Artikkeli

# Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia?

Tiivistelmä

Elintavat, kuten tupakointi ja haitallinen alkoholinkäyttö ovat keskeisiä selittäviä tekijöitä sosioekonomisten terveyserojen taustalla. Artikkelissa kysytään, miksi terveyden kannalta epäedulliset valinnat kasautuvat alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin ja miksi alempien ryhmien edustajat näyttävät olevan terveysasioissa haavoittuvampia eli kärsivät samoista valinnoista enemmän kuin ylempien. Artikkelissa tarkastellaan elintapojen ja sosiaalisen aseman välistä yhteyttä selittäviä malleja keskittyen rakenne- ja yksilölähtöisiin selityksiin ja teoreettisia lähestymistapoja – kulttuuri, identiteetti ja habitus – joissa on pyritty ylittämään rakenteiden ja yksilöllisen toiminnan välinen vastakkainasettelu. Artikkelissa osoitetaan aikaisempien selitysmallien vahvoja ja heikkoja puolia ja hahmotellaan kritiikin pohjalta terveyserojen tutkimukseen toimijalähtöisiä lähestymistapoja ja lupaavia suuntaviivoja. Esitämme, että tutkimuksen lähtökohdaksi tulisi ottaa hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin rakentuminen osana ihmisten elinolosuhteiden ja toimintatapojen kokonaisuutta. Terveyskäyttäytyminen kytkeytyy tiiviisti yksilöiden ja ryhmien muuhun toimintaan, jota motivoi ensi sijassa kollektiiviset arvot ja pyrkimys kokea yhteenkuuluvuutta samat arvot jakaviin ryhmiin ja yhteisöihin. Tietoa tarvitaan erityisesti siitä, miten kuormittavat elintavat, sosiaalinen luottamus ja resilienssi rakentuvat ryhmissä, joita luonnehtivat useat huono-osaisuuden indikaattorit.

**ANTTI MAUNU, ANU KATAINEN, RIIKKA PERÄLÄ, ANNI OJAJÄRVI**

## JOHDANTO

Suomessa on länsieurooppalaisittain suuret sosioekonomiset terveyserot. Elinajanodotteen ero alimpien ja ylimpien tuloryhmien miehillä on 12,5 ja naisilla 6,8 vuotta (1), ja korkea-asteen koulutuksen saaneet miehet elävät terveenä 10,9 vuotta ja naiset 8,4 vuotta pitempään kuin perusasteen koulutuksen saaneet (2). Vastoin yleistä käsitystä Suomi ei ole siis tässä suhteessa tasaarvon mallimaa, vaan yhteiskunnassamme vaikuttaa tekijöitä, jotka tekevät kansalaisista eriarvoisia jopa kuoleman edessä (3). Samalla esimerkiksi tuloerot ovat Suomessa pienemmät kuin OECD-maissa keskimäärin (2). Tämä kertoo, että terveyden ja sairauden eriarvoisuus ei Suomessa ole seurausta yksin materiaalisista, kuten tulotasoon ja elinolosuhteisiin liittyvistä tekijöistä. Pikemminkin erojen taustalla vaikuttavat lukuisat, toistensa kanssa vuorovaikutteisessa suhteessa olevat syyt, joista keskeisimmät liittyvät elintapojen sosiaalisiin jakoihin.

Terveyseroja selittävät nykyisin ennen kaikkea elintapoihin liittyvät krooniset sairaudet (4). Tupakointi, haitallinen alkoholinkäyttö, kehnot ruokailutottumukset ja vähäinen liikunta yhdistyvät yhteiskunnan alempiin sosiaaliryhmiin (5–8). On myös havaittu, että alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä elävät ihmiset ovat ylempien ryhmien edustajia haavoittuvampia samojenkin riskien tai sairauksien edessä (9,10). Esimerkiksi Suomessa työntekijä-ammateissa toimivilla on toimihenkilöihin verrattuna moninkertainen

riski kuolla tai joutua sairaalahoitoon alkoholiperäisistä syistä, vaikka juodun alkoholin määrä vakioidaan (11).

Tässä artikkelissa käymme läpi aikaisemmassa tutkimuksessa esitettyjä selityksiä ja tulkintoja siitä, miksi terveyteen liittyvät elintavat korreloivat sosiaalisen aseman kanssa. Olemme jakaneet kysymyksen kahteen pääteemaan:

1) Miksi terveyden kannalta epäedulliset valinnat kasautuvat alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin?
2) Miksi alempien ryhmien edustajat näyttävät olevan terveysasioissa haavoittuvampia eli kärsivät samoista valinnoista enemmän kuin ylempien?

Pyrimme osoittamaan aikaisempien selitysmallien vahvoja ja heikkoja puolia, ja artikkelin lopussa tiivistämme muutamia, mielestämme lupaavia suuntaviivoja tuleville tutkimuksille. Oma taustamme on laadullisessa tutkimuksessa, joka on suunnannut fokustamme erityisesti hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin rakentumiseen osana ihmisten elämäntapojen ja toiminnan kokonaisuutta.

## OLOSUHTEET JA YKSILÖT: TERVEYSEROSELITYSTEN PÄÄKOORDINAATIT

Eräs terveyserojen syiden vaikutusvaltaisimmasta luokitteluista esitettiin 1980-luvulla Iso-Britanniassa niin kutsutussa Black Reportissa (12). Siinä terveyserojen syyselitykset jaoteltiin artefaktiselityksiin, valikoitumiseen, materiaalisiin selityksiin sekä kulttuuriin ja käyttäytymiseen liittyviin selityksiin. Sittemmin ajatus artefaktiselityksistä eli aineistoista tai mittausvirheistä johtuvista eroista on hylätty, sillä useat toisistaan riippumattomat tutkimukset ovat osoittaneet sosioekonomiset terveyserot todellisiksi. (13) Myös valikoitumiseen liittyvät selitykset ovat osoittautuneet ongelmallisiksi. Nykyisen tutkimuskäsityksen mukaan kasvuympäristö ja sen olosuhteet vaikuttavat terveyden eriarvoisuuteen enemmän kuin se, että terveydeltään heikot päätyisivät johdonmukaisesti alempiin sosiaalisiin asemiin ja terveet korkeampiin (13).

Nykyisin yleisimmät selitysmallit voidaan jakaa karkeasti kahteen päätyyppiin, yhtäältä yhteiskunnan rakenteeseen ja elinolosuhteisiin kiinnittyviin selityksiin sekä toisaalta yksilöön ja tämän toimintaan kiinnittyviin selityksiin. Olosuhdeselitykset liittävät terveyserot sellaisiin yhteiskunnallisiin tekijöihin, joihin yksilöt eivät voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Terveyserojen yksilöselityksissä taas viitataan yksilöiden ominaisuuksiin: valintoihin sekä niihin vaikuttaviin tietoihin, taitoihin ja asenteisiin. (14,15) Jaottelu olosuhde- ja yksilöselitysten välillä on ideaalityyppinen ja yksinkertaistava, ja valtaosa terveystutkimuksen lähestymistavoista pyrkiikin yhdistämään molempia näkökulmia. Karkeakin jaottelu auttaa kuitenkin hahmottamaan terveyseroselitysten pääkoordinaatteja sekä niitä poliittisia implikaatioita, joita selitysmalleihin liittyy. Näitä on koottu taulukkoon 1.

**Taulukko 1:** Terveyseroselitysten pääkoordinaatit (mukailtu Stephens ym. 2012)

| | **Olosuhdeselitys** | **Yksilöselitys** |
|---|---|---|
| **Perusajatus** | Terveyserot seuraavat materiaalisista ja rakenteellisista tekijöistä: tulot, työ- ja elinolot, palvelujärjestelmä jne. | Terveys ja sairaus seuraavat yksilöllisistä tekijöistä: valinnat, tahto, tiedot, kyvyt, asenteet, geenit jne. |
| **Poliittiset implikaatiot** | * Muokataan ympäristöä paremmaksi: tulonjako, työsuojelu, asuntopolitiikka, palvelujärjestelmä jne.<br>* ”Pehmeä”, universalistinen politiikka: terveyserot ovat tasa-arvokysymys ja sellaisena osa yleisempää tasa-arvon ja mahdollisuuksien edistämispolitiikkaa. | * Vaikutetaan yksilöihin: muokataan asenteita, lisätään tietoja, vahvistetaan kykyjä jne.<br>* ”Kova”, kohdennettu politiikka: terveyserot ovat ihmisten omalla vastuulla ja toimenpiteet tulee kohdistaa riskiryhmiin tai -yksilöihin. |
| **Rajoitukset** | * Miten olosuhteet käytännössä tuottavat terveyttä tai sairautta?<br>* Samat olosuhteet eivät vaikuta kaikkiin yksilöihin ja ryhmiin samalla tavalla<br>* Samat toimenpiteet koetaan eri ryhmien parissa eri tavoin, jolloin niiden vaikutus on erilainen | * Miksi samassa asemassa olevat ihmiset valitsevat, ajattelevat ja tuntevat usein samalla tavalla?<br>* Olosuhteet rajaavat yksilön toiminnan ja valinnan mahdollisuuksia<br>* Kohdennettu politiikka toimii usein hyväosaisten ehdoilla eikä aina auta kohderyhmiä, vaan pikemminkin leimaa heitä |

Terveyserojen olosuhdeselitykset ovat perinteisesti kiinnittäneet huomiota materiaalisiin riskitekijöihin, joille eri asemassa olevat väestöryhmät altistuvat eri tavoin (16). Näihin kuuluvat tärkeimpinä koulutus ja ammattiasema, tulotaso, asuinolot, työolot sekä terveyspalveluiden saatavuus. Usein nämä ketjuuntuvat: matalan koulutuksen ammateissa on keskimäärin alempi tulotaso, mihin liittyy puolestaan vaatimattomammat asuinolot, raskaammat työolot sekä vähäisemmät valinnanmahdollisuudet terveyspalveluissa. Viime aikoina olosuhdeselityksiä on laajennettu myös psykososiaalisiin tekijöihin. Psykososiaaliset selitysmallit kytkevät sosiaalisen aseman sairauksille altistaviin psyykkisiin, biologisiin ja käyttäytymiseen liittyviin tekijöihin. Pitkäkestoinen köyhyys tai niukkuus, epätyydyttävät asuin- tai työolot tai muuten kuormittava elinympäristö aiheuttavat kroonistuvaa stressiä, joka puolestaan lisää biologisten mekanismien kautta useiden sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen riskiä. Lisäksi ne altistavat terveyttä kuormittavalle käyttäytymiselle kuten tupakoinnille, raskaalle juomiselle tai rasvan ja sokerin syömiselle koetun stressin kompensoimiseksi. (17–19) Vastaavasti korkeampi tulotaso mahdollistaa esimerkiksi terveellisemmän ruokavalion ja voi lisätä terveyspalveluiden käyttöä, mikä näkyy taas parempana terveydentilana (20,21). Eräs hyvinvointivaltiollisen ajattelun kulmakiviä onkin ollut pyrkimys taata kaikille ihmisille mahdollisimman hyvät elinolosuhteet, minkä on ajateltu johtavan myös parempaan terveydentilaan.

Olosuhdeselityksiä on kritisoitu muun muassa siitä, että ne jättävät liian vähälle huomiolle eletyn ja koetun todellisuuden, jossa ihmiset arkeaan elävät sekä käyttäytymiseen liittyvän vaihtelun samoissakin olosuhteissa (9,22). Ympäristön koettu kuormitus liittyy sen suuruuden lisäksi myös yksilöiden ja ryhmien valmiuksiin kohdata kuormitusta (15,23). Ryhmäkohtaiset ja yksilölliset erot samoissakin olosuhteissa tarkoittavat, että universalistinen, kaikkia samalla tavalla kohteleva hyvinvointipolitiikka ei välttämättä toimi kaikkien kohdalla samansuuntaisesti. (24,25)

Terveyserojen yksilöselityksissä terveyserojen syyt nähdään yksilöiden ominaisuuksissa, erityisesti valinnoissa ja terveyskäyttäytymisessä, tiedossa ja taidoissa, arvostuksissa ja asenteissa. On selvää, että vaikka aineelliset elinolot voivat asettaa suuriakin reunaehtoja ihmisten käyttäytymiselle, ne eivät determinoi ihmisten toimintaa. Varsinkin arkiajattelussa, julkisissa keskusteluissa ja politiikassa terveyttä ajatellaan usein juuri yksilöllisen valinnanvapauden ja -vastuun kautta. Terveyteen liittyvien valintojen, samoin kuin niiden seurausten ajatellaan olevan jokaisen omalla eikä esimerkiksi yhteiskunnan vastuulla. Myös suuri osa käytännön terveydenedistämistoiminnasta kohdistuu ”riskiväestöiksi” määriteltyihin ryhmiin tai yksilöihin. Tällaisella toiminnalla on helpompi saavuttaa poliittisia pisteitä kuin hitaalla ja päiväjulkisuudessa näkymättömällä rakenteellisella vaikuttamisella. (25–27)

Terveyskäyttäytymisen tarkastelu puhtaasti yksilöllisten valintojen näkökulmasta jättää kuitenkin avoimeksi kysymyksen siitä, mistä haitallisten terveystapojen ja sosiaalisen aseman korrelaatio johtuu. Miksi samassa asemassa olevat ihmiset käyttäytyvät, valitsevat, kokevat ja tuntevat yksilöllisestä variaatiosta riippumatta usein samansuuntaisesti? Alimpiin sosioekonomisiin asemiin kasautuva haitallinen alkoholinkäyttö ja tupakointi selittävät Suomessa yli puolet sosioekonomisista kuolleisuuseroista, ja erityisesti alkoholiin liittyvien kuolinsyiden selitysosuus on kasvanut viimeisen parinkymmenen vuoden aikana (28). Lisäksi on havaittu, että ihmiset ovat alemmissa sosiaalisissa asemissa ikään kuin hauraampia ja haavoittuvampia elämän edessä. Toisin sanoen heidän kestokykynsä eli resilienssinsä kuormittavien elintapojen tai elämäntilanteiden edessä on heikompi (9,10,29).

Terveyserojen tarkastelu liian vahvasti pelkästään yksilöiden tai olosuhteiden kannalta johtavat paljolti samaan lopputulemaan. Molemmissa tapauksissa yksilöllinen toiminta ja sen ulkoiset olosuhteet irrotetaan keinotekoisesti toisistaan, vaikka ihmisten jokapäiväisessä elämässä itsestään selvästi yhdistyvät molemmat ulottuvuudet. Siksi olosuhteiden ja yksilöiden erottamisen sijaan on tarkasteltava niiden yhteispeliä. On selvitettävä, miten yksilöllinen toiminta liittyy eri väestöryhmien elinolosuhteisiin sekä siihen, minkälaisten reunaehtojen vallitessa yksilöllisiä valintoja lopulta tehdään. Seuraavaksi käymme läpi erilaisia teoreettisia malleja ja päättelytapoja, joiden varassa yliyksilöllisten olosuhteiden ja yksilöllisen toiminnan suhdetta on terveystutkimuksessa pyritty käsitteellistämään, tulkitsemaan ja selittämään.

**Taulukko 2:** Sosioekonomisten elintapaerojen selitysmallit: kulttuuri, identiteetti ja elämäntyyli ja habitus.

| | Kulttuuriselitys | Identiteettiselitys | Elämäntyyli- ja habitusselitys |
|---|---|---|---|
| **Perusajatus** | *Kulttuuri määrittää, millaista toimintaa pidetään hyvänä ja vältettävänä (myös ruokailun, liikunnan, päihteiden ym. terveyskäyttäytymisen. osalta) | *Yksilöt mukautuvat sen ryhmän käyttäytymiseen, johon he samastuvat ja sitoutuvat (myös ruokailun, liikunnan, päihteiden jne. osalta) | *Ryhmäsamastumisten (ja niiden motivoiman terveyskäyttäytymisen) perustana on yleisinhimillinen tarve muodostaa ryhmiä ja yhteisöjä muiden samoissa olosuhteissa elävien kanssa<br>*Toimintaa motivoi usein pyrkimys erottautua muista ryhmistä |
| **Poliittiset implikaatiot** | *Erilaisten ryhmien käyttäytymisen ymmärtäminen<br>*Toiminnan ja palveluiden muokkaaminen eri kohderyhmien mukaan | *Erilaisten ryhmien ja yksilöiden käyttäytymisen ymmärtäminen<br>*Erilaisten ryhmien ja yksilöiden parempi huomiointi ja kohtaaminen | *Erilaisten ryhmien käyttäytymisen ymmärtäminen<br>*Terveyskäyttäytymiseen on vaikutettava koko elämäntyylin ja sitä motivoivien elinolosuhteiden kautta |
| **Rajoitukset** | *"Kulttuurin" käsite usein totalisoiva ja hämärtää alaryhmien välisiä eroja | *Miksi jokin toimintatapa on jollekin ryhmälle tärkeä tai vältettävä? | *Suhde ulkoisten olosuhteiden ja toiminnan sisäisen logiikan välillä epäselvä<br>*Erottautuminen ei aina toiminnan keskeinen motiivi |

## OLOSUHDE- JA YKSILÖSELITYSTEN VÄLISSÄ: KULTTUURI, IDENTITEETTI, ELÄMÄNTYYLI JA HABITUS

Rakenteellisia olosuhteita ja yksilöiden toimintaa yhdistävistä selitysmalleista ja niiden päättelytyyleistä voi erottaa kolme tyyppiä: kulttuuriselitykset, identiteettiin liittyvät selitykset sekä elämäntyyliin ja habitukseen liittyvät selitykset. Tämäkin erottelu on luonteeltaan ideaalityyppinen ja yksinkertaistava, mutta erottelu auttaa jäsentämään teoreettisia ja metodologisia näkökulmia, joissa on yhdistelty sekä olosuhteisiin että yksilöön paikantuvia selityksiä. Seuraavaksi esitämme kolme selitystyyppiä ikään kuin kumuloituvassa järjestyksessä niin, että ajattelemme jokaisen selitystavan sisältävän samat perusajatukset kuin edelliset ja kytkevän niitä laajempiin teoreettisiin yhteyksiin ja toisaalta tarkempiin empiirisiin tulkintoihin. Samalla pyrimme tällä rakenteella ylittämään pala palalta eri selitystyyppien rajoituksia ja viitoittamaan lopulta tulkintakehystä, jossa yhdistyvät näiden selitystyyppien parhaat puolet. Tiivistämme taulukkoon 2 eri selitysmallien pääkohdat, minkä jälkeen käymme niitä yksityiskohtaisemmin läpi.

## KULTTUURISELITYKSET

Terveyserojen kulttuurisissa selitysmalleissa sosiaalisiin asemiin ja olosuhteisiin nähdään liittyvän toimintaa kokonaisvaltaisesti suuntaavia ja sitovia tapoja ja merkityksiä. Kärjistetty esimerkki tästä on stereotyyppinen ajatus "suomalaisesta alkoholikulttuurista", jonka nähdään aiheuttavan jäsenilleen runsasta humalajuomista haittavaikutuksineen. Myös työväenluokkaisten miesten epäterveellisiä toimintatapoja kuten hellittämätöntä työntekoa, levon laiminlyöntiä tai suojavarusteiden välttämistä saatetaan selittää maskuliinisuutta korostavalla kulttuurilla, jossa miehen kuuluu kestää kipua, rasitusta ja vaaraa (30). Toisaalta on myös puhuttu terveyskulttuurista tai "terveilystä" (healthism) (31), mikä viittaa erilaisiin terveyttä korostaviin arvoihin, merkityksiin ja toimintatapoihin nyky-yhteiskunnissa.

Kulttuuristen selitysten vahvuus on siinä, että ne kytkevät terveyden osaksi ihmisten ja ryhmien muutakin elämää ja elämäntapaa. Kulttuuriin ajatellaan liittyvän muutakin kuin terveyttä eikä terveyden oleteta kulttuuriselityksissä olevan toiminnan ainoa eikä aina edes tärkein kohde, vaan käyttäytymisen tavoitteiden, arvojen ja merkitysten ajatellaan motivoituvan myös muista tekijöistä.

Kulttuuriselityksiä voidaan kuitenkin kritisoida eräänlaisesta totalisoinnista, joka rinnastuu terveyserojen olosuhdeselityksiin. Tällöin kulttuuri ilmenee jonakin, joka operoi taustalla ihmisten itse sitä tiedostamatta, ja determinoi

toimintaa tuottaen tietynlaista käyttäytymistä ja tätä kautta terveyttä ja sairautta. Voidaankin ajatella, että kulttuuriselitysten funktio on käytännössä ollut tehdä terveyden kannalta irrationaalista käyttäytymistä ymmärrettäväksi. Useimmiten kyseessä on rationaliteetin hakeminen terveyden kannalta ongelmalliseksi (tai "yliterveelliseksi") katsotun väestöryhmän elintavoille, ja pyrkimys kohdentaa terveyspalveluita tai muita toimia tätä ryhmää paremmin palveleviksi. Toisaalta kulttuuriselitykset saattavat päätyä leimaamaan jonkin ihmisryhmän toimintaa, ja niihin saattaa liittyä moralisoivaa sävyä yksittäisiä ihmisiä ja kokonaisia ihmisryhmiä kohtaan (25) Tällöin kulttuurin käsitteen ylimalkaisuus piilottaa näkyvistä ne hienovaraisemmat mekanismit, joiden välityksellä ihmisten elinolosuhteet muuntuvat erilaisiksi käyttäytymismalleiksi ja jotka tekevät yksilöiden toiminnan merkitykselliseksi. Lisäksi kokonaisvaltainen oletus tiettyyn asemaan kuuluvien ihmisten samanlaisista arvoista, asenteista ja normeista on vaarassa piilottaa käyttäytymisen variaatiota niin yksilöiden kuin kulttuurin monien alaryhmien välillä (32).

## IDENTITEETTISELITYKSET

Terveyserojen identiteettiselityksillä on paljon yhteistä kulttuuriselitysten kanssa. Ne kuitenkin kohdistuvat kulttuuriselityksiä enemmän yksilölliseen kokemukseen ja toimintaan. Yksilön identiteetin muodostaa paljolti se, mikä hänelle itselleen ja hänen keskisimmille viiteryhmilleen on tärkeää (33). Näin identiteetti ilmenee ikään kuin sisäistettynä kulttuurina. Tästä näkökulmasta esimerkiksi pohjoisamerikkalainen Daphna Oyserman kollegoineen (34) on havainnut, että kaikki amerikkalaiset jakavat tiedon tasolla käsitykset siitä, mitä ja millaisia ovat terveelliset elintavat. Etnisten ryhmien jäsenet, kuten afroamerikkalaiset ja syntyperäiset amerikkalaiset pitävät kuitenkin näiden käsitysten mukaan elämistä ensi sijassa valkoihoisten amerikkalaisten tapana elää. Siksi he eivät itse samastu näihin elintapoihin, eivätkä aina elä niiden mukaan. Tämä näkyy myös esimerkiksi sairaus-, kuolleisuus- ja ylipainotilastoissa. Oyserman ja kumppanit jatkavat, että ihmiset käyttäytyvät ja tekevät sen mukaisia valintoja, minkä kokevat omalle viiteryhmälleen ominaiseksi.

Leena Koivusillan sanoin ihmisillä on taipumus hakeutua kohti sen ryhmän käyttäytymistä, johon he muutenkin identifioituvat (32). Näin ollen terveydelle haitallinen käyttäytyminen, kuten tupakointi tai humala- ja riskihakuinen juominen, voivat tietyissä tilanteissa ja olosuhteissa saada omaan identiteettiin sopivia, myönteisiä merkityksiä. Toisissa konteksteissa taas jatkuva ponnistelu oman terveyden hyväksi voi olla keskeinen keino osoittaa yhteenkuuluvuutta oman viiteryhmän kanssa. Tällaisina identiteettiselitykset säilyttävät kulttuuriselitysten parhaan puolen siinä, että ihmisten elämässä vaikuttavat muutkin kuin terveyteen liittyvät pyrkimykset. Samalla niiden valossa voidaan piirtää merkittävästi tarkempaa kuvaa ihmisten omaehtoisesta kokemuksesta. Identiteettiselitysten poliittiset implikaatiot ovat samansuuntaisia kuin kulttuuriselitysten: niiden valossa haetaan ymmärrystä ja toisinaan myös arvostusta eri ryhmien toiminnalle, ja pyritään kehittämään heitä paremmin kohtaavia palveluita.

Identiteettiselityksien ongelma on, että niissä ei useinkaan oteta kantaa siihen, mistä identiteetit ovat tulleet ja kuinka ne liittyvät tutkittavan ihmisen tai ryhmän sosiaaliseen asemaan. Miksi jokin toimintatapa on tärkeämpää ja hyväksyttympää jossain identiteetissä kuin toisessa? Millä mekanismeilla tämä liittyy ihmisen asemaan tietyssä tilastokategoriassa? Tästä näkökulmasta terveystutkimuksen identiteettiselitykset ovat vaarassa jäädä kulttuuriselitysten tavoin ylimalkaisiksi. Tässä valossa myös terveystutkimuksen identiteettiselityksiä voidaan pitää arvokkaina virikkeinä esimerkiksi tutkimusasetelmien rakentamisessa tai joidenkin empiiristen havaintojen tulkitsemisessa. Niitä ei kuitenkaan voida pitää täysin riittävinä resursseina ymmärtää terveyden ja sairauden syntyä sekä niiden kytkeytymistä sosiaaliseen asemaan.

## ELÄMÄNTYYLI JA HABITUS

Kolmas sosioekonomisten terveyserojen olosuhde- ja yksilöselityksiä yhdistelevä selitystyyppi hyödyntää elämäntyylin käsitettä. Katherine Frohlich kollegoineen on määritellyt elämäntyylin (lifestyle) "toimintatapojen ja orientaatioiden rutinoituneeksi kokonaisuudeksi", joka on samalla "ilmaus jaetuista suhtautumis- ja käyttäytymistavoista yhteisessä toimintaympäristössä" ([15] käännös kirjoittajien). Frohlich ja kumppanit korostavat elämäntyylin kollektiivisuutta erotuksena terveystutkimuksessa usein käytetystä

määrittelystä, joka näkee elämäntyylin pikemminkin yksilöllisten valintojen ja elintapojen summana.

Elämäntyylin kollektiivisen määrittelyn taustalla on ajatus, että samankaltaisissa oloissa elävät ihmiset käyttäytyvät usein samankaltaisesti, tekevät samankaltaisia valintoja ja kokevat niistä usein myös samankaltaisia seurauksia. Pyrkimys käyttäytyä samankaltaisesti oman viiteryhmän kanssa on tärkeä inhimillistä toimintaa motivoiva tekijä, mikä esittää myös inhimillisen rationaalisuuden pohjaltaan sosiaalisena. On yksilön, ryhmän samoin kuin koko ihmislajin menestyksen kannalta keskeistä maksimoida keskinäisen yhteistyön edellytyksiä eli tuen, luottamuksen ja solidaarisuuden määrää. Jos ryhmäsolidaarisuutta voi omassa viiteryhmässään parhaiten kokea ja osoittaa terveyden kannalta haitallisella toiminnalla, kuten esimerkiksi päihteidenkäytöllä, niin voi olla täysin rationaalista valita se. (35–37) Tästä näkökulmasta (kollektiiviset) elämäntyyliselitykset jakavat kulttuuri- ja identiteettiselitysten ajatukset terveyskäyttäytymisen kytkeytymisestä muuhun toimintaan ja sen merkityksiin. Samalla ne tarjoavat uuden teoreettisen näkökulman kollektiivisen toiminnan subjektiivisesti koettuihin merkityksiin. Jaetuilla elämäntyyleillä on tästä näkökulmasta itseisarvo, koska ne sitovat ihmisyksilöitä toisiinsa riippumatta siitä, millaisia terveysvaikutuksia elämäntyyleillä on. Tällöin myös pyrkimyksissä vaikuttaa jonkin ryhmän toimintaan tai asenteisiin on huomioitava sen koko elämäntyyli ja sitä määrittävät olosuhteet.

Elämäntyylinäkökulmaa lähelle tulee terveystajun käsite, joka on kehitetty suomalaisen nuorisotutkimuksen piirissä (26,38). Terveystajun käsite syntyi kritiikistä, jossa terveyskäyttäytymisen ja terveydenlukutaidon käsitteet nähtiin liian tieto- ja yksilökeskeisinä. Käsite sisältää oletuksen, että ihminen tekee terveyteensä vaikuttavia ratkaisuja osana yhteisöjään, kulttuuriaan ja sosiaalisia tilanteitaan eikä aina laskelmoi toimintansa terveyshyötyjä. Terveystiedon sijaan kyse on yhteisöllisesti määrittyneestä prosessista, jossa määritellään, miten tätä tietoa tulkitaan, ymmärretään ja toteutetaan. Terveystajun näkökulma pyrkii huomioimaan yksilöt, olosuhteet ja tilannetekijät, mutta näkökulman ongelmaksi jää käytännön sovellettavuus, johon se ei anna konkreettisia välineitä.

Elämäntyyli- ja terveystajunäkökulmia täydentävät Pierre Bourdieun teorioihin perustuvat tulkinnat eri sosioekonomisille ryhmille tyypillisistä habituksista. Habitus on Bourdieun mukaan eri sosioekonomisille ryhmille tyypillinen ajattelu- ja toimintatapojen kokonaisuus, eräänlainen valikoivan havainnoinnin ja toiminnan mekanismi. Tällaisena siitä tulee keskeinen sosioekonomisia elämäntyylieroja– ja lopulta koko yhteiskunnan luokkarakennetta – ylläpitävä ja uusintava mekanismi. (39,40)

Terveyserojen kannalta habituksella on selitetty muun muassa alempien sosioekonomisten ryhmien taipumusta suosia halpaa, helppoa ja kaloririkasta ruokaa. Esimerkiksi John Coveney (41) ja Gun Roos kollegoineen (42) tulkitsevat, että työväenluokkaiset ihmiset suhtautuvat ruokaan ensi sijassa kehon vaatimana polttoaineena, näkevät kehon työkaluna fyysiselle työlle eivätkä arvosta ruuan sen enempää kuin kehonkaan esteettisyyttä toisin kuin keskiluokan edustajat. Tulkinnan pohjana on Bourdieun ajatus, että työväenluokan habitukseen kuuluu yleisesti ottaen asioiden arvostaminen konkreettisina ja käytännönläheisinä, kun taas keskiluokka pyrkii kiinnittymään maailmaan estetisoiden ja abstrahoiden (39). Habitus-selityksiin liittyy myös vahvasti ajatus distinktiosta eli luokkien pyrkimyksestä erottautua toisistaan. Keskiluokka haluaa tehdä pesäeron esteettisesti ja eettisesti rujoina pitämiinsä työväenluokan tyyleihin, kun taas työväenluokka pyrkii pitämään etäisyyttä herraskaisina ja hienostelevina pitämiinsä keskiluokan tapoihin. Tästä näkökulmasta keskiluokan tupakoimattomuutta, hillittyjä juomatapoja, salaattilounaita ja maratonharrastusta voi pitää pyrkimyksenä erottautua työväenluokan epäterveellisistä elintavoista (43).

Habitus-selitykset täydentävät ja laajentavat elämäntyyliselityksiä kuvaamalla, miksi ja miten tietyt elintavat kytkeytyvät sosiaaliseen asemaan. Samalla selitys auttaa ymmärtämään sitä, miksi tietyssä sosiaalisessa asemassa olevat ihmiset päätyvät usein samankaltaisiin elämäntyyleihin ja -kulkuihin, ja miksi elintapojen muuttuessa ja elintason noustessa sosioekonomiset erot säilyvät. Sosialisaatiossa omaksuttu habitus säilyy, vaikka välitön elinympäristö muuttuisi. Toisaalta habitus-selitykset perustuvat mielestämme turhan vahvasti oletukselle elämäntyylien

hierarkkisesta kilpailuasetelmasta. Esimerkiksi tupakointi tai juominen voi saada keskiluokkien parissa sellaisia merkityksiä kuten hauskanpitoa tai nautinnon tavoittelua, jotka eivät ole distinktiivisiä ja jotka ovat pääosin samoja myös työväenluokkaisten tupakoijien ja juojien keskuudessa (27,44). Lisäksi Bourdieun oletus vahvasta rakenteellisesta yhteydestä eli homologiasta ryhmän jäsenten yksittäisten toimintatapojen välillä ei aina saa tukea empiirisistä tutkimuksista (45). Bourdieun teoria ei kuitenkaan anna tilaa vaihtoehtoisille tulkinnoille ilman, että teorian perusoletukset kyseenalaistuvat.

## ARVOT JA SOSIAALINEN LUOTTAMUS: MITÄ TARVITSEE VIELÄ TUTKIA?

Edellä käsitellyillä selitysmallit avaavat näkökulmaa tämän artikkelin ensimmäiseen pääkysymykseen siitä, miksi terveyden kannalta epäedulliset valinnat kasautuvat alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin. Samalla ne kuitenkin jättävät avoimeksi tämän artikkelin toisen pääkysymyksen siitä, miksi alempien sosioekonomisten ryhmien edustajat kärsivät samoistakin valinnoista ylempiä enemmän. Edellä käsitellyt selitykset eivät myöskään mielestämme anna täysin tyydyttävää kuvaa siitä, miksi terveyttä kuluttavat valinnat kasautuvat alempiin luokkiin. Ne eivät onnistu kuvaamaan riittävän tarkasti ja uskottavasti niitä mekanismeja, joilla yhteiskunnan rakenteet ja muut olosuhteet sekä yksilöllinen toiminta kytkeytyvät ihmisten jokapäiväisessä elämässä yhteen ja ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa.

Artikkelin lopuksi hahmottelemme näkökulmia näihin kysymyksenasetteluihin käyttäen virikkeenä viimeaikaisia empiirisiä tutkimuksia. Tarkastelemme ensin terveyskäyttäytymistä eri ryhmien toimintaa motivoivien arvojen sekä niitä ehdollistavien elinolojen näkökulmasta. Sen jälkeen tarkastelemme kysymystä alempien sosioekonomisten ryhmien haavoittuvuudesta heidän toimintansa sosiaalisen logiikan näkökulmasta.

## ARVOT JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Tulevissa terveystutkimuksissa on mielestämme syytä tarkastella empiirisesti yhä hienosyisemmin, kuinka terveyteen liittyvät elintavat kytkeytyvät ihmisten elinoloihin ja sosiaalisiin suhteisiin. Tällöin keskeinen kysymys liittyy yhtäältä siihen, mitkä ovat niitä arvo- ja merkityshorisontteja, joihin yksilöiden ja ryhmien toiminta orientoituu. Mikä on kunkin ryhmän edustajille tärkeää ja tavoittelemisen arvoista, mikä taas vähäpätöistä ja vältettävää, ja mikä sen keskeisiä arvoja motivoi? Toinen keskeinen kysymys tuleville terveystutkimuksille on se, millä tavalla erilaiset elinolosuhteet tuottavat, mahdollistavat ja rajaavat yhteisiä horisontteja ja toisaalta konkreettisia toimintamahdollisuuksia – ja millaisia vaikutuksia tällä on terveyteen tai terveyskäyttäytymiseen ihmisten arkielämän tasolla? Liian vahvat taustateoriat inhimillisen käyttäytymisen syistä ja motiiveista voivat estää näkemästä oleellisia seikkoja, joten laadullisen, tutkittavien arkeen pureutuvan empiirisen tutkimusotteen merkitys on tämän näkökulman kehittymiselle suuri.

Suomessa on tehty joitakin laadullisia terveystutkimuksia, joita voidaan lukea tästä näkökulmasta. Esimerkiksi Marja-Liisa Honkasalon (46) etnografinen tutkimus sydäntautien kulttuurisista merkityksistä Pohjois-Karjalassa kuvaa näihin tauteihin sairastumisen arvopohjaa. Honkasalon haastattelemat miehet kuvaavat elämänsä epävarmuuksia ja epäsäännöllisyyksiä, ”köyhyyven kulttuuria”, jossa ihmisiin on iskostunut ajatus elämän ahtaudesta sekä mahdollisuuksien rajallisuudesta. Kova työnteko ja pitkät päivät ovat lisänneet tapaturmariskiä, tupakka on kuulunut luontevana osana työmiehen elämään, ja ruokavalio on raskaassa työssä ollut epäsäännöllinen ja makkarapainotteinen. Näissä olosuhteissa sydäntautiin sairastuminen on ollut pohjoiskarjalaisille miehille merkki kunnollisesta työmiehestä: on kyetty elämään ja selviytymään kovissa olosuhteissa.

Myös tupakoinnin mieltä ja merkityksiä alemmissa sosiaaliryhmissä voidaan ymmärtää pyrkimyksenä osoittaa autonomista itsemääräämisoikeutta tiukasti määritellyissä puitteissa. Anu Kataisen (47) tutkimuksessa tupakointi ruumiillisessa työssä ilmensi työn hierarkkisia sosiaalisia suhteita muodostumalla työntekijöiden välineeksi ottaa omaa aikaa ja tilaa. Tupakointi symboloi työntekijöiden itsemääräämisoikeutta: tupakointi oli osoitus itseään hallitsevasta, työnsä hoitavasta työmiehestä, joka ei kumartele auktoriteetteja. Samansuuntaisesti Anni Ojajärven (37) tutkimus tupakoinnista armeijassa osoittaa, että varusmiesten tupakointi on syytä ymmärtää osana armeijainstituutiota ja sen tupakointitraditioita. Kuten Kataisen työläiset,

Ojajärven varusmiehet vapautuivat tupakkatauoilla hetkeksi armeijan kurinalaisuudesta. Tupakkakoppi oli armeijassa ainoa paikka, joka oli instituution sääntöjen ulkopuolella olevaa nuorten omaa tilaa.

Antti Maunu on puolestaan havainnut, että yhteinen juominen ja humaltuminen ovat nuorille ja nuorille aikuisille tärkeä sosiaalinen tekniikka. Varsinkin nuorille työväenluokkaisille miehille humala antaa mahdollisuuden kokea, ilmaista ja jakaa sellaisia sosiaalisia tunteita, joille ei ole heidän muussa elämänpiirissään juurikaan mahdollisuuksia. Siksi he voivat olla valmiita juomaan omassa porukassaan hyvinkin rajusti ja riskialttiisti, jotta he voisivat tuntea ja osoittaa yhteenkuuluvuutta sitä kohtaan. (36) Myös tutkimukset laittomien päihteiden käyttäjistä ovat osoittaneet, että heidän käyttöään motivoivat ja säätelevät monet sosiaaliset ja moraaliset pyrkimykset, vaikka ulkopuolisen silmiin toiminta saattaa vaikuttaa holtittomalta (48). Useat laittomien päihteiden käyttäjät pyrkivät myös aktiivisesti pitämään huolta terveydestään päihderiippuvuudesta huolimatta (49). Tämä tarkoittaa, että myös raskaan päihteiden käytön terveysulottuvuuksia on syytä ymmärtää osana käyttäjien koko elämäntapaa ja toiminnan logiikkaa.

Joissakin ryhmissä terveys voi liittyä hyvin positiivisiin ja tavoiteltaviin merkityksiin. Varsinkin keskiluokkaisissa tai korkeammissa sosioekonomisissa asemissa elävien tai niihin pyrkivien ihmisten parissa terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen liittyy mielikuvia vastuullisuudesta, älykkyydestä ja tahdonvoimasta. Näissä ryhmissä terveelliset elintavat ovat osoitus moraalisesti arvokkaista ominaisuuksista, ja siksi terveys ja sen vaaliminen liitetään oleellisesti myös muuhun elämässä menestymiseen. Taustalla on tulkinta, jonka mukaan keskiluokille tärkeimpiä moraalisia horisontteja ovat laajemminkin yksilöllisen kasvun, kehityksen ja menestymisen ihanteet. (27,50–52)

Nämä esimerkit osoittavat, että terveyttä vahvistavan tai kuluttavan käyttäytymisen ymmärtäminen edellyttää empiiristä tarkastelua osana tutkittavien ihmisten koko elämismaailmaa eikä muusta elämästä irrallisena saarekkeena. Esimerkit osoittavat myös, että toiminnan (ainakaan keskeisimpänä) käyttövoimana ei välttämättä ole distinktio muista ryhmistä, vaan pikemminkin itseisarvoinen sitoutuminen omaan ryhmään, sen yhteisiin tapoihin ja ihanteisiin, sekä tätä kautta pyrkimys kokea ja esittää itseä positiivisessa valossa. Myöskään odotusta homologiasta eli ryhmän jäsenten kaikkien elintapojen ja -käytäntöjen perustavasta samankaltaisuudesta ei edellisten tutkimusten perusteella ole tarpeen tehdä. Niiden valossa sosiaalinen toiminta muodostuu johdonmukaiseksi, kommunikoivaksi ja palkitsevaksi, jos se tavalla tai toisella orientoituu yhteisiin merkitys- ja arvohorisontteihin. Tämä orientoituminen voi kuitenkin käytännössä tapahtua monin eri tavoin eikä uppiniskaisesti yhtä toiminnan piirrettä tilanteesta toiseen toistaen. Voi esimerkiksi olla, että perustavat arvohorisontit eri sosioekonomisten ryhmien parissa ovat pohjaltaan varsin samankaltaisia (esim. työhön, perhe-elämään ja harrastuksiin liittyvät ihanteet), ja eri ryhmien elintapaerot liittyvät pikemminkin siihen, että eri ryhmillä on jokapäiväisessä elämässään käytössään samojenkin ihanteiden tavoitteluun erilaisia konkreettisia resursseja ja keinoja.

## SOSIAALISET SUHTEET, LUOTTAMUS JA RESILIENSSI

Sosiologian klassikko Emile Durkheim osoitti 1800-luvulla, että ihminen tarvitsee sosiaalisen paikan, arvostusta ja tukea voidakseen elää terveettä ja tasapainoista elämää. Durkheim nimitti anomiaksi tilaa, jossa näitä ei ole tarjolla, ja osoitti anomian liittyvän suurempaan itsemurha-alttiuteen sekä muihin pahoinvoinnin muotoihin (53,54). Tästä näkökulmasta yksilön kestokyky eli resilienssi elämän kuormittavuuden edessä määrittyy kyvyiksi ja mahdollisuuksiksi olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa tavalla, joka tukee ja vahvistaa omaa terveyttä ja hyvinvointia (10). On viitteitä siitä, että myös näissä kyvyissä ja mahdollisuuksissa on eroja sosioekonomisen aseman suhteen.

Viimeaikaiset terveystutkimukset ovat osoittaneet monipuolisesti, kuinka palkitsevat sosiaaliset suhteet vaikuttavat terveyteen ja hyvinvointiin. Ensinnäkin ne operoivat psykologisten ja kulttuuristen tekijöiden kuten motivaation, asenteiden ja koettujen mahdollisuuksien kautta (9,55). Toiseksi niiden on osoitettu vaikuttavan positiivisesti esimerkiksi sydämeen ja verenkiertoelimistöön, hormonitoimintaan sekä immuunijärjestelmään (56). Kolmanneksi tukea antavat ja palkitsevat sosiaaliset suhteet korreloivat positiivisen terveyskäyttäytymisen kuten terveellisen

ruokavalion ja aktiivisen liikkumisen kanssa (33,57). Neljänneksi ne suojaavat ja edistävät vastoinkäymisistä selviämistä silloin, kun elämä koettelee esimerkiksi työttömyyden, avioeron tai sairauden muodossa (24). Samaan aikaan tutkimukset osoittavat, että monipuoliset sosiaaliset verkostot positiivisine terveysvaikutuksineen ovat tyypillisempiä ylempien kuin alempien sosioekonomisten ryhmien parissa (58).

Palkitsevia sosiaalisia suhteita ja niiden terveysvaikutuksia on tarkasteltu myös sosiaalisen pääoman käsitteistöllä. Tämä keskustelu on liian laaja ja käsitteellisesti hajanainen, jotta voisimme käsitellä sitä tarkemmin tässä (55), mutta suuri osa siitä voidaan tiivistää ajatukseen sosiaalisesta luottamuksesta ja sen merkityksestä. Sosiaalinen luottamus viittaa sisäistettyyn arvostukseen ja tunnustukseen, kokemukseen siitä, kuinka ihminen olettaa muiden ihmisten ja ympäröivän maailman suhtautuvan häneen. Vahva sosiaalinen luottamus korreloi kaikkien edellä kuvattujen terveyden positiivisten indikaattorien kanssa ja voidaan ajatella, että se on hyvien sosiaalisten verkostojen tuottamaa ydinmehua eletyssä ja koetussa muodossa (10,24,36,59).

Sosiaalisen luottamuksen ja epäluottamuksen on esitetty kytkeytyvän aineellisiin elinoloihin, kasvuympäristöön ja yhteiskunnan rakenteisiin. Tutkimuksissa on havaittu, että heikko sosiaalinen luottamus kasautuu alempiin sosioekonomisiin asemiin. Syynä on muun muassa se, että heikko sosiaalinen luottamus indikoi heikkoa koulumenestystä, mikä puolestaan johtaa todennäköisemmin fyysisesti kuormittaviin ja alhaisen tulotason ammatteihin tai kokonaan työelämän ulkopuolelle. Puolestaan lapsuus ja nuoruus materiaalisesti niukoissa olosuhteissa on vahvasti yhteydessä sosiaalisen epäluottamuksen kehittymiseen. Tämä tekee sosiaalisesta epäluottamuksesta tärkeän, mahdollisesti erään tärkeimmistä huono-osaisuuden periytymistä selittävistä tekijöistä. (10,24) Tämä on eräs konkreettinen mekanismi, jonka välityksellä elinympäristön olosuhteet ja yksilöllinen toiminta ovat vuorovaikutuksessa ja tuottavat vahvaa tai heikkoa resilienssiä. Tulevien terveystutkimusten tärkeä teema onkin selvittää tarkemmin, millaisten mekanismien varassa ihmiset kasvavat vahvaan tai heikkoon sosiaaliseen luottamukseen jokapäiväisessä arjessaan.

Lisäksi sosiaalista luottamusta tai epäluottamusta ruokkivaan sosialisaatioympäristöön liittyy kulttuurisia ja moraalisia tekijöitä, joilla on osoitettu olevan myös luokkaulottuvuuksia. Monissa tutkimuksissa on havaittu, että etenkin työväenluokan miehille on tärkeää täyttää kunnialla se sosiaalinen paikka, jonka ulkopuolinen maailma ja yhteisö heille yksilöinä antavat. Yksilöllinen itseilmaisu tai monipuoliset sosiaaliset kontaktit eivät sijoitu arvoasteikossa erityisen korkealle. Logiikkaan liittyy myös vahva itsellisyyden ja omillaan pärjäämisen ihanne, jota Adrie Kusserow (60) on nimittänyt kovaksi individualismiksi. (52,61) Puolestaan keski- ja ylempien luokkien on nähty omassa toiminnassaan tekevän yksilöön paikantuvista sosiaalisista valmiuksista ja toimintatavoista tärkeän hyveen. Tämän toimintalogiikan keskipisteessä ovat ainutkertaisina itsensä kokevat yksilöt, jotka pyrkivät aktiivisesti rakentamaan ympärilleen monipuolisia sosiaalisia verkostoja ja näiden edellyttämiä sosiaalisia taitoja oman minänsä tueksi. Tätä voidaan nimittää pehmeäksi individualismiksi. (27,59,60).

Myös näillä tekijöillä voidaan selittää sitä, miksi alempien sosioekonomisten ryhmien edustajat ovat keskiluokkia hauraampaa ja haavoittuvampaa. Työväenluokan (mies)edustajat eivät kulttuurisista ja moraalisista syistä pidä tärkeinä niitä toimintatapoja, joiden on monissa tutkimuksissa osoitettu olevan keskeisiä sosiaalisen luottamuksen ja resilienssin synnylle. Tällainen toimintalogiikka on voinut olla hyvinkin tarkoituksenmukainen ja toimiva tapa toimia yhteiskunnassa, jossa asioilla ja ihmisillä on ollut valmiit ja kaikille sanomattakin selvät sosiaaliset paikat (62). Nyky-yhteiskunnassa selkeitä, annettuja asemia ja niiden täyttämisestä seuraavaa kunniaa ei kuitenkaan enää ole liiemmin tarjolla. Tässä tilanteessa sosiaalisen arvostuksen ja luottamuksen saavuttaminen edellyttää pikemminkin keskiluokille tyypillisempää itsen ilmaisua ja monipuolisia sosiaalisia taitoja, joka tuottaa myös vahvaa sosiaalista resilienssiä kuin itsestään ja ilman, että sitä aktiivisesti tavoitellaan (59).

Tulevissa terveystutkimuksissa onkin syytä selvittää tarkemmin myös sitä, kuinka kulttuuriset ja moraaliset tekijät vaikuttavat sosiaalisen luottamuksen tai epäluottamuksen syntyyn

eri sosioekonomisten ryhmien jokapäiväisessä arjessa ja vuorovaikutuksessa. Luokan lisäksi vaikutusta on myös sukupuolella, asuinpaikalla sekä ammattialalla. Annettuihin asemiin orientoituvalla toiminnalla sekä siihen liittyvällä kovalla individualismilla saattaa olla kaikupohjaa enemmän miesten kuin naisten parissa, enemmän maakunnissa ja haja-asutusalueilla kuin suurkaupungeissa ja enemmän teknis-taloudellisen alan työntekijöiden parissa kuin sosiaali- tai kasvatusalalla. Puolestaan kaikissa jälkimmäisissä ryhmissä noudatetaan tyypillisemmin pehmeän individualismin sosiaalista logiikkaa. (27) Tämä puhuu sen puolesta, että varsinaisen sosioekonomisen aseman lisäksi terveystutkimuksessa on syytä kiinnittää huomiota myös sukupuolen, kulttuurimaantieteellisen sijainnin sekä ammattialan vaikutuksiin hyvin- ja pahoinvoinnin kasautumisessa.

## YHTEENVETO JA PÄÄTELMIÄ

Olemme tässä artikkelissa osoittaneet, että terveyserojen selitysmallit törmäävät useimmiten ongelmiin, kun lähtökohtana on voimakkaasti yhtäältä joko yhteiskunnan rakenteita tai muita olosuhteita tai toisaalta yksilöllistä valintaa painottavat näkökulmat. Lisäksi olemme tarkastelleet terveystutkimuksen lähestymistapoja, joissa olosuhteiden ja yksilön vastakkainasettelua on pyritty ylittämään kulttuurin, identiteetin, elämäntyylin ja habituksen käsitteiden avulla. Esitämme, että myös näissä lähestymistavoissa piilee ongelmia, joiden vuoksi ne eivät ole täysin tyydyttäviä olosuhteiden ja yksilöiden toiminnan välisen vuorovaikutuksen empiiriseen analyysiin. Kritiikin pohjalta olemme hahmotelleet terveyserojen tutkimukseen toimijalähtöisiä lähestymistapoja ja tarkastelleet aiempia tutkimuksia, joissa sosioekonomiseen asemaan kytkeytyvien materiaalisten, sosiaalisten, kulttuuristen ja moraalisten tekijöiden on nähty mahdollistavan myös erilaisia terveyteen liittyviä toimintatapoja.

Yhtäältä olemme havainneet, että terveyskäyttäytyminen kytkeytyy tiiviisti yksilöiden ja ryhmien muuhun toimintaan, jota motivoi ensisijassa kollektiiviset arvot ja pyrkimys kokea yhteenkuuluvuutta samat arvot jakaviin ryhmiin ja yhteisöihin. Tällöin toiminnan vaikutukset terveyteen ilmenevät usein muulla tavoin motivoituvan toiminnan sivutuotteina eivätkä niinkään päämääränä sinänsä. Toisaalta olemme havainneet, että terveyttä aktiivisesti vahvistavan tai kuormittavan käyttäytymisen lisäksi sosioekonomisia eroja ilmenee ihmisten resilienssissä eli kyvyssä kestää terveyttä kuormittavia elintapoja tai elämäntilanteita. Keskeisenä käsitteenä resilienssin tarkastelussa olemme käyttäneet sosiaalista luottamusta ja olemme esittäneet, että myös se kytkeytyy moniin materiaalisiin, sosiaalisiin, kulttuurisiin ja moraalisiin tekijöihin, jotka puolestaan liittyvät sosioekonomiseen asemaan. Tarkastelun perusteella pidämme toimintaa motivoivia arvoja sekä sosiaalisen luottamuksen ja resilienssin (tai niiden puutteen) kehittymistä kahtena keskeisenä mekanismina, jotka tuottavat ja ylläpitävät terveyden eriarvoisuutta ihmisten jokapäiväisessä arjessa.

Olemme luonnostelleet terveyserojen tutkimukselle suuntaviivoja, jotka edellyttävät laadullisen tutkimuksen aseman vahvistamista terveystutkimuksessa. Tutkimuksessa tulisi jäljittää niitä monisyisiä tapoja, joilla ihmisten elämän ehdot välittyvät terveyttä edistäviksi tai haittaaviksi valinnoiksi. Tässä on syytä välttää lähtöoletusta, jonka mukaan ihmisten toiminta olisi aina päämääräorientoitunutta (63) ja motiivilähtöistä tai että toimintaa määrittäisivät aina ja kaikkialla terveyteen liittyvät arvot (40). Terveyteen liittyvien elintapojen taustalla ovat useimmiten nimenomaan tavat, arjessa reflektoimattomat toimintaa orientoivat taipumukset, jotka auttavat ihmisiä toimimaan omassa elinpiirissään johdonmukaisesti ja ymmärrettävästi (64). Laadullisen tutkimusotteen avulla on mahdollista päästä käsiksi toimintaa ohjaaviin kollektiivisiin merkityksiin, jotka tekevät terveyteen liittyvistä valinnoista rationaalisia erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä.

Terveyserojen tutkimuksen lopullisena päämääränä ei tule olla ainoastaan erojen kuvailu, selittäminen ja ymmärrettäväksi tekeminen, vaan myös konkreettisten keinojen pohtiminen terveyseroja kaventavan työn tueksi. Näiden keinojen tarve on erityisesti kasvavien terveyserojen Suomessa ilmeinen. Ihmisten ja heidän ryhmiensä toiminnan tutkiminen tuottaa tietoa myös kansanterveystyön tueksi: mitkä tekijät tuottavat terveellisiä ja epäterveellisiä elämäntapoja tai -kulkuja? Minkälaiset tekijät yhteiskunnassa ja yhteisöissä vaikuttavat vahvan tai heikon sosiaalisen luottamuksen rakentumiseen? Tietoa tarvitaan erityisesti siitä, miten kuormittavat elintavat

ja/tai heikko sosiaalinen luottamus ja resilienssi rakentuvat ryhmissä, joita luonnehtivat useat huono-osaisuuden indikaattorit. Toisaalta vähälle huomiolle ovat jääneet myös ne sosiaaliset logiikat, jotka liittyvät terveyden aktiiviseen ja kokonaisvaltaiseen vahvistamiseen sekä vahvan sosiaalisen resilienssin syntyyn. Vain silloin, kun terveyserot ymmärretään kunnolla ihmisten omasta elämismaailmasta käsin, niihin voidaan kestävästi ja tuloksellisesti myös vaikuttaa.

Maunu A, Katainen A, Perälä R, Ojajärvi A. Health and social differences: what do we know and still needs to be known? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2016:53: 189–201

Health related behaviours such as smoking and harmful alcohol consumption explain a great deal of the mortality and morbidity differences between the socioeconomic groups. The article seeks to explore why habits that are detrimental to health accumulate to lower socioeconomic groups, and why people in these groups seem to suffer more from these same habits. The existing explanations for the association can be roughly divided into two categories, of which the first one approaches the question from the point of view of social structures and life circumstances, and the second one from the point of view of individual agency. Three theoretical concepts that have been used to bridge the structure and agency divide are examined: culture, identity and habitus. The article elaborates the strengths and weaknesses of the existing concepts and research, and introduces promising points of departure for the more agency oriented approaches for the research on socioeconomic health differences. It is suggested that the future research should focus more on how health and well-being are generated as part of the people's life-circumstances and courses of action as a whole. Health related behaviour is strongly linked to other everyday habits, and is mostly motivated by collective aims, such as experiencing belonging to groups and communities that share similar values. It is concluded that more research is especially needed on how adverse health related habits, social trust and resilience are formed in the marginalized groups.

## KIRJALLISUUS

(1) Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, ym. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suom Lääkäri 2001;66:3651–3657.

(2) Koskinen S, Martelin, T. Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot. Kirjassa: Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL; 2013, 56–67.

(3) Valkonen T. Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007;44:243–249.

(4) Graham H. Unequal Lives. Health and Socioeconomic Inequalities. Berkshire: Open University Press; 2007.

(5) Helakorpi S, Holstila A, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisuja 43/2012. Helsinki: THL; 2012.

(6) Mäkelä P, Mustonen H, Tigerstedt C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: THL; 2010.

(7) Laaksonen M, Prättälä R, Lahelma E. Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours. Scand J Public Health 2003;31:37–43.

(8) Borodulin K, Zimmer C, Sippola R, ym. Health Behaviours as Mediating Pathways between Socioeconomic Position and Body Mass Index. IntJBehav Med 2012;19:14–22.

(9) Gallo L C, Matthews K.A. Understanding the Association Between Socioeconomic Status and Physical Health: Do Negative Emotions Play a Role? Psychol Bull 2003;129:10–51.

(10) Kortteinen M, Elovainio M. Millä tavoin huono-osaisuus periytyy? Kirjassa: Myllyniemi, S. (toim.) Monipolvinen hyvinvointi. Nuorisobarometri 2012. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö & Nuorisotutkimusverkosto; 2012, 153–167.

(11) Mäkelä P, Paljärvi T. Do the consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalization follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits surveys. J Epidemiol Community Health 2008;62:728–733.

(12) Townsend P, Davidson N. Inequalities in health: the Black report. Harmondsworth: Penguin Books; 1982.

(13) Lahelma E, Rahkonen O. Sosioekonominen asema. Kirjassa Laaksonen M, Silventoinen K. (toim.) Sosiaaliepidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus; 2011, 41–59.

(14) Stephens N M, Markus H R, Fryberg S A. Social Class Disparities in Health and Education: Reducing Inequality by Applying a Sociocultural Self Model of Behavior. Psychol Rev 2012;119:723–744.

(15) Frohlich K L, Corin E, Potvin L. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. Sociol Health Illn 2001;23:776–797.

(16) Laaksonen, M, Silventoinen, K. Mitä on sosiaaliepidemiologia. Kirjassa Laaksonen M, Silventoinen K. (toim.): Sosiaaliepidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus; 2011, 11–25.

(17) Wilkinson R. Ourselves and others – for better or worse: social vulnerability and inequality. Kirjassa: Marmot M, Wilkinson R. (toim.) Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 2006, 341–357.

(18) Jarvis M, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. Kirjassa: Marmot M, Wilkinson, R. (toim.) Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press: 2006, 224–237.

(19) Haukkala, A. Psykososiaaliset tekijät. Kirjassa: Laaksonen M, Silventoinen K. (toim.) Sosiaaliepidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus: 2011, 142–158.

(20) Sarlio-Lähteenkorva S. Ravitsemuspolitiikka. Kirjassa Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL; 2013, 217–222.

(21) Manderbacka K, Keskimäki I. Terveyspalvelut ja terveyserot. Kirjassa Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL; 2013, 261–266.

(22) Williams G. The determinants of health: structure, context and agency. Sociol Health Illn 2003;25:131–154.

(23) Suominen S. Salutogeneesi - elinympäristö terveyttä edistävänä voimavarana. Kirjassa Honkasalo M, Salmi H. (toim.) Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen. Turku: Turun yliopisto; 2012, 216–240.

(24) Kortteinen M, Elovainio M. Miten auttaa huono-osaisia? Kirjassa: Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes; 2006, 329–344.

(25) Sihto M, Palosuo H. Terveyserot terveyspoliittisena kysymyksenä. Teoksessa Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL; 2013, 223–239.

(26) Puuronen A. Mitä on terveys? Tietoa, taitoa vai tajua? Kirjassa Puuronen, A. (toim.) Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Nuorisotutkimusverkoston & Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 63. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto & Nuorisotutkimusseura; 2006, 5–19.

(27) Maunu A. Ryyppäämällä ryhmäksi. Ehkäisevän päihdetyön karttalehtiä nuorten ja nuorten aikuisten juomiskulttuureihin. Helsinki: EHYT ry; 2012.

(28) Martikainen P, Mäkelä P, Peltonen R, ym. Income differences in life expectancy: the changing contribution of harmful consumption of alcohol and smoking. Epidemiology 2014; 25: 182–190.

(29) Hall P, Lamont M. Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.

(30) Dolan, A. 'You can't ask for a Dubonnet and lemonade!': working class masculinity and men's health practices. Sociol Health Illn 2011;33:586–601.

(31) Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. Int J Health Serv 1980;10:365–388.

(32) Koivusilta, L. Terveyserojen sosioekonomiset taustatekijät. Kirjassa: Honkasalo M, Salmi H. (toim.) Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen. Turku: Turun yliopisto; 2012, 319–357.

(33) Haslam S A, Jetten J, Postmes T, ym. Social Identity, Health and Well-Being: An Emerging Agenda for Applied Psychology. Appl Psychol Int Rev 2009;58:1–23.

(34) Oyserman D, Fryberg S A, Yoder N. Identity-Based Motivation and Health. J Pers Soc Psychol 2007;93:1011–1027.

(35) Baumeister R F, Leary M. The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. Psychol Bull 1995;117:497–529.

(36) Maunu A. Hauskuus ja tylsyys, turva ja vaara. Nuorten juomisen ja arjen ambivalenssit. Yhteiskuntapolitiikka 2013;78: 272–285.

(37) Ojajärvi A.Varusmies savuaa – tupakoinnin sosiaalinen ja kulttuurinen paikka armeijassa. Yhteiskuntapolitiikka 2009;74:400–410.

(38) Hoikkala T, Hakkarainen P, Laine S. (toim.) Beyond health literacy: youth cultures, prevention and policy. Nuorisotutkimusseuran & Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 52. Helsinki: Nuorisotutkimusseura & Nuorisotutkimusverkosto; 2005.

(39) Bourdieu P. Distinction. A social critique of the judgement of taste. London: Routledge; 1986.

(40) Williams S. Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? Sociol Health Illn 1995;17:577–604.

(41) Coveney J. A qualitative study exploring socio-economic differences in parental lay knowledge of food and health: implications for public health nutrition. Public Health Nutr 2004;8:290–297.

(42) Roos G, Prättälä R, Koski, K. Men, masculinity and food: interviews with Finnish carpenters and engineers. Appetite 2001;37:47–56.

(43) Pampel F C, Krueger P M, Denney J T. Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. Ann Rev Sociol 2010;36:349–370.

(44) Katainen A. Tupakka, luokka ja terveyskäyttäytymisen ongelma. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2011.

(45) Ollivier M. Revisiting distinction. Bourdieu without class? Journal of Cultural Economy 2008;1:263–279.

(46) Honkasalo M. Reikä sydämessä. Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa. Tampere: Vastapaino; 2008.

(47) Katainen A. Smoking addiction and worker's autonomy – A qualitative study on smoking practices in manual work. Health 2012;16:134–150.

(48) Perälä J. Miksi lehmät pitää tappaa? Helsinki: THL; 2013.

(49) Perälä R. Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa – Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2012.

(50) Lupton D. The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body. London: Sage; 1995.

(51) Pajari P M, Jallinoja P, Absetz P. Negotiation over self-control and activity: An analysis of balancing in the repertoires of Finnish healthy lifestyles. Soc Sci Med 2006;62:2601–2611.

(52) Snibbe A C, Markus H R. You Can't Always Get What You Want: Educational Attainment, Agency, and Choice. J Pers Soc Psychol 2005;88:703–720.

(53) Durkheim E. Itsemurha: sosiologinen tutkimus. Helsinki: Tammi; 1985.

(54) Turner B. Social Capital, Inequality and Health: the Durkheimian Revival. Social Theory and Health 2003;1:4–20.

(55) Ferlander S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. Acta Sociol 2007;50:115–128.

(56) Uchino B N. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. J Behav Med 2006;29:377–387.

(57) Nieminen T, Prättälä R, Martelin T, ym. Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. BMC Public Health 2013;13:613.

(58) Kauravaara, K. Mitä sitten, jos ei liikuta? Etnografinen tutkimus nuorista miehistä. Jyväskylä: Likes-tutkimuskeskus; 2013.

(59) Maunu A. Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. Helsinki: EHYT ry; 2014.

(60) Kusserow A. De-Homogenizing American Individualism: Socializing Hard and Soft Individualism in Manhattan and Queens. Ethos 1999;27:210–234.

(61) Bernstein B. Social Class, Speech Systems and Psycho-Therapy. Br J Sociol 1964;15:54–64.

(62) Kortteinen M. Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. Hämeenlinna: Hanki ja Jää; 1992.

(63) Shilling C. Changing Bodies. Habit, Crisis and Creativity. London: Sage; 2008.

(64) Crossley N. Habit and habitus. Body Soc 2013;19:136–161.

Antti Maunu
*VTT, tutkijatohtori*
*Turun yliopisto*
*Koulutussosiologian tutkimuskeskus RUSE*

Anu Katainen
*VTT, tutkijatohtori*
*Helsingin yliopisto*
*Sosiaalitieteiden laitos*

Riikka Perälä
*VTT, kehittämis- ja edunvalvontakoordinaattori*
*Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry*

Anni Ojajärvi
*VTT, yliopistonlehtori*
*Tampereen yliopisto*
*Terveystieteiden yksikkö*