttaneet tieteenalan asemaan ja käytettyihin käsitteisiin.

SOSIAALILÄÄKETIETEEN SYNTY

Sosiaalilääketieteen syntyyn vaikuttivat monet yhtäaikaaiset prosessit: teollinen vallankumous, työläisten asema, epidemioiden pelko ja lääketieteessä tapahtunut kehitys. Hannu Vuoren mukaan sosiaalilääketiede oli se osa lääketiedettä, joka ryhtyi tutkimaan sosiaalisten seikkojen vaikutusta sairastavuuteen ja kuolleisuuteen ja sosiaalinen merkitsi kuulumista tiettyyn sosiaaliluokkaan (Vuori 1979, 130–141). 1800-luvulla julkaistiin runsaasti lääketieteellistä tutkimusta, jota voidaan kutsua sosiaalilääketieteelliseksi tutkimukseksi. Aikakautta 1880–1910 onkin kutsuttu sekä lääketieteen että sosiaalilääketieteen kultakaudeksi (ks. Karisto 1981, 28–36, Ignatius 2000, 515–543). Sosiaalilääketieteen sijasta tai rinnalla käytettiin myös termejä hygienia, sosiaalihygienia, yhteiskuntahygienia, terveydenhoitoppi (ks. Helén ja Jauho 2003, Mikkeli 1995, Erkkilä 1948, 1951, 1963, Rauhala 1980).

Varhainen sosiaalilääketieteellinen tutkimus muistutti nykyaikaista epidemiologista tutkimusta tehtynä ilman sofistikoituja tutkimusmenetelmiä. Tautiprofilissa painottuivat sellaiset taudit, joiden yhteydet aineelliseen köyhyteen olivat mitä ilmeisimmät (Karisto 1986, 123–124). Sosiaalilääketieteen ensimmäisen kukoistuskauden on arvioitu päättyneen 1900-luvun alkuvuosikymmenten aikana. Kansalaissodan jälkeen luokakeskustelujen on arvioitu olleen arka aihe ja itsenäistymisen jälkeisessä Suomessa nopeiden yhteiskunnallisten muutosten ohjanneen tutkimusta hallinnon ja politiikan palvelukseen. Lääketieteen puolella luonnontieteellisen paradigman ja lääkärikunnan omista intresseistä nousevien kysymysten on arvioitu voittaneen jalansijaa. (Rauhala 1980, Karisto 1981).

Murroksen vanhaan sosiaalilääketieteen perinteeseen aiheuttivat konkreettisesti lääketieteen ulkopuolelta tulevat tutkijat, yhteiskuntatieteilijät ja muiden tieteiden edustajat, joita myös kiinnostivat terveyden ja yhteiskunnan väliset suhteet. Yhteiskuntatieteiden yliopistollinen opetus alkoi Suomessa vasta sotien jälkeen. Helsingin yliopistoon vuonna 1945 perustetun valtiotieteellisen tiedekunnan sosiaalipolitiikan professoriksi nimettiin Heikki Waris. Erik Allardtin mukaan etenkin Wariksen panos oli ratkaiseva yhteiskuntatieteiden suunnanmuutokselle. Hän oli tehnyt 1930-luvun alussa tuolloin vielä harvinaisen opintomatkan Yhdysvaltoihin ja hänen tutkimuskohteenaan oli suomalaisen modernin yhteiskunnan rakenne (Allardt 2003, 202). Wariksen väitöskirjan Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle (1934) voi nähdä myös sosiaalilääketieteellisenä tutkimuksena. Tutkimuksen lähtökohta, asetelma ja metodit olivat hyvin samantyyppisiä kuin 1800-luvun sosiaalilääketieteilijöillä. Waris totesi, että ”Helsingin osalta oli jo olemassa laaja ja luotettava aineisto, mutta ne kaikki olivat lääkärien kirjoittamia *lääketieteellisiä* tutkimuksia. - -Tämän *sosiaalisen* tutkimuksen lähtökohtana oli käyttää lääketieteellistä tietoa valaisemaan Helsingin yhteiskunnallista kehitystä” (Waris 1973, 267–268). Wariksen aloittama ”sosiaalilääketieteellinen” suuntaus ei kuitenkaan saanut välittömästi jatkajia.

Sosiaalilääketieteen oppikirja ilmestyi vuonna 1957, ennen uuden sosiaalilääketieteen tuleamista. Kirjan kirjoittaja, Leo Noro, toimi sekä Työterveyslaitoksen ja lääkintöhallituksen pääjohtajana että Sosiaalilääketieteen yhdistyksen ensimmäisenä puheenjohtajana. Noron kirja oli käytännönläheinen, sisältäen runsaasti tietoa sosiaaliturvajärjestelmästä, lainsäädännöstä ja hallinnosta (Peräsalo 1968). Esipuheessa Noro toteaa, että vaikka sosiaalilääketieteestä oli käyty vilkasta keskustelua kaikkialla maailmassa, ei ollut päästy yksimielisyyteen siitä, mitä se on. Sosiaalilääketieteen tarpeeseen olivat hänen mukaansa vaikuttaneet muun muassa lääketieteen erikoistuminen ja siihen liittyen ihmisen kokonaisuuden huomiotta jääminen hoidossa, sekä yleensäkin sosiaalisten tekijöiden vaikutuksen liian vähäinen huomioiminen (Noro 1968, esipuhe).

UUSI SOSIAALILÄÄKETIEDE

Sosiaalilääketieteen 1960- ja 1970-lukujen taitteessa tapahtuneen uuden tuleamisen merkkipaluksi muovautuivat Kansaneläkelaitoksen Sosiaa-

liturvan tutkimuslaitoksessa vuonna 1964 käynnistyneet kansalliset terveyshaastattelututkimukset (Purola ym. 1967 ja 1971) ja Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustaminen vuonna 1968. Sysäyksen suomalaisen sosiaalilääketieteen yhdistyksen perustamiseen oli antanut kesäkuussa 1967 Göteborgissa pidetty ensimmäinen pohjoismainen sosiaalilääketieteen konferenssi, jossa päätettiin alustavasti pohjoismaisen yhdistyksen perustamisesta ja alan pohjoismaisen lehden *Acta Socio-Medica Scandinavica*:n julkaisemisen aloittamisesta (Kaipainen 1976). Suomen Akatemiassa suunniteltiin ja rahoitettiin kansanterveyden tutkimusta (SA 1972, SA 1975, SA 1980). Lääkäreiden peruskoulutusta uudistamaan perustettu toimikunta suositteli yhteiskuntatieteiden mukaan ottamista lääketieteen opinto-ohjelmaan. (KM 1971, 138–139). Sosiologian, erityisesti väestötieteen professoriksi Helsingin yliopistoon valittu Tapani Valkonen alkoi tehdä tutkimusta väestöryhmien sairastavuus- ja kuolleisuuseroista 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa (Valkonen ja Niemi 1978, Valkonen ja Pyörälä 1981, Valkonen ja Sauli 1981).

Pohjoismaisten sosiaalilääketieteen yhdistysten sosiologijäsenet järjestivät ensimmäisen pohjoismaisen lääketieteellisen sosiologian symposiumin Kööpenhaminassa vuonna 1979. Sosiaalilääketieteilijöiden pohjoismainen yhteistyö sekä kongressien järjestämisessä että yhteispohjoismaisessa julkaisemisessa oli vilkasta, mutta jatkuvasti taloudellisten ja ”ideologisten” erojen sävyttämää. Suurin ero Suomen ja muiden pohjoismaiden yhdistyksissä oli jäsenkunnan rakenteessa. Muissa pohjoismaissa sosiaalilääketieteen yhdistystoiminta on ollut vahvasti lääketieteilijöiden käsissä, lähellä yleislääketiedettä. Suomessa sosiaalilääketiede on ollut vahvimmin monitieteinen ja yhteiskuntatieteilijöiden panos on ollut merkittävä (Sandstedt 1979, Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksen kokouspöytäkirjat 1979–1997).

KANSANTERVEYSTIEDE SYRJÄYTTÄÄ SOSIAALILÄÄKETIETEEN

Suomen Akatemiassa kansanterveyden tutkimuksen tukeminen aloitettiin rakentamalla suurten kansantautien ympärille tautikohtaisia tutkimusohjelmia. Tutkimuksen painopistealueet oli nimetty jo tieteen keskustoimikunnan tiedepoliittisessa ohjelmassa (SA 1972, 34–35). Kansanterveystiede miellettiin kattokäsitteeksi, jonka määrittely todettiin vaikeaksi. Valtion lääketieteellisen toimikunnan 1980-luvun tutkimuksen kehittä-

misraportissa määriteltiin kansanterveystieteellinen tutkimus seuraavasti:

”Kansanterveystieteellisellä tutkimuksella tarkoitetaan useisiin eri tieteenaloihin nojautuvaa terveyden ja sairauksien esiintymisen ja sitä selittävien yksilö- ja yhteisötason tekijöiden tutkimusta sekä terveyspolitiikan ja terveyden ja sairauksien hoitoon tarkoitettujen järjestelmien toiminnan, päämäärien ja vaikutusten tutkimusta” (SA 1980, 5).

Kansanterveystiede on vakiintunut lääketieteellisten tiedekuntien oppiaineeksi, jonka sisällöt vaihtelevat korkeakouluittain. Alan perusteet kiteytyivät oppikirjaksi kuopiolaisten tutkijoiden toimesta vuonna 1994. Teos uudistettiin kokonaan neljä vuotta myöhemmin (Kauhanen ym. 1998). Oppikirjan kirjoittajien suhtautumista sosiaalilääketieteeseen kuvaa se, että kirjan 15-sivuisessa asiasanahakemistossa ei ole sosiaalilääketiede-sanaa; kansanterveystiede ja epidemiologia korvasivat sosiaalilääketieteen. Kirjoittajat toteavat sosiaalilääketieteen olleen ennen synonyymi koko kansanterveystieteelle. He katsovat *kansanterveystieteen* syntyneen 1800-luvulla ennen kaikkea teolliseen vallankumoukseen liittyen. Oppikirjan kirjoittajat totesivat WHO:n määritelmään nojaten että ”kansanterveystiede on tieteellinen ja käytäntöön sovellettava järjestelmä, jonka tarkoituksena on ehkäistä sairauksia, lisätä elinvuosia ja edistää terveyttä järjestelmällisten yhteiskunnallisten toimenpiteiden avulla”. Nykyisin kansanterveystieteellä ymmärretään heidän mukaansa sellaista terveystiedettä, joka paneutuu sosiaalisten tekijöiden selvittelyyn väestötason terveyskysymyksissä. Lisäksi kansanterveystiede voidaan nähdä yhtenä lääketieteen paradigmatena, terveystavoitteisen toiminnan kaiken kattavana yläkäsitteenä tai jopa yhteiskuntatieteenä (emt., 10–11).

SOSIO-EKONOMISTEN TERVEYSEROJEN TUTKIMUS KORVAA SOSIAALILÄÄKETIETEEN

Yhteiskuntatieteilijät eivät ole enää 1980-luvun jälkeen halunneet määritellä sosiaalilääketiedettä, vaan puhuvat sen sijaan sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksesta. Tapani Valkosen aloittama tutkimusperinnettä jatkoi sosiologi Eero Lahelma (Lahelma 1987) Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta käsin. Lahelma työtovereineen julkaisi runsaasti sosioekonomista terveystutkimusta 1990-luvulla (ks. Forssas ym. 1999). Sosioekonominen terveystutkimus oli myös teemana Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden numeroissa 1/1990 ja 4/1995.

Tutkijat puhuivat sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksesta laajasti kansanterveystutkimuksen synonyyminä ja sosiaalilääketieteen korvaajana. Esimerkiksi Eero Lahelma ja Antti Karisto korvasivat vuonna 1995 julkaisemassaan katsauksessa sosiaalilääketiede-termin termeillä ”kansanterveys” ja ”sosioekonominen terveystutkimus”. He kävivät läpi samoja ajanjaksoja ja lähteitä kuin aikaisemmissa kirjoituksissaan (Karisto 1981, Lahelma ja Riska 1988, Karisto ym. 1990), joissa he käyttivät termiä sosiaalilääketiede. Lahelma ja Karisto toteavat katsauksensa aluksi, että he tarkastelevat sitä yli satavuotista kansanterveystutkimuksen perinnettä, jossa kohteena ovat terveyden ja sairauden sosiaaliset ja yhteiskunnalliset kytkennät, erityisesti terveyden sosioekonomiset erot. He kokosivat pitkästä perinteestä nousevia ajankohtaisia tutkimustehtäviä, joihin sosiaalitieteiden ja epidemiologian välimaastoon nykyään sijoittuva sosioekonominen terveystutkimus joutuu vastaamaan (Lahelma ja Karisto 1995, 301). Sosiaalilääketiedettä korvaavaksi termiksi tuli erityisesti sosioekonominen terveystutkimus.

Terveyden sosiologinen tutkimus lisääntyi Suomessa 1980-luvulta lähtien, erityisesti laadullinen terveystutkimus (ks. Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden teemanumerot 1/1994 ja 2/1996), mutta terveyden sosiologia ei ole meillä saavuttanut vankkaa institutionaalista asemaa. Suomessa on kaksi terveyden sosiologian professuuria, kuten oli jo 30 vuotta sitten. Alan sisälle ei ole syntynyt vahvaa kriittistä koulukuntaa, kuten esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Englannissa (ks. Karisto ja Rahkonen 2000).

BIOLÄÄKETIEDE AHDISTAA KANSANTERVEYSTIETEDÄ

1990-luvulla kansanterveystiede ja sosiaalilääketiede vilahtelivat keskusteluissa, mutta silloinkin keskustelijat olivat samoja kuin aiemmin, eikä käsitteiden yhteneväisyys ollut ajatuksena kadonnut. Elina Hemminki ja Henri Toukomaa tutkivat kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitusta Suomen Akatemiassa vuosina 1971–95. Tutkimuksen päätulos oli, että suhteutettuna Lääketieteellisen toimikunnan kokonaisbudjettiin kansanterveystieteellisen tutkimuksen rahoitus kasvoi suhteellisesti 1980-luvun alkuun ja pieneni sen jälkeen tasaisesti. Pienenemistä ei selittänyt kansanterveystieteen piiriin kuuluvien hakemusten väheneminen. 1990-luvun puolella myöntöosuudet muuttuivat pienemmiksi kansanterveystieteesä. Mahdollisina syinä tapahtuneeseen tutkijat

toivat esiin seikkoja, jotka ovat olleet vaikuttamassa biolääketieteellisen tutkimuksen suosimiseen (Hemminki ja Toukomaa 1997, 520–524). Kansanterveystutkimus näyttää 1990-luvulla jääneen biolääketieteellisen tutkimuksen varjoon.

Suomen Akatemian terveyden toimikunnan asettama asiantuntijaryhmä (SA 1997) esitti 1990-luvun puolivälissä arvion terveyden tutkimuksen tasosta, kehittämistarpeista, tavoitteista sekä tulevaisuuden näköaloista. Asiantuntijaryhmä jätti kansanterveyden tutkimuksen kokonaan raporttinsa ja siis myös terveystutkimuksen ulkopuolelle. Toisaalla Suomen Akatemia rahoitti merkittävästi terveyden eriarvoisuuden tutkimusta, terveyden edistämisen tutkimusta sekä terveydenhuoltotutkimusta. Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti valtakunnallisen seminaarin ”Terveyserot hyvinvoinnin haasteena” tammikuussa 2007 osana Hyvinvointi 2015 -ohjelmaa. Kyseisen ohjelman lähtökohtana on periaate, jonka mukaan hyvinvointipolitiikan perustana on yhteisvastuun yhteiskunta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 27).

Tarkastelen tässä artikkelissa empiirisen tutkimuksen tulosten avulla, millaisia näkemyksiä Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenillä oli tieteenalansa aseman muuttumisesta ja nimestä.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin lähettämällä syyskuussa 1999 kyselylomake kaikille Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenille. Lomakkeen palautti 63 prosenttia jäsenistä eli 429 henkilöä. Vastaajat edustivat yhdistyksen jäsenistöä sukupuolen ja kotipaikkakunnan suhteen. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenistön itseyttä omasta tieteenalastaan. Tutkimusaineiston muodostavat SPSS-tiedostoksi tallennetut vastaukset ja teksteiksi puretut avovastaukset. Jäsenistön rakennetta ja heidän kokemaansa sosiaalilääketieteilijän identiteettiä on kuvattu aiemmin julkaistuissa artikkeleissa (Aukee 2004 ja 2006). Tässä artikkelissa analysoidaan vastauksia kysymyksiin, jotka koskivat sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman muuttumista ja sosiaalilääketiede-termin säilyttämistä tai muuttamista joksikin muuksi yhdistyksen ja lehden nimissä. Molempiin kysymyksiin esitettiin valmiit vastausvaihtoehdot sekä pyydettiin vastaajaa kirjoittamaan perustelut valitsemalleen vaihtoehdolle. Kysyin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäseniltä: Mitä mieltä olet termistä sosiaalilääketiede? Pitäisikö se säilyttää tai vaih-

taa joksikin muuksi? Vastausvaihtoehtoja oli viisi. Ne olivat: 1. nykyinen käytäntö on hyvä, 2. voitaisiin muuttaa esimerkiksi kansanterveystieteeksi, 3. sosiaalilääketiede-termi pitäisi ottaa laajempaan käyttöön, 4. jokin muu mielipide, 5. en osaa sanoa.

Riippumattomina muuttujina käytettiin vastaajien ikää, yhdistykseen liittymisajankohtaa, ammatillista peruskoulutusta, työn laatua, sitä onko tehnyt tutkimustyötä vai ei, oppiarvoa sekä sitä, identifioiko itsensä sosiaalilääketieteilijäksi.

Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia sekä logistista regressioanalyysiä. Erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin χ^2 -testillä. Aseman heikkenemistä kuvaavassa mallissa selitettävä muuttuja jaettiin kaksiluokkaiseksi, eli 1 = asema heikentynyt, 2 = asema pysynyt samana tai parantunut. Selittäviksi muuttujiksi valittiin kaikki riippumattomat muuttujat. Regressioanalyysi toteutettiin eteenpäin askeltavalla menetelmällä (Metsämuuronen 2001, 60). Analyysin tulokset on raportoitu OR-lukuina, merkitsevyyttä on selvitetty 95 prosentin luottamusvälejä tarkastelemalla. Vastaajien kantaa yhdistyksen nimen muuttamiseen tutkittiin samalla periaatteella. Mallissa selittävänä muuttujana oli 1 = sosiaalilääketiede nimen säilyttäminen ja 2 = sen muuttaminen. Selittäviksi muuttujiksi valittiin samat taustamuuttujat.

Vastaajat perustelivat kantansa tieteenalan asemaan ja yhdistyksen nimeen lyhyesti omin sanoin. Tarkastelin perusteluja tieteenalan asemaan ryhmissä, jotka yhteensä edustivat 50 prosenttia kaikista perusteluista. Käyttäen kvantifioivaa laadullista menetelmää (Eskola ja Suoranta 1998, 165–175) analysoin perusteluja sen mukaan, mitä vastaajat nimesivät muutoksen aiheuttajiksi. Yhdistyksen nimen säilyttämiseen tai muuttamiseen kirjoitettuja perusteluja tarkastelin sen mukaan

halusiko vastaaja säilyttää nykyisen nimen, muuttaa nimen kansanterveystieteeksi vai ottaa sosiaalilääketiede-termiin laajempaan käyttöön ja erotin omaksi luokakseen myös muut mielipiteet.

TULOKSET

SOSIAALILÄÄKETIETEEN/KANSANTERVEYSTIETEEN ASEMAN MUUTTUMINEN

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenet näkivät sosiaalilääketieteen/ kansanterveystieteen aseman muuttuneen suhteessa muuhun lääketieteeseen viime vuosina. Lähes yhtä moni koki tieteenalan aseman vahvistuneen kuin heikentyneen tai ei osannut ottaa kantaa asiaan. Joka viides vastaaja katsoi aseman pysyneen vakaana. Tieteenalan aseman kokivat useimmin heikentyneeksi ja harvimminkin vahvistuneeksi yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa työskentelevät. Vahvistuneeksi aseman puolestaan kokivat muiden työnantajien palveluksessa olevat (Taulukko 1). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p = 0.129$), mutta johdonmukaisia.

Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman muutos puhutti lähes kaikkia vastaajia ja mielipiteet olivat riippuvaisia henkilön taustasta. Optimistisimmin alan vahvistumiseen suhtautuivat sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneet ja muut ryhmät, jotka eivät edustaneet sosiaalilääketieteen perinteisesti vahvoja alueita sekä opetuksen ja terveydenhuollon käytännön työtä tekevät. Lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät kokivat useimmin aseman heikentyneen. Pessimistisimmin alan aseman kehitykseen suhtautuivat yhdistyksen alkuaikoina, 1960- ja 70-luvuilla jäseneksi liittyneet, lääketieteilijät, tutkimus- ja hallintotyötä tekevät, korkeasti koulutetut ja sosiaalilääketieteilijäksi itsensä kokeneet. Alan näkivät pysyneen vakaana muita useammin lääke-

Taulukko 1.

Suhtautuminen sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman muuttumiseen vastaajan työnantajan mukaan, %.

Työnantaja	Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema					Yhteensä
	(n)	Heikentynyt	Pysynyt vakaana	Vahvistunut	Ei osaa sanoa	
Valtio, kunta	(154)	27	21	31	22	100
Yliopisto	(104)	29	16	19	36	100
Tutkimuslaitos	(55)	29	26	14	31	100
Yksityinen	(30)	23	17	37	23	100
Joku muu tai useita	(48)	17	21	40	23	100
Kaikki (työssä olevat)	(391)	26	20	27	27	100

Taulukko 2.

Suhtautuminen sosiaalilääketieteeseen/kansanterveystieteen aseman muuttumiseen vastaajien taustan mukaan (%).

	Sosiaalilääketieteeseen/kansanterveystieteen asema					p
	(n)	Heikentynyt	Pysynyt vakaana	Vahvistunut sanoa	Ei osaa	
Ikä						
≤ 39	(100)	13	19	28	40	0.032
40–59	(222)	31	19	27	23	
60 ≥	(86)	28	21	29	22	
Liittymisajankohta						
1968–1979	(67)	46	19	30	5	0.001
1980–1989	(87)	37	20	28	16	
1990–1999	(244)	14	20	29	38	
Ammatillinen peruskoulutus						0.001
Sairaanhoidon	(73)	7	18	42	33	
Lääketieteeseen	(122)	36	24	25	16	
Yhteiskuntatieteeseen	(84)	30	19	12	39	
Useita peruskoulutuksia	(72)	28	17	31	25	
Joku muu	(64)	19	17	33	31	
Työtyyppi						0.053
Tutkimus	(128)	29	19	18	34	
Opetus	(63)	27	11	38	24	
Hallinto	(56)	32	27	25	16	
Käytäntö	(53)	25	15	34	26	
Joku muu	(115)	19	23	30	27	
Sosiaalilääketieteellinen tutkimus						0.003
Ei ole tehnyt	(142)	23	12	37	29	
On tehnyt	(150)	29	27	24	20	
Riippuu määrittelystä	(107)	24	20	22	35	
Oppiarvo						0.005
Ei oppiarvoa	(34)	15	6	50	29	
Korkeakoulututkinto	(135)	16	21	27	36	
Lisensiaatti	(79)	29	15	32	24	
Tohtori tai dosentti	(123)	33	21	20	27	
Professori	(39)	36	31	23	10	
Sosiaalilääketieteilijän identiteetti						0.008
Ei ole	(195)	24	14	27	35	
On	(120)	31	26	26	18	
Riippuu määrittelystä	(92)	23	24	32	22	

tieteilijät ja hallintotyön tekijät. Kannan ottaminen ylipäätään tähän kysymykseen oli vaikeinta nuorille, viimeksi mukaan tulleille, tutkijoille ja yhteiskuntatieteilijöille (Taulukko 2).

Logistinen regressioanalyysi tuotti kolme aseman muutosta tilastollisesti merkitsevää selittävä muuttujaa (Taulukko 3). Yhdistykseen liittymisen ajankohta selitti tieteenalan aseman heikkenemistä siten, että kuta kauemmin henkilö oli ollut jäsenenä, sitä enemmän hän koki aseman heikentyneen. Peruskoulutus selitti heikkenemisen kokemusta siten, että lääketieteilijöillä, yhteiskuntatieteilijöillä ja useita koulutuksia omaavilla oli selvästi suurempi taipumus kokea tieteenalan asema heikentyneeksi kuin sairaanhoitajilla.

Työn laatu selitti heikkenemisen kokemista siten, että opetus-, hallinto- ja terveydenhuollon käytännön työtä tekevät eivät eronneet tilastollisesti tutkimusta tekevästä, mutta tutkimusta tekeväillä oli suurempi riski kokea tieteenalan asema heikentyneeksi kuin niillä joiden työ kuului luokkaan ”muu työ”. Muun työn tekijät olivat tutkimustyön tekijöiden jälkeen suurin ryhmä ja siihen kuului enimmäkseen henkilöitä, joiden työssä yhdistyivät opetus, tutkimus, käytännön työ ja hallinto erilaisin yhdistelmin.

Vastaajien perustelut kantaansa tieteenalan asemaan jakaantuivat neljään suurempaan ryhmään, jotka olivat osittain tulkittavissa toistensa vastakohtiksi (Taulukko 4).

Sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman heikkenemiseen koettiin ennen muuta olleen syynä biolääketieteen nousu ja rahoituksen kasvu. Ristiriitainen näkemys alan arvostuksessa

tapahtuneesta muutoksesta heijastanee vastaajien erilaisia asemia ja kokemuksia tieteenalan sisällä.

Taulukko 3.

Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenten kokema sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman heikkeneminen jäsenten taustan mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi. Kerroinsuhde OR ja sen 95 %:n luottamusväli.

Muuttuja	OR	95 %:n luottamusväli
Liittymisvuosi		
1968–1979	1.00	
1980–1989	0.40	0.18–0.88
1990–1999	0.12	0.05–0.30
Peruskoulutus		
Sairaanhoidon	1.00	
Lääketieteen	6.10	1.8–21.2
Yhteiskuntatieteen	5.10	1.5–16.8
Useita	1.51	1.6–16.8
Joku muu	3.30	0.9–11.4
Työtyyppi		
Tutkimus	1.00	
Opetus	1.10	0.5–2.9
Hallinto	1.00	0.4–2.3
Käytäntö	0.80	0.3–2.2
Joku muu	0.40	0.2–0.9

SOSIAALILÄÄKETIEDE TIETEENALAN NIMENÄ

Kysyttäessä mitä mieltä vastaajat olivat termistä sosiaalilääketiede, oli nykyisen käytännön kannattajien ryhmä suurin (44 prosenttia). Kun siihen lisätään käytön laajentamista haluavien osuus (13 prosenttia), tulee nykykäytäntöä kannattavien osuudeksi yli puolet vastaajista. Joka neljäs vastaaja kannatti nimen muuttamista kansanterveystieteeksi. Myönteisimmin sosiaalilääketiede-termiin suhtautuivat tutkimuslaitoksissa ja yliopistoissa työskentelevät. Kansanterveystieteeksi muuttamista kannattivat eniten valtion, kunnan ja yksityisen palveluksessa olevat (Taulukko 5). Suhtautuminen nimenmuutokseen työnantajan mukaan ei ollut yhtä johdonmukaista kuin suhtautuminen tieteenalan aseman muutokseen. Erot eivät olleet myöskään tilastollisesti merkitseviä ($p = 0.310$).

Nykykäytännön kannattajia olivat yhtä vaakaasti lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät; 55 prosenttia kummankin alan peruskoulutuksen saaneista oli vanhan nimen säilyttämisen kannalla. Eniten muutosta kaipaivat sairaanhoitajat,

Taulukko 4.

Tärkeimmät perustelut sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen aseman heikentymiselle ja vahvistumiselle (%).

Heikentymisen perustelut (n = 44)		Vahvistumisen perustelut (n = 35)	
1. Biolääketiede, teknologia valtaa alaa	39	1. Alan tutkimus vahvistunut	37
2. Sosiaalilääke-/kansanterveystiede heikentynyt	27	2. Yhteiskunnallinen tarve kasvanut	26
3. Rahoitus vähentynyt	20	3. Alan arvostus lisääntynyt	20
4. Yhteiskunnallinen merkitys vähentynyt	14	4. Terveystieteiden tarpeet kasvaneet	17
Yhteensä	100		100

Taulukko 5.

Suhtautuminen sosiaalilääketiede-termiin yhdistyksen ja lehden nimissä vastaajien työnantajien mukaan (%).

Työnantaja	Sosiaalilääketiede-termiin esiintyminen nimissä						Yhteensä
	(n)	Nykyinen käytäntö hyvä	Voitaisiin muuttaa kansanterv. tieteenä	Sosiaalilääketiede-termi laajempaan käyttöön	Muu mieltipide	Ei osaa sanoa	
Valtio, kunta	(157)	43	26	13	9	9	100
Yliopisto	(106)	46	20	12	11	10	100
Tutkimuslaitos	(55)	55	20	7	5	13	100
Yksityinen	(31)	26	26	23	10	16	100
Joku muu, useita	(49)	43	16	10	20	10	100
Kaikki	(398)	44	22	13	11	11	100

Taulukko 6.

Suhtautuminen sosiaalilääketiede -termiin yhdistyksen ja lehden nimessä vastaajien taustan mukaan (%).

	(n)	Nykyinen käytäntö hyvä	Voitaisiin muuttaa kansanterveystieteeksi	Sosiaalilääketiede laajempaan käyttöön	Ei kantaa	p
Ikä0						0.054
≤ 39	(101)	38	32	8	23	
40–54	(225)	42	22	15	21	
55 ≥	(88)	49	20	10	20	
Liittymisajankohta						0.584
1968–1979	(67)	43	24	13	19	
1980–1989	(90)	53	18	9	20	
1990–1999	(246)	39	27	13	22	
Ammatillinen peruskoulutus						0.001
Sairaanhoidon	(76)	30	33	9	28	
Lääketieteen	(124)	55	18	10	17	
Yhteiskuntatieteen	(84)	55	7	19	19	
Useita	(73)	45	34	7	14	
Joku muu	(64)	19	36	13	32	
Työtyyppi						0.002
Tutkimus	(129)	54	19	7	20	
Opetus	(62)	27	29	24	20	
Hallinto	(58)	48	28	16	8	
Käytäntö	(54)	41	17	15	28	
Joku muu	(119)	39	29	7	25	
Sosiaalilääketieteellinen tutkimus						0.036
Ei ole tehnyt	(143)	34	30	15	19	
On tehnyt	(153)	52	23	10	15	
Riippuu määrittelystä	(107)	43	18	11	28	
Oppiarvo						0.227
Ei oppiarvoa	(35)	40	26	9	25	
Korkeakoulututkinto	(136)	37	34	14	16	
Lisensiaatti	(79)	52	17	10	22	
Tohtori tai dosentti	(125)	44	17	12	27	
Professori	(39)	49	24	7	19	
Sosiaalilääketieteilijän identiteetti						0.036
Ei ole	(143)	34	30	15	19	
On	(153)	52	23	10	15	
Riippuu määrittelystä	(107)	43	18	11	28	

joista lähes kolmannes toivoi nimen muuttamista kansanterveystieteeksi. Sosiaalilääketiede-termin käytön laajentamista kannatettiin eniten yhteiskuntatieteilijöiden parissa. Nimenmuutosta kannattivat nuorimmat jäsenet ja nykyisen nimen säilyttämistä vanhimmat ikäryhmät. Tutkimustyön tekijät suhtautuivat nykyiseen nimikäytäntöön myönteisemmin kuin muut, kun esimerkiksi opetustyötä tekevät olivat hieman useammin nimen muuttamisen kuin säilyttämisen kannalla. Tutkijakoulutuksen saaneet (eli vähintään lisen- siaatin tutkinnon suorittaneet) ja sosiaalilääketie- teilijän identiteetin omaavat olivat useammin sosiaalilääketiede-nimen säilyttämisen kannalla (Taulukko 6).

Logistisessa regressioanalyysissä löydettiin kolme merkitsevää selittävää muuttujaa yhdistyk-

sen nimen muuttamishalulle. Peruskoulutuksella, työn laadulla ja sosiaalilääketieteilijän identiteetillä oli vaikutusta siihen, halusiko vastaaja vaihtaa sosiaalilääketieteen kansanterveystieteeksi. Nimenmuutosta toivoivat sairaanhoitajat enem- män kuin lääketieteilijät ja yhteiskuntatieteilijät. Kaikista eniten muuttamista halusi ryhmä ”muut”, joihin kuului useiden eri tieteenalojen edustajia, muun muassa ravitsemustieteilijöitä ja psykologeja. Sosiaalilääketiede-termin kannatta- minen näytti kytkeytyvän tutkijaidentiteettiin, joko lääketieteelliseen tai yhteiskuntatieteelliseen, sekä siihen, että tuntee itsensä sosiaalilääketie- tilijäksi.

Melkein kaikki vastaajat ottivat kantaa nimi- kysymykseen (98 prosenttia), mutta vain 46 pro- senttia perusteli mielipiteensä. Nykyisen nimikäy-

Taulukko 7.

Sosiaalilääketieteen yhdistys ry:n jäsenten mielipide sosiaalilääketieteen muuttamisesta kansanterveystieteeksi yhdistyksen ja lehden nimessä vastaajien taustan mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi. Kerroinsuhde OR ja sen 95 %:n luottamusväli.

Muuttuja	OR	95 %:n luottamusväli
Peruskoulutus		
Sairaanhoidon	1.00	
Lääketieteen	0.40	0.17–0.93
Yhteiskuntatieteen	0.17	0.059–0.50
Useita	0.82	0.36–1.89
Joku muu	3.19	1.17–8.74
Työtyyppi		
Tutkimus	1.00	
Opetus	2.91	1.17–7.28
Hallinto	1.75	0.73–4.23
Käytäntö	0.54	0.18–1.61
Joku muu	2.10	1.00–4.34
Sosiaalilääketieteilijän identiteetti		
On	1.00	
Ei ole	2.17	1.10–4.28

tännön kannattajat perustelivat muita harvemmin kantansa, kun taas henkilöt, joilla oli omaperäinen kanta asiaan, perustelivat muita useammin.

Sosiaalilääketiede pitäisi säilyttää

Sosiaalilääketieteen historiallista arvoa korostaneet näkivät arvoa yhdistyksellä, lehdellä, termillä ja toiminnan sisällöllä, esimerkiksi:

”sosiaalilääketiede on ainakin minulle historiansa ansiosta saanut varsin laajan merkityksen – se ei assosioitu vain lääketieteeseen (nimessä olevasta lääketiede-sanasta huolimatta)”

”en näe mitään syytä termin vaihtamiseen, onhan sisältö ”elänyt” tähänkin asti”

”lehti on vuosia ilmestynyt nykyisellä nimellä; vakiintunut asema”

Nykyisen nimen katsottiin myös antavan yhdistykselle statusta ja profilia:

”’sosiaalilääketiede’ kuvaa hyvin tärkeätä sisällöllistä opinalaa”

”yhdistyksen status ja jäseneksi hakeutuminen oletettavasti korkeampi ja jäsenyyden halutumpaa”

”nimi profiloi yhdistyksen ja lehden linjaa”

Tieteenalan substanssia korostavissa perusteluissa kuvastui sosiaalilääketieteen laaja-alaisuus tai monitieteisyys sekä sosiaalisen näkyminen tieteenalan nimessä:

”Suomessa sosiaalilääketiede ymmärretään riittävän laajana, tähän ei päde muissa Pohjoismaissa”

”on hyvä, että termi ”sosiaalinen” sisältyy sananaan, se johdattaa ajatuksen terveyden ja sairauden yhteiskunnalliseen ulottuvuuteen”

”liittyy selkeästi yhteiskuntatieteisiin, vrt. sosiaalipolitiikka”.

Määrittelyn vaikeus tuli esiin erityisesti suhteessa kansanterveystieteeseen. Osa aloitti laajuus – suppeus -keskustelun toteamalla, että sosiaalilääketiede on laajempi käsite kuin kansanterveystiede ja osa taas päinvastoin näki kansanterveystieteen laajempaan:

”kansanterveystiede kaventaisi, koska käytössä yliopistolla laitosten nimissä sos.lääk. tiede viittaa nykyisin monitieteiseen terveystutkimukseen, koska sitä on käytetty”

”kansanterveystiede lienee liian laaja yhdelle seuralle – tartuntataudit, perimä jne. saattaisivat viedä yhteiskuntaperäisiltä terveyden määrääjiltä kaukupohjan”

”kansanterveystiede nojaa liikaa epidemiologiseen perinteeseen, se ei sisällä terveyspalvelujen järjestämisen, johtamisen, laajasti hallinnon ja talouden problematiikkaa”

Neljänteen ryhmään, jonka nimesin muutos ei ole tarpeen -perusteluiksi, kuului alaryhmä, joka perustelunaan totesi, että nykyinen käytäntö on hyvä tai ei selvästikään ollut tullut aiemmin koko asiaa ajatelleeksi.

Mielipiteet jakautuivat tasan tradition arvoja, sosiaalisen sisällöllistä merkitystä ja eroa kansanterveystieteeseen korostavien välillä. Sosiaalilääketieteen sisällöstä sanottiin oikeastaan suoraan hyvin vähän tässä yhteydessä, tärkeämpää oli ikään kuin osoittaa että se oli ”parempaa” kuin kansanterveystiede.

Sosiaalilääketiede pitäisi muuttaa kansanterveystieteeksi

Sosiaalilääketiede-termin muuttamista kansanterveystieteeksi kannatti 24 prosenttia vastaajista. Kansanterveystiede oli selvästikin eniten kannatusta saanut yksittäinen termi, johon vanha termi voitaisiin vaihtaa. Sosiaalilääketieteen säilyttämisestä kannattaneet olivat ennen kaikkea vedonneet yhdistyksen ja nimen kunniakkaaseen perinteeseen, kansanterveystieteen kannattajat pitivät sosiaalilääketiedettä auttamattoman vanhanaisena:

”termi on vanhahtava, muttei kai sen paremmin tai huonommin tunnettu kuin kansanter-

veystiede-termikään”

”sosiaalilääketiede kuulostaa vanhanaikaiselta, eikä kuvaa tutkimuksen laajuutta”

”’sosiaalilääketiede’ vanhahtava termi, josta tulee ensisijaisesti mieleen 60-luvun radikalismi”

Kansanterveystieteen paremmuutta perusteltiin selkeydellä ja sitä kuvattiin monin sanankääntein:

”kansalle sisällöltään ymmärrettävämpi, joskin sosiaali- ja terveystoimen lähentyminen voisi puoltaa sosiaali-sanana käyttöä; mutta lääketiede on ahdas käsite”

”kansanterveystiede kertoo ”tavalliselle pulliaiselle” enemmän kuin sosiaalilääketiede-termi, saa heti käsityksen siitä, mistä on kyse”

”nykyinen nimi saattaa jättää asiaa tarkemmin tuntemattoman epätietoiseksi, tuntua jopa mystiseltä”

Kansanterveystiede on sen kannattajien mielestä ehdottomasti laajempi käsite kuin sosiaalilääketiede:

”sosiaalilääketiede on suppea kuvaus siitä toiminnasta ja kiinnostuksien kohteesta mitä seuralla, jaoksilla ja jäsenillä on”

”minun käsitykseni mukaan laajempi ja kansainvälisesti tunnettu nimike”

”minusta sosiaalilääketiede terminä rajaa (ulkopuolisten) ajattelun terveyden sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Kansanterveystiede kattaa alan mielestäni paremmin riittävän yleisenä terminä. Esim. epidemiologia sopii aika huonosti sosiaalilääketieteen alle”

Kansanterveystieteen puolustajilla oli horisontissaan kaksi peikkaa. Toisen nimi on ”sosiaalinen” ja toisen ”lääketiede”. Sosiaalisella on vastaajien mukaan sivuvahteita, pahimmillaan se viittaa ei-toivottuihin asioihin, ja parhaimmillaankin se on epämääräinen, sekava ja kapea. Sen voisi jättää muuhun tarkoitukseen, kuten yksi vastaaja asian ilmaisi. Sosiaalisen ongelmallisuuteen liittyviä perusteluja olivat:

”sanaa ja käsitettä ”sosiaali” on vaikea määrittellä ja rajata. Sen käyttöön liittyy vivahteita, jotka eivät ole myönteisiä (esim. sosiaalihygienia) → rodullinen puhdistaminen (?)”

”sosiaali viittaa köyhäinapuun! Lääketiedesana on liian rajoittava. Terveystiede on positiivinen tavoitesana ja laaja-alainen”

”sosiaali” rajaa tarpeettoman paljon. ”Terveys” poliittisempi käsite kuin patologiselta kuulostava lääketiede”

Lääketieteen esiintyminen nimessä oli myös monien mielestä ongelmallista:

”suuri osa tehtävästä tutkimuksesta ja työstä ei ole lääketiedettä”

”’lääketiede’ termi on liian kova ja vakiintunut ihmisten mielissä lääkärin ammattiin. Lehden sisältö on laaja-alaisempi. Sosiaalilääketiede ei ole tarpeeksi kuvaava asiaa tuntemattomalle”

”loppuosa -lääketiede suppeampi kuin (kansan)terveystiede, joka sisältää mm. käyttäytymistieteellisen aspektin. Lisäksi sana ”sosiaali” voi tuoda muunlaisia miellejohdyksiä. Kansanterveystiede sis. siis käytt.tiet., sosiaalitiet. ja lääketiet. näkökulmat”

Kansanterveystieteen kannattajien joukosta löytyi vielä ryhmä, joka halusi muutosta, koska maailma on muuttunut ja oppialan nimi, laitosten nimet ja kansainvälinen käytäntö suosivat kansanterveystiedettä:

”sosiaalilääketieteen sanoma on muuttunut koko kansan sanomaksi: olemme siirtynyt riskiryhmien hoidosta koko väestön sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen”

”kansanterveystiede olisi parempi, koska oppialakin on sitä. Sos.lääketiede kuulostaa monien korvaan epämääräiseltä ’sosiaalipuuhailulta’ ja vähemmän ’tieteelliseltä’.”

”’Sosiaalilääketiede’ yhdistetään poliittiseen vasemmistolaisuuteen, joissain piireissä ehkä vieroittaa tämä Social medicine & public health → community health → olisiko yhteiskuntalääketiede? → kansanterveystiede on hyvä – miksi ei alun perin ole valittu kansanterveystiede-nimeä?”

Nimenmäärittelyjen perustelut vaikuttivat pinnallisilta, mikä johtuu vastausten lyhytydestä. Toisaalta ne saattoivat juuri tällaisina paljastaa olennaisen helpommin kuin pitkät jaarittelut.

Sosiaalilääketiede-termi pitäisi ottaa nykyistä laajempaan käyttöön

Sosiaalilääketieteen ottamista laajempaan käyttöön kannatti 11 prosenttia yhdistyksen jäsenistä. He toivat vastauksissaan esiin sosiaalisen merkityksiä. Osassa vastauksia korostetaan sosiaalilääketieteen ”hyvyyttä” vedoten sen kunniakkaaseen perinteeseen, aivan kuten tekivät termin säilymistä toivoneet:

”vanha kunniakas käsite, lääketieteellinen sosiologia ei minusta kata kaikkea sitä mitä termi sosiaalilääketiede edustaa (epidemiologia myös suppea ja kansanterveyst. liian laaja)”

”sosiaalilääketiede on hyvä vanha termi, joka pitää alan kiinni omassa historiassaan. Ehkä olisi hyvä palauttaa termi myös yliopisto-ope-

tukseen – nyt sitä ei ole esim. kansanterveystieteessä”

”nimi on hyvä, sopii kattokäsitteeksi mm. kansanterveystieteelle. On hyvä että lääketieteen yhteys ”sosiaaliseen” on jossain selvästi näkyvissä”

Vastaajat pohtivat ja kuvasivat sosiaalilääketieteen ja lähitieteiden suhdetta, sosiaalisen merkitystä terveyden tutkimisessa ja käytännön työssä. Sosiaalisen merkitys korostui useimmissa vastauksissa. Kun kansanterveystieteen kannattajat ikään kuin karttoivat tai pelkäsivät ”sosiaalista”, tuotiin tässä ryhmässä esiin sosiaalisen sisältöjä positiivisissa merkityksissä

Muut mielipiteet

Muissa mielipiteissä nousi esiin ärtymys lääketieteen esiintymiseen nimessä. Lääketieteen katsottiin rajaavan nimessä liikaa pois sekä ihmisiä että tutkimusaloja. Kritiikki ei siis kohdistunut lääketieteeseen sinänsä, vaan kyse oli siitä, että sosiaalilääketieteen katsottiin olevan paljon muutakin kuin lääketiedettä. Suhde kansanterveystieteeseen ei ollut niin intohimoja nostattava kuin suhde lääketieteeseen. Kansanterveystiede voi viitata liikaa terveyspuoleen, se voi olla liiankin yleinen termi ja uutena vivahteena tuli esiin, että nimi viittaa vain yhteen kansaan, ei kansoihin. Kompromisseina esitettiin molempien termien esiintymistä nimessä, tai että ne ovat yhtä huonoja, mutta parempia kuin vanha hygienia. Muissa vastauksissa tuotiin esiin, ettei termillä ole väliä, koska sisältö ja toiminta ratkaisevat tai ettei vaihto ylipäätään olisi tarpeen tai että pääasia on, että terveys-sana näkyy nimessä tai esitettiin uutta nimeä. Muut nimet, joita ehdotettiin, olivat: terveyden edistäminen (2 kpl), terveystieteet, kansanterveys, yhteisöterveys, sosiaaliterveystiede (2 kpl), väestöterveystiede, terveyden sosiaalitiede, hyvinvointilääketiede, sosiaalilääketiede ja kansanterveystiede.

POHDINTA

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenillä ei ollut vuonna 1999 yhdenmukaista kantaa tieteenalansa kehityksestä. Peruskoulutus ja työn laatu selittivät parhaiten sekä suhtautumista sosiaalilääketieteen aseman muutokseen että tieteenalan nimen. Sosiaalilääketieteen muuttamista kansanterveystieteeksi kannattivat eniten viimeksi jäseneksi liittyneet, jotka myös kokivat tieteenalan vahvistuneen. Kauan jäsenenä olleet kokivat tieteenalan aseman heikentyneen ja halusivat säilyt-

tää nykyisen nimen. Käytännön terveydenhuolto-työtä tekevät olivat useammin uuden nimen kannalla, kuten myös suuri osa opettajista. Lääketieteilijöiden joukko jakautui kahtia: osa oli sosiaalilääketieteen, osa kansanterveystieteen kannalla. Tutkijat jakautuivat kahteen ryhmään työaseman mukaan. Pelkästään tutkimustyötä tekevät kokivat tieteenalan aseman useammin heikentyneeksi kuin ne, joiden työnkuvaan yhdistyi tutkimuksen lisäksi opetusta, hallintoa tai käytännön työtä.

Kysely tehtiin ajankohtana, jolloin monilla tutkijoilla oli omakohtaisia kokemuksia kansanterveystutkimuksen suhteellisen rahoitusosuuden pienenemisestä Suomen Akatemiassa. Asiasta oli valmistunut myös tutkimus (Hemminki ja Toukoma 1997) ja siitä oli keskusteltu kansanterveystutkimuksen rahoitusseminaarissa (Gissler ym.1998). Yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa työskennelleet kokivat yhtä lailla sosiaalilääketieteen aseman heikentyneeksi. Samoissa piireissä on tunnettu myös virkapolitiikka, joka ei ole suosinut esimerkiksi yhteiskuntatieteilijöitä lääketieteen laitosten virkanimityksissä tai terveystieteilijöitä yhteiskuntatieteiden laitoksilla. Lisääntynyt akateeminen patkätöyläisyys on myös taustalla vaikuttamassa pessimistisiin tulevaisuudennäkömiin nuorilla tieteenekijöillä.

Kansanterveystieteen ja sosiaalilääketieteen juuret ovat samassa 1800-luvun sosiaalisen lääketieteen ja kansanvalistuksen perinteessä. Kansanterveysuudistuksen myötä 1970-luvun alussa luodut uudet yliopistolliset laitokset ja uusi oppiaine, kansanterveystiede, nielaisi perinteisen sosiaalilääketieteen. Käytännössä samat henkilöt jatkuivat työtään pitkään ja osittain jatkavat vieläkin. Käsitteiden käyttö on edelleen horjuvaa.

Vastaajien perustelut tieteenalan asemaan näyttivät jakaantuneen sen mukaan kokivatko he itsensä enemmän sosiaalilääketieteilijäksi vai kansanterveystieteilijäksi. Tässä tutkimuksessa sosiaalilääketieteilijät kokivat tieteenalansa heikentyneen ennen kaikkea siksi, että niin kutsuttu biolääketiede oli lisännyt rahoitusosuuttaan lääketieteen tutkimusrahoituksessa ja kansanterveystieteilijät kokivat tieteenalan vahvistuneen siksi, että sen yhteiskunnallinen kysyntä ja arvostus olivat kasvaneet. Kansanterveystieteen opetus oli vakiintunut terveydenhuollon oppilaitoksissa. Käytännön terveydenhuoltotyötä edustaneista sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneista monet olivat opetustehtävissä. Tästä perspektiivistä katsoen sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen asema oli vahvistunut. Tuloksia voi tulkita myös

niin, että tieteenä sosiaalilääketieteen/kansanterveystieteen koettiin heikentyneen, oppiaineena vahvistuneen. Tämä ristiriitaiselta vaikuttava tulos voitaneen ymmärtää siten, että sosiaalilääketieteilijöiksi itsensä kokeneet olivat mieltäneet alan enemmän tieteen ja tutkimuksen alaksi, käytännön työntekijät oppiaineeksi ja käytäntöön sovellettuksi tieteeksi.

Historia heijastui mielipiteisiin oman koke-mustaustan lisäksi. Vastajien kannatus tieteen-alan nimelle oli looginen edellä tieteenalan ase-masta esitettyjen tulosten kanssa. Sairaanhoidon peruskoulutuksen saaneet ja nuoret kannattivat kansanterveystiedettä ja yhteiskuntatieteilijät toi-voivat sosiaalilääketiede-nimen laajempaa käyt-töön ottoa. Sosiaalilääketieteen yhdistyksessä oli selkeästi kaksi erilaista ryhmää: ensiksikin nk. vanha kaarti, pitkään yhdistyksessä ollut ja kau-an tutkimustyötä tehnyt sosiaalilääketieteilijöiden joukko, joka koostui pääasiassa lääke- ja yhteis-kuntatieteilijöistä sekä uudet tulokkaat, sairaan-hoidon peruskoulutuksen omaavat ja muiden tieteenalojen edustajat, jotka identifioituivat kan-santerveystieteen kannattajiksi. Lääketieteen edustajat jakautuivat melko tasaisesti molempiin ryhmiin. ”Oman” tieteenalan nimeä perusteltiin kummassakin ryhmässä melko samanlaisin argu-mentein. Erottavaksi tekijäksi osoittautuivat kä-sitteet ”sosiaalinen” ja ”kansan” – niidenkin sisäl-tö sai kuitenkin monenlaisia merkityksiä. Tässä kahtiajaossa voi nähdä yhtäläisyyttä amerikkalaisen sosiaalilääketieteen jakautumiseen latinalais-amerikkalaiseen ja anglo-amerikkalaiseen suun-taukseen (ks. Porter 2006). Latinalais-amerikka-lainen traditio korostaa terveyden yhteiskunnal-lisia ja rakenteellisia determinantteja, anglo-ame-rikkalainen elämäntapalääketiedettä (käyttäyty-mislääketiedettä).

Suhtautuminen tieteenalan asemaan ja nimeen oli myös vahvasti tunnekysymys. Argumentit oli-vat sinänsä asiallisia ja järkeviä, mutta samoin perustein voitiin perustella molempia vaihtoehto-ja. Vastaukset olivat reaktionäärisiä: niissä kuvi-teltiin vastustaja ja puolustauduttiin tai hyökät-tiin. Vyyhden sekavuutta selittänee osittain se, että ihmisillä oli erilaisia käsityksiä itse peruskä-sitteistä, joiden sisältö vaatii tarkempaa analyysiä. Eli mitä tarkoitetaan sosiaalisella, kansalla, terveydellä, lääketieteellä? Uusissa nimiehdotuk-sissa esiintyi sana ”terveys”. Terveys on laadullis-esti jotakin muuta kuin sairaus, jonka tunnista-miseen ja hoitamiseen lääketiede pääasiallisesti

keskittyy. Sosiaalinen näkyi termeissä sosiaali, väestö, hyvinvointi, kansa ja yhteisö. Väestötiede on perinteisesti ollut merkittävä haara sosiaalilää- ketieteen sisällä tai rinnalla (ks. Kannisto 2000). Kansan viittaa periaatteessa samaan aggregaattiin kuin väestö. Tässä kohdin uutta olivat hyvinvoin- ti ja yhteisö. Käsitteiden merkityserot tiivistyivät konnotaatioihin ”sosiaali” ja ”kansan”. Sosiaali- sen konteksteiksi muotoutuivat vastauksissa tie- teiden väliset suhteet, ihminen sosiaalisissa suh- teissaan, terveyden ja sairauden yhteydet yhteis- kunnallisiin rakenteisiin, sosiaaliset ongelmat, ihminen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä sekä palvelusektorien väliset suhteet. Keskeiseksi yhdistäväksi tekijäksi konteksteissa muodostuvat suhteet; sosiaalilääketiede on suhdetiede.

Sosiaalilääketieteen vanha ajatusmuoto, joka korosti terveyden sosiaaliryhmittäisiä eroja ja ni- den yhteiskunnallisia syitä, ei mitenkään erityises- ti noussut esiin tieteenalan nimen perusteluissa, paitsi osalla heistä, jotka kannattivat sosiaalilää- ketieteen säilyttämistä tai sen laajempaa käyt- töönottoa. Sosiaalisen eriarvoisuuden tutkimuk- sella on elävä perinne sosiaalilääketieteen/kansan- terveystieteen sisällä (ks. Forssas ym. 1999). 2000-luvun Suomessa yhteiskunnallinen eriarvoi- suus terveydessä on suurta, vaikka virallinen tavoite terveystieteessä on pitkään ollut yhteis- kunnallinen tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus (Puro 1973, Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 1986). Niin yhteiskunta- kuin terveystieteilijätkin ovat tutkimustiedon pohjalta haastaneet terveys- ja yhteiskuntapoliitikkoja terveyden eriarvoisuu- den poistamiseen (Kangas ym. 2002, Palosuo ym. 2004, Rimpelä 2004, Teperi 2007).

Loppupäätelmäksi jää, että vaikka sosiaali- lääketieteestä on siirrytty kansanterveystieteeseen, elää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kysymys vahvasti kansanterveystieteen sisällä ja yleensä yhteiskunnassa. Sosiaalinen merkitsee yhteiskun- taan ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. Täten sen esiintyminen yhdistyksen nimessä velvoittaa siinä toimivia edistämään sosiaalisuutta niin yhdistys- toiminnassa kuin tieteessäkin. Tätä kirjoitettaes- sa, vuonna 2007, on sosiaalinen alkanut jälleen nousta esiin sosiaalinen pääoma -käsitteen ja sii- hen liittyvien tutkimusaktiiviteettien myötä (esim. Hyyppä ja Mäki 2001a ja 2001b). Suomen Aka- temia on rahoittanut sosiaalisen pääoman ter- veystutkimusta ja sosiaalipolitiikan tutkijat (mm. Julkunen 2006) ovat alkaneet kysyä sosiaalisen perään – miten sille kävi hyvinvointivaltiossa.

In the early 1970s in Finland reforms of the basic health care, the basic education in medicine and science policy were undertaken which resulted in the fact that the Departments of Social Medicine and Hygiene were turned into Departments of Public Health. Public Health Science replaced social medicine as a research area and a discipline. The Academy of Finland supported research of public health as a special program. The Finnish term "public health science" equals the term "public health" in international use. However, "social medicine" stayed as the name of the society as well as the journal. The tradition of the old social medicine is continued by socio-economic health research which has connections to demography, epidemiology, sociology of health and illness as well as public health. The questionnaire sent to the members of the Society of Social Medicine in Finland in 1999 (n = 429, response percentage 63) enquired the membership's views on the change in the status of the research field and

of the name. Over half of the members supported the current name of the society and of the journal (Society of Social Medicine in Finland, Journal of Social Medicine) and one fourth were in favour of the use of the word "public health" in the names. Those supporting the current name were old members of the society, representatives of medicine and social sciences as well as researchers. The new name was supported by new members most of whom had a degree in nursing as well as representatives of other fields of science. "Social medicine" was regarded as valuable because of the fact the word "social" was in the name and because of the historical tradition and position of the research field. "Public health" was considered to be more modern and having a wider scope. The respondents' basic education, quality of work and identification as a practitioner of social medicine were the best explanations for their views of the changes in the position of the research field.

KIRJALLISUUS

- Allardt E. Yhteiskuntatieteet. Teoksessa Tommila P, Korppi-Tommila A (toim.) Suomen tieteen vaiheet. Yliopistopainokustannus/Helsinki University Press ja Tieteellisten seurain valtuuskunta, Yliopistopaino, Helsinki 2003, 200–204.
- Aukee R. Suomalaiset sosiaalilääketieteilijät vuosituhannen vaihteessa. *Sosiaalilääk Aikak* 2004; 41:137–146.
- Aukee R. Sosiaalilääketieteilijän identiteetti. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:231–241.
- Erkkilä S. Sosiaalilääketiede yliopistollisena opetusalanana ja tieteellisen tutkimuksen kohteena. *Suomen Lääkärilehti* 1948;3:435–444.
- Erkkilä S. Hygienian ja sosiaalilääketieteen näköaloja. *Duodecim* 1951;67:291–303.
- Erkkilä S. Hygienian vai sosiaalilääketiede? *Sosiaalilääk Aikak* 1963;1:1–2.
- Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere 1998.
- Forssas E, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Sihto M, Valkonen T. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen supistaminen. Bibliografia suomalaisista tutkimuksista. *Stakes/Terveysthuollon tutkimusyksikkö, Aiheita-sarja* 40/1999, Helsinki 1999.
- Gissler M, Karjalainen S, Niemelä, R (toim.) Kansantervystutkimuksen tarve ja rahoitus 1990-luvun Suomessa. Seminaariraportti. Suomen Akatemia ja Stakes. Suomen Akatemian julkaisuja 5/98, Helsinki 1998.
- Helen I, Jauho M. (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki 2003.
- Hemminki E, Toukomaa H. Kansantervystieteellisen tutkimuksen rahoitus Suomen Akatemiassa 1971–95. *Duodecim* 1997;113:519–525.
- Hyypä M T, Mäki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med* 2001;32:148–55 ≈(a).
- Hyypä M T, Mäki J. Why do swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promot Int* 2001;16:55–64. (b)
- Ignatius J. Lääketieteet. Teoksessa Tommila P, Tiitta A. (toim.) Suomen tieteen historia, Osa 3, luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet. WSOY, Porvoo 2000, 579–582.
- Julkunen R. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Helsinki 2006.
- Kaipainen M. Sosiaalilääketieteen yhdistys r.y. Yhdistyksen esite 1976–0504.
- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002.
- Kannisto V. Relationships between population studies and social medicine. *Sosiaalilääk Aikak* 2000; 37:76–81.
- 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. Sosiaaliset tekijät ja terveys vuosisadan vaihteen tutkimuksessa – elämäntavan terveystutkimuksen juuria etsimässä. Teoksessa Heinonen OP, Aromaa A, Heikkinen E, Klaukka T, Rimpelä M, Tuomisto J, Raijas T. (toim.) Tutkimus ja kansanterveys: suuntauksia 1980-luvulla Osa 2. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:58, Helsinki 1986, 123–128.
- Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O. 'Sosiaalinen' lääketieteen tutkimuskentässä. Sosiaalilääketieteestä terveyden sosiologiaan. Sosiaalilääk Aikak 1990:27:206–220.
- Karisto A, Rahkonen O. Kikkuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A. (toim.)Terveys sosiologian suuntauksia, Gaudeamus, Helsinki 2000, 38–52.
- Kauhanen J, Myllykangas M, Salonen T, Nissinen A. Kansanterveystiede. WSOY, Porvoo 1998.
- KM 1971. Lääketieteen opintouudistustoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 1971:A6, Helsinki 1971.
- Lahelma E. Hyvinvointivaltio, eriarvoisuus ja terveys. Sosiaalilääk Aikak 1987:24:141–151.
- Lahelma E, Karisto A. Sosioekonominen terveys-tutkimus Suomessa: pitkä ja elävä perinne. Sosiaalilääk Aikak 1995:32:301–310.
- Lahelma E, Riska E. The Development of medical sociology in Finland. Soc Sci Med 1988:27:223–229.
- Metsämuuronen J. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. International Methelp, Helsinki 2001.
- Mikkeli H. Terveys ihanteena – terveys elämäntapana. Teoksessa Joutsivuo T, Mikkeli H. (toim.) Terveiden lähteillä. Länsimaisten terveystieteiden kulttuurihistoriaa. Historiallinen arkisto 106. SHS, Helsinki 1995, 9–27.
- Noro L. Sosiaalilääketieteen perusteet, 4. uusittu painos. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1968.
- Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12, Helsinki 2004.
- Peräsalo J. Käytännön sosiaalilääketiedettä. Kirjaesittely teoksesta Noro L. Sosiaalilääketieteen perusteet, 4. uusittu painos, Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo 1968, 332 s. Sosiaalilääk Aikak 1968:6:119–120.
- Porter D. How Did Social Medicine Evolve and Where Is It Heading? PloSmed 3 (10): e399doi:10.1371/journal.pmed.0030399. Published: October 24, 2006.
- Puro K. Terveyspolitiikan perusteet. Forum – kansanterveys, Tammi 1973.
- Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Sarja A:1, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1967.
- Purola T, Kalimo E, Nyman K, Sievers K. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Sarja A:7, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1971.
- Rauhala P-L. Suomalaisen sosiaalilääketieteen eräitä juuria. Sosiaalilääk Aikak 1980:17:156–165.
- Rimpelä M, Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden? Teoksessa Rimpelä M, Ollila E. (toim.) Näkökulmia 2000-luvun terveystieteeseen. Stakes. Aiheita 8/2004, Helsinki 2004, 53–90.
- Sandstedt R. Medicinsk-sociologisk forskning i Finland. Nordisk medicinsk sociologisk symposium, Helsingør, Danmark, d. 10. juni 1979.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, Helsinki 2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveysrotat hyvinvointipolitiikan haasteena. Terveys 2015-seminaari. Paasitorni, Helsinki 1.2.2007. s
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1/1990. Terveiden eriarvoisuuden teemanumero.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1/1994. Kvalitatiivisen tutkimuksen teemanumero.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 4/1995. Sosioekonomisten terveyserojen teemanumero.
- Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2/1996. Laadullisen terveystutkimuksen teemanumero.
- Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. Hallituksen kokousten pöytäkirjat vuosilta 1979–1997.
- SA 1972. Suomen Akatemia. Tieteen keskustoimikunnan tiedepoliittinen ohjelma 1972. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1972.
- SA 1975. Suomen Akatemia. Kansanterveyden tutkimuksen kehittämissuunnitelma vuosille 1977–81. Kansanterveyden tutkimusjaosto, Helsinki 1975.
- SA 1980. Suomen Akatemia. Lääketieteellisen tutkimuksen kehittäminen Suomessa 1980-luvulla. Valtion lääketieteellinen toimikunta. Suomen Akatemian julkaisuja 2/1980, Helsinki 1980.
- SA 1997. Suomen Akatemia. Kannanotto terveyden tutkimuksen kehittämiseksi Suomessa. Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen toimikunnan asettaman asiantuntijaryhmän muistio. Suomen Akatemian julkaisuja 4/1997. Edita, Helsinki 1997.
- Teperi J. Toimiiko terveydenhuolto terveyden tasearvon puolesta? Terveysrotat hyvinvointipolitiikan haasteena -seminaari Helsingissä 1.2.2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveys 2015.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1986.

- Valkonen T, Niemi M-L. keski-ikäisen väestön kuolleisuus Suomessa vuoden 1950 jälkeen. *Sosiaalilääk Aikak* 1978;15:215–226.
- Valkonen T, Pyörälä K. Sydän- ja verisuonitautien kehityssuuntaukset ja niiden taustalla olevat tekijät. Suomen Akatemian julkaisuja 3/1981, Helsinki 1981, 30–65.
- Valkonen T, Sauli H. Koulutusaste ja kuolleisuus verenkiertoelinten tauteihin. Suomen Akatemian julkaisuja 4/1981, Helsinki 1981, 37–53.
- Waris H. Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle II, Suomen Historiallinen Seura, historiallisia tutkimuksia XVI, 2, Helsinki 1934.
- Waris H. Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkäsillan pohjoispuolelle, 2. tarkistettu painos. Weilin + Göös Ab, Tapiola 1973.
- Vuori H. Lääketieteen historia – sosiaalhistoriallinen näkökulma. Gummerus, Jyväskylä 1979.

RANJA AUKEE

*THL, lehtori (emer.), tohtoriopiskelija
Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos*