

**NUORTEN TERVEYDEN ERIARVOISTUMINEN – MITEN
SIIHEN VOI VAIKUTTA A JA MITEN SITÄ VOI
EHKÄISTÄ?**

**Anniina Selkämaa
Kandidaatintutkielma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden ja
filosofian laitos
Humanistis-
yhteiskuntatieteellinen
tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2020**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Tekijä Anniina Selkämaa	
Työn nimi Nuorten terveyden eriarvoistuminen - miten siihen voi vaikuttaa ja miten sitä voi ehkäistä?	
Oppiaine Sosiaalityö	Työn tyyppi Kandidaatintutkielma
Aika 3.12.2020	Sivumäärä 26
Ohjaaja Sami Ylistö	
Tiivistelmä <p>Tässä tutkielmassa tutkitaan nuorten terveyden eriarvoistumista ja sitä, millaisilla keinoilla siihen voidaan vaikuttaa ja miten sitä voidaan ehkäistä. Eriarvoistumisen kasvu on vääntänyt yhteiskuntaamme jo pitkään. Se näkyy yksilöiden elämässä monella eri tasolla ja vaatii yhteiskunnalta valtavasti resursseja. Huono-osaisuus kumuloituu sukupolvelta toiselle. Vaikka terveys on yleisesti parantunut Suomessa viime vuosikymmeninä, nuorten pahoinvointi on kasvanut suhteessa enemmän. Erityisen yleisiä nuorilla ovat mielenterveysongelmat.</p> <p>Antonovskyn salutogeneesiteoriassa tutkitaan sitä, miten ihminen kykenee säilyttämään terveytensä. Salutogeneesiä hahmotetaan koherenssin käsitteen kautta. Koherenssi koostuu kolmesta eri tekijästä, jotka ovat elämän mielekkyys, arjen pystyvyys ja elämäntapojen ymmärrettävyys. Näiden tekijöiden kautta ihminen jäsentää omaa olemistaan ja terveyttään. Koherenssi soveltuu erityisen hyvin mielenterveyden ongelmien ehkäisyyn.</p> <p>Suomalaisten terveyden eriarvoistumiseen ovat vaikuttaneet monet eri tekijät. Julkisten palveluiden karsiminen, yhteiskunnan sosioekonomiset erot ja erilaiset käsitystavat terveellisestä elämästä ovat aiheuttaneet eriarvoisuutta suomalaisten terveydessä. Nuoriin nämä vaikuttavat joko suoraan vai välillisesti perheen, sosiaalisen ympäristön tai geenien kautta.</p> <p>Tutkielmani perusteella voin todeta, että nuorten terveyden eriarvoistumiseen on mahdollista vaikuttaa ja sitä voidaan ehkäistä. Salutogeneesin ja koherenssin tunteen parantaminen onnistuu nuoren elämän kokonaisvaltaisella kartoituksella ja pinta- ja juurisyiden tarkastelulla. Tärkeässä osassa ovat myös erilaiset terveyden edistämisen mallit, joiden kautta yhteiskunta voi parantaa nuorten (mielen)terveyttä. Nuorten terveyden eriarvoistumisen ehkäisyssä suuressa osassa ovat puolestaan sosiaalityön eri sektorit, terveydenhuolto, moniammatillinen yhteistyö ja rakenteellinen vaikuttaminen esimerkiksi politiikan kautta.</p>	
Asiasanat Nuoret, terveyden eriarvoistuminen, salutogeneesi	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	3
2 ERIARVOISUUS	4
3 TERVEYS.....	5
4 SUOMALAISTEN TERVEYS.....	7
5 TERVEYDEN ERIARVOISTUMINEN	9
6 TIEDONHAKU	11
7 SALUTOGEEININEN MALLI TERVEYDEN ERIARVOISTUMISESSA	13
7.1 Nuorten mielenterveys	13
7.2 Pinta- ja juurisyyt koherenssin syntymisessä	14
8 TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLIT NUORILLA.....	16
9 TERVEYDEN ERIARVOISTUMISEN EHKÄISY	18
9.1 Terveydenhuolto ja sosiaalityö.....	18
9.2 Rakenteellinen sosiaalityö.....	19
10 POHDINTA	20
LÄHDELUETTELO.....	24

1 JOHDANTO

Huono-osaisuuden ja syrjäytyneisyyden kasvu värittävätkä nykyistä hyvinvointiyhteiskuntaa. Ihmisten osattomuus ja sosioekonomiset tekijät kumuloituvat sukupolvelta toiselle (Therborn 2014, 33). 1990-luvun laman jälkeen eriarvoisuus yhteiskunnassa kääntyi jälleen kasvuun, vaikka se olikin tehokkaasti tasoittunut ennen tätä. Elinajanodotteissa on eri yhteiskuntaluokissa suuria eroja ja esimerkiksi terveyden hallinnan ja parantamisen taidot eivät ole yhtäläiset. Tämä eriarvoisuus tuli ilmi myös terveystaloudissa ja niiden saatavuudessa (Klavus 2010, 41). Varakkaammalla väestöllä on mahdollisuudet parempaan hoitoon kuin köyhemmillä. Terveyden eriarvoistuminen on ongelma, johon ei ole löydetty sopivaa ratkaisua, vaikka jo perustuslaissa määritellään, että kaikille olisi oltava yhtäläiset mahdollisuudet elämässä.

Tässä kandidaatintutkielmassa aion tarkastella terveyden eriarvoistumista nuorten näkökulmasta. Tarkoitukseni on myös pohtia keinoja reagoida siihen ja ehkäistä sitä. Näen aiheeni yhteiskunnallisesti merkittävänä, sillä eriarvoisuuden lisääntyminen on kasvava ongelma ja näkyy monella elämän osa-alueella. Terveyden eriarvoisuus on etenkin tuhoisaa, sillä se vaikuttaa ihmisen elämään hyvin kokonaisvaltaisesti. Tarkka tutkimuskysymykseni on, että ”miten terveyden eriarvoistuminen näkyy nuorten elämässä?”. Käsittelem myös nuorten terveyden eriarvoistumisen hoitokeinoja ja ehkäisemistä.

Kandidaatintutkielmani perustuu kirjallisuuteen ja noudattelee löyhästi kirjallisuuskatsauksen metodia. Teoriani pohjautuu Aaron Antonovskyn teoriaan salutogeneesistä ja terveyden säilyttämisestä. Antonovsky ei ollut kiinnostunut niinkään sairastumisesta vaan siitä, mikä saa ihmisen pysymään terveenä (salutogeneesi) (Antonovsky 1993, 725).

Ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa luvussa taustoitan aiheitani ja valitsemiani käsitteitä eriarvoisuuden, terveyden ja suomalaisten terveyden näkökulmista. Neljännessä luvussa käsittelem terveyden eriarvoistumista. Viidennessä luvussa käyn läpi tutkielmani varten tekemää tiedonhakua. Kuudennessa luvussa pohdin terveyden eriarvoistumista sekä salutogeneesistä mallia. Seitsemännessä luvussa käyn läpi terveyden edistämisen malleja ja kahdeksannessa luvussa tutkin terveyden eriarvoistumisen ehkäisyn keinoja. Lopuksi

yhdeksännessä luvussa teen yhteenvedon tutkielmastani ja puntaroin sen antia sekä mahdollisia jatkotutkimuskysymyksiä.

2 ERIARVOISUUS

Eriarvoisuus on tämän tutkielman kantava teema. Eriarvoisuutta voidaan määritellä usealla eri tavalla. Göran Therborn (2014) määrittelee eriarvoisuuden kolmen eri ulottuvuuden kautta teoksessaan *Eriarvoisuus tappaa*. Näitä ovat elämänehtojen eriarvoisuus, eksistentiaalinen eriarvoisuus ja resurssien eriarvoisuus. Elämänehtoihin liittyvä epätasa-arvo tarkoittaa ihmisten elinmahdollisuuksiin vaikuttavaa sosiaalisesti rakentunutta eriarvoisuutta. Tätä mittaavat esimerkiksi elinajanodotteet. Eksistentiaalinen eriarvoisuus taas merkitsee ihmisarvoon liittyvää eriarvoisuutta. Sitä voidaan tutkia tarkastelemalla yksilön riippumattomuutta ja vapauden asteita. Resurssien eriarvoisuus puolestaan tarkoittaa sitä, että yksilöiden omaamat resurssit ovat keskenään eriarvoisia. Toisella on enemmän vaikkapa taloudellisia resursseja, mikä laittaa heidät keskenään eriarvoiseen asemaan. Ihmisen resursseja ovat myös ne henkiset ja sosiaaliset mahdollisuudet, mitkä hänellä on käytettävissään. (Therborn 2014, 61–63.)

Eriarvoisuutta kuvataan usein myös huono-osaisuuden tai syrjäytyneisyyden käsitteiden kautta. Juho Saari (2015) mieltää huono-osaisuuden keskeisimmäksi tekijäksi rakenteellisen eriarvoisuuden, joka näkyy yhteiskunnan jakautumisena ja eriytymisenä (Saari 2015, 64). Eriarvoisuus mahdollistaa huono-osaisuuden toteutumisen. Mitä eriarvoisempi yhteiskunta on esimerkiksi valtaresurssien suhteen, sitä syvempää huono-osaisuus on (mt. 66). Syrjäytyneisyys puolestaan käsitetään yleensä yhteiskunnasta pois joutumiseksi, niin sanotusti syrjäytetyksi (Krok 2009, 24). Syrjäytymiseen vaikuttavat oma elämäntilanne, huono-osaisuuden kasvu sekä yhteiskunnallinen tilanne. Sekä huono-osaisuuden kasvua että syrjäytyneisyyttä pidetään yhteiskunnallisesti merkittävänä, sillä se vaikuttaa voimakkaasti ihmisten elämään. Eriarvoisuus aiheuttaa esimerkiksi asunnottomuutta, Kyösti Raunio puolestaan määrittelee teoksessaan *Syrjäytyminen – sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia* (2006) syrjäytymisen olevan moniulotteista ja dynaamista (Raunio 2006, 25). Syrjäytyminen on monitahoista, sillä se väistämättä linkittyy kasautuvaan huono-osaisuuteen (Raunio 2006, 31).

Kasautuva huono-osaisuus tarkoittaa köyhyyttä, työttömyyttä ja eriarvoisia asetelmia elämään. Syrjäytymiseen johtava prosessi ei ole mustavalkoista, jossa ihmiset olisivat vain joko syrjäytyneitä tai toisinpäin niin sanotusti ”normaalissa” elämässä kiinni. Sen sijaan syrjäytyminen on enemmänkin monen asian summa. Syrjäytyneeksi voidaan määritellä henkilö, jolla on enemmän kuin kaksi hyvinvointiin liittyvää ongelmaa (Raunio 2006, 29). Syrjäytymiseen johtavia prosesseja on pyritty valottamaan huono-osaisuuden profiilin kautta (Raunio 2006, 137–141) sekä ongelmien juurisyiden tarkastelulla (Saari ym. 2020, 210–212). Huono-osaisuuden profiililla kartoitetaan yksilöiden syrjäytymiseen vaikuttavia tekijöitä (esimerkiksi asuminen, koulutus sekä terveys). Juurisyiden analysoinnissa taas tutkitaan syrjäytymisen ja huono-osaisuuden ilmentyminen (kuten päihteidenkäyttö) taustalla vaikuttavia syitä. Näitä syitä voivat olla muun muassa sosiaalinen oppiminen tai ystäväpiirin vaikutus.

Huono-osaisuuden ja syrjäytyneisyyden syntymiseen vaikuttavat sitä edesauttavien tekijöiden kasautuminen. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi toimeentulo-ongelmat, pitkäaikainen tai toistuva työttömyys sekä elämänhallintaan liittyvät ongelmat (Raunio 2006, 31). Juho Saari määrittelee huono-osaisten hyvinvoinnin perustan koostuvan elintason resursseista, joiden käytössä toimintakyky on ratkaisevassa osassa (Saari 2015, 185). Resursseja ovat esimerkiksi sosioekonomiset tekijät (kuten varallisuus ja koulutus) sekä sosiaalinen pääoma. Joillakin ihmisillä voi olla enemmän resursseja käyttää omaan hyvinvointiinsa tai enemmän toimintakykyä parantaa omaa tilannettaan. Yhteiskunnan määrittelemä huono-osaisuus ei kuitenkaan välttämättä tee elämästä ihmisen itsensä mukaan huono-osaisen elämää. Myös yksilön itsensä kokemaa elämänlaatua vaikuttaa (mt. 186). Ihminen voi kokea elävänsä hyvinkin onnellista elämää, vaikka yhteiskunta määrittelisikin hänet huono-osaiseksi. Muita riskitekijöitä huono-osaisuuden syntymiseen ovat muun muassa työttömyys, terveydentila sekä yhteiskunnan raju jakautuminen (Therborn 2014). Usein huono-osaisuus ja eriarvoisuus ovat myös ylisukupolisesti kumuloituvia (Saari 2015, 105).

3 TERVEYS

Terveyden arvioiminen ja määrittely on haastavaa. Perinteisesti sitä on mitattu helposti mitattavien asioiden avulla, kuten esimerkiksi sairastuvuuden, elintapojen, eliniän tai yhteiskunnan tarjoamien terveyspalveluiden perusteella (Vaarama ym. 2010, 12). Maailman

terveysjärjestö WHO puolestaan määrittelee terveyden olevan ”täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden tila”, mikä puolestaan kattaa koko ihmisen elinpiirin eikä rajaudu pelkästään mitattaviin asioihin. Sosiologian tutkimuksessa terveyttä on tutkittu terveystieteiden keinoin. Sen mukaan ihmisten terveyttä määrittävät myös sosiaaliset olot eivätkä ainoastaan biologia ja psykologia (Lahelma & Rahkonen 2017, 19). Heikkoon terveyteen vaikuttavat yhteiskunnalliset olot, kuten väestön sisäinen polarisoituminen ja eriarvoisuus.

Terveyssosiologiassa terveyttä ja sen käsitettä on tarkasteltu monilla eri tavoilla. Esimerkiksi Eero Lahelma ja Ossi Rahkonen (2017) määrittelevät artikkelissaan *Sosiaalinen rakenne ja terveys* terveyden olevan voimavara yksilön elämässä samalla tavalla kuin vaikkapa raha tai tieto. Voimavarat jakautuvat yhteiskunnassa epätasaisesti niin, että ylempillä yhteiskuntaluokilla on enemmän voimavaroja kuin alemmilla. Näin ollen myös terveys on jakautunut yhteiskunnassa epätasaisesti. (Lahelma & Rahkonen 2017, 20–21). Toinen mielenkiintoinen teoria terveydestä on Aaron Antonovskyn selitys salutogeneesistä. Antonovsky ei ollut kiinnostunut siitä, mikä sai ihmiset sairastumaan (patogeneesi), vaan siitä, miksi he pysyvät terveenä (salutogeneesi) (Virtanen 2010, 148). Terveyden säilyttämistä Antonovsky kuvaa Sense of Coherency (SOC) käsitteellä, joka kuvastaa sitä, miten ihminen kykenee sopeutumaan omaan elinympäristöönsä (Mittelmark & Bauer 2017, 8–10). Koherenssi koostuu kolmesta eri osa-alueesta: comprehensibility (ymmärrettävyys), manageability (kykenevyys) sekä meaningfulness (mielekkäisyys). Yksilöllä on vahva SOC silloin, kun hän kokee tapahtumat ympärillään mielekkäiksi, kykenee reagoimaan niihin ja kokee itseltään vaaditut asiat tärkeiksi (Virtanen 2010, 151). Hyvän elämän ja salutogeneesin toteutumisen taustalla ovat siis osittain yksilöiden tavat mukautua elämänmuutoksiin ja elämäntilanteisiin. Vahva SOC on erityisesti yhteydessä hyvään mielenterveyteen (Eriksson & Lindström 2006, 378). Antonovskyn mukaan SOC rakentuu koko elämän ajan ja asettuisi yksilön normaalille tasolle noin 25–30 vuoden iässä. Sen määrittely osuu myös melko lähelle psykologiasta tuttua koherenssin käsitettä, jolla kuvataan ihmisen kykyä sopeutua erilaisiin elämäntilanteisiin (Virtanen 2010, 153; Mittelmark & Bauer 2017, 12).

Antonovsky näki terveyden säilyttämisen tärkeänä yhteiskunnan kannalta, sillä terveet ihmiset ovat pääsääntöisesti tuottavampia ja elävät pidempään (Antonovsky 1996, 12). Tällöin ihmiset myös rakentavat yhteiskuntaa taloudellisesti ja vastaavasti yhteiskunnan ei tarvitse käyttää omia resurssejaan niin paljon erilaisten sairauksien hoitoon. Samalla

Antonovsky oli kiinnostunut niistä elämän tekijöistä (*factors*), jotka heikensivät tai vahvistivat yksilön terveyttä. Tyypillisiä riskitekijöitä ovat muun muassa tupakointi, liiallinen alkoholinkäyttö tai suojaamaton seksi (mt.13). Salutogeneesiteoria pyrkii selvittämään ne tekijät, mitkä pitävät yksilön terveenä ja miten ihmiset valitsevat niitä. Näitä ovat esimerkiksi terveet elämäntavat.

Sense of Coherency eli koherenssin tavoite on työntää ihmisiä kohti näitä tekijöitä. Elämän mielekkyys, kykenevyys ja ymmärrettävyys auttavat ihmisiä suojaamaan terveyttään. SOC ei ole kulttuuriin sidottua, vaan jokaiselle ihmiselle kehittyy jonkinlainen koherenssi elämän käsittelyyn (Antonovsky 1993, 725). Koherenssia eivät radikaalisti muuta elämän tarjoamat haasteet, vaan Antonovskyn mukaan ne voivat jopa vahvistaa (Antonovsky 1996, 16). Koherenssin tarkoituksena on vahvistaa ihmisen elämäntähtäystä ja sitä kautta terveyttä (etenkin psyykkistä). Heikon koherenssin omaavat ihmiset voivat sairastua muita helpommin eivätkä välttämättä ole samalla tavalla kiinnostuneet terveytensä hoitamisesta. Koherenssin kautta elämän jäsentäminen vaikuttaa myös terveyden säilyttämiseen (Antonovsky 1993, 731).

4 SUOMALAISTEN TERVEYS

Suomalaisten terveys on muuttunut monella tapaa viimeisten vuosikymmenien aikana. Poliitiikka, taloussuhdanteet ja väestörakenteen muuttuminen ovat vaikuttaneet paitsi suomalaisten terveyteen myös siihen, miten sosiaali- ja terveystaloutta on kehitetty (Klavus 2010, 28). Sosiaali- ja terveystaloutta ovat eriarvoistuneet. Eri yhteiskunnallisissa asemassa olevat käyttävät palveluita erilaisten resurssien mukaan (Rotko & Manderbacka 2015, 121). Esimerkiksi työssä käyvillä on usein työterveydenhuolto, kun taas työttömät joutuvat tyytymään vaihtelevasti toimiviin julkisiin palveluihin. Tämä kaikki on vaikuttanut myös nuorten terveyteen ja terveyden kokemukseen. Vaikka valtaosa nuorista voi edelleen hyvin, yhä isompi joukko joutuu turvautumaan erityisten palveluiden (kuten sosiaalityön tai psykiatrisen sairaanhoidon) tukeen kasvunsa (Ristikari ym. 2018,12).

Yksi keino vaikuttaa suomalaisten terveyteen on politiikka. Perinteisesti politiikalla on pyritty kehittämään terveystaloutta sekä niihin pääsyä. Yleisiä tavoitteita ovat muun muassa tehokas tuottavuus sekä keskimääräisen eliniän ja terveenä olon maksimointi (Lehto

2015, 75). Suomessa terveydenhuoltoa ja potilaan oikeuksia on määritelty esimerkiksi perusterveydenhuolto-, erikoissairaanhoido- sekä potilaslain myötä. Tulossa oleva soteuudistuksen tarkoituksena on integroida eri palveluita yhteisen katon alle (Kokko 2015, 39–41). 1990-luvun laman jälkeen suomalaisten omaa valinnanvapautta terveydenhoidon saralla on korostettu (Kalliomaa-Puha 2015, 133). Tavoitteena on se, että potilas itse kykenisi vaikuttamaan hoitoonsa ja valitsemaan itselleen sopivat palvelut. Yksilön vastuun syventäminen on osa julkisten palveluiden muutosta. Hyvinvointivaltiota ollaan muuttamassa hyvinvointiyhteiskunnaksi, mikä voi vaikuttaa merkittävästi etenkin huonossa osaiten terveydenhoitoon. (Pulkki ym. 2015,168–170.)

Suomalaisten terveys on pääsääntöisesti parantunut 2000-luvulla. Vuonna 2009 toteutetun tutkimuksen mukaan yleisesti noin 70 % suomalaisista aikuisista (18–79-vuotiaat) kokee terveytensä olevan pääosin hyvä. Sukupuolella ei ollut juuri väliä, mutta koettu terveys heikkeni iän myötä. Pitkäaikaissairauksista kärsi noin 30 % vastaajista. Tuloluokittaisten erojen mukaan alimman tuloluokan sairastuvuus oli kasvanut ja kehittynyt eri tavalla kuin muissa tuloluokissa. Samainen tuloluokka käytti myös eniten terveyskeskuspalveluita. Eniten lääkärikäyntejä suomalaiset tekivät hammasvaivojen takia. (Klavus 2010, 30–35.) Nuorten terveyskehitys eroaa jonkin verran suomalaisten aikuisten terveydestä. Suurin osa nuorista voi hyvin, mutta etenkin erilaiset mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet. Vuoden 1987 syntyneiden nuorten kohorttitutkimuksen (Paananen ym. 2012, 37) mukaan viidennes vuonna 1987 syntyneistä käyttää psykiatrisia lääkkeitä tai on psykiatrisen hoidon piirissä. Joka neljännellä on toimeentulo-ongelmia tai rikostaustaa. Sama kehitys jatkui vuoden 1997 kohorttitutkimuksessa, jonka mukaan edelleen yhä useampi käytti psykiatrisia palveluita tai mielialalääkkeitä (ilmaantuvuuden muutos oli tytöissä 5,2 prosenttia ja pojissa 2,9 prosenttia verrattuna vuonna 1987 syntyneisiin) (Ristikari ym. 2018, 66–67). Osaan terveysongelmista vaikuttavat taloudelliset tekijät sekä perheen rooli, jolloin nuorten terveys väkisinkin eriarvoistuu. Vanhempien tarjoamat resurssit ja nuorten elämäntilanteet eivät ole yhdenvertaisia (Saari ym. 2020, 57). Myös alueelliset tekijät, ongelmien kasautuminen, ylisukupolvisuus ja sukupuoli vaikuttavat koettuun hyvinvointiin (Ristikari ym. 2018, 121–128).

Vaikka yleinen hyvinvointi ja terveyden kokemus ovat parantuneet Suomessa 2000-luvulla, nuorten pahoinvointi on kasvanut suhteellisesti enemmän. Nuorena koetut terveysongelmat

ja pahoinvointi voivat osaltaan johtaa syrjäytyneisyyteen ja työttömyyteen. Asiaan tulisi reagoida paitsi yhteiskunnan asteella niin myös ruohonjuuritasolla.

5 TERVEYDEN ERIARVOISTUMINEN

Terveyden eriarvoistuminen Suomessa 2010-luvulla on moninaista ja kirjavaa eikä sille ole vain yhtä syytä. Niin Suomessa kuin myös globaalisti väestön terveys on ylipäättään parantunut paljon verrattuna esimerkiksi 1900-luvun alkuun (Lehto 2015, 76). Imeväiskuolleisuus on lähes nollassa prosentissa ja eliniänodotteet ovat pidemmät kuin koskaan aikaisemmin. Terveys on kuitenkin jakautunut epätasaisesti yhteiskunnassa, vaikka keskimääräinen hyvinvointi on noussut (Rotko & Manderbacka 2015, 116). Erot eri yhteiskuntaluokissa ovat kasvaneet vaikuttamistoimenpiteistä (esimerkiksi lakimuutokset, terveyskasvatus) huolimatta, eikä tähän ole löydetty vielä sopivaa lääkettä.

Makrotasolla tarkasteltuna yhteiskunnassamme on tapahtunut monia sellaisia muutoksia, jotka ovat vaikuttaneet terveyden eriarvoistumiseen. 1990-luvun lama vaikutti heikentävästi paitsi kotitalouksien tuloihin niin myös valtion tarjoamiin terveyspalveluihin (Vaarama ym. 2010, 10). Palveluita karsittiin ja yhdistettiin, mikä osaltaan levensi kuilua eri yhteiskuntaluokkien välillä. Julkiseen keskusteluun ja politiikkaan nousi myös silloin uusi julkisjohtaminen (*new public management*), jonka tarkoituksena oli tuoda yksityisen kaupan ja kilpailupolitiikan menetelmiä julkiseen hallintoon (Niemelä & Saarinen 2015, 21). Palveluita yritettiin supistamisen jälkeen tehostaa, mikä onnistui vaihtelevalla menestyksellä. Terveyspalveluiden kenttä myös muuttui. Julkisen sektorin lisäksi alalle alkoi tulla yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita (Karsio & Tynkkynen 2015, 93). Tämä on edesauttanut palveluiden eriarvoistumista, kun paremmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevilla on enemmän resursseja, joita käyttää terveytensä hoitamiseen. Näin ollen he voivat käyttää toimivia yksityisiä palveluita, kun taas sosioekonomisesti heikommat mahdollisuudet omaava joutuu tyytymään vaihtelevasti toimiviin julkisiin palveluihin (Klavus 2010, 41).

Mikrotasolla terveyserot näkyvät esimerkiksi elintavoissa ja terveyden kulttuurisessa merkityksessä. Anu Katainen ja Antti Maunu (2017) linjaavat artikkelissaan *Muutakin kuin tietoa. Terveyskäyttäytymisen sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet* että pelkän

terveystiedon lisäksi ihminen painottaa valinnoissaan myös arki ajattelua. Näin esimerkiksi tilannetekijät tai sosiaaliset normit voivat saada tupakanpolton näyttämään turvalliselta, vaikka julkisessa tiedossa on, että se lisää muun muassa keuhkosityövän riskiä (Katainen & Maunu 2017, 147). Kulttuurin kautta terveyteen liittyy monia sosiaalisia ja kulttuurisia ihanteita, jotka määrittävät yksilön toimintaa. Samalla ne toteuttavat sitä yksilön valitsemaa käytännön terveyden periaatetta, joka vaikuttaa taas edelleen esimerkiksi yksilön elämäntapoihin. Myös yksilön omat geenit ja alttiudet erilaisille sairauksille määrittävät tämän oman henkilökohtaisen terveyden syntymistä (Rotko & Manderbacka 2015, 118).

Terveyden eriarvoistumisen seuraukset näkyvät monella tapaa sekä yhteiskunnan että yksilön tasolla. Ensinnäkin eriarvoistuminen aiheuttaa kustannuksia yhteiskunnalle myös muussa kuin terveyden alalla (Kauppinen ym. 2010, 236). Huono-osaisuuden kumuloituminen ja esimerkiksi lapsiperheiden vaikeudet vaativat valtion resursseista paljon. Näitä resursseja ovat esimerkiksi lastensuojelu ja muu sosiaalinen huolto (Muuri 2010, 78). Yhteiskunta myös jakautuu entistä voimakkaammin, mikä tuottaa edelleen erilaisia palveluita eri sosioekonomisella tasolla oleville. Yksilötasolla taas ihmisten elämänlaatu luonnollisesti kärsii tästä eriarvoisuudesta. Terveys heikentyneenä voimavarana tuottaa monia ongelmia. Se voi vaikuttaa taloudelliseen pystyvyyteen tai ihmisen sosiaaliseen pääomaan (Rotko & Manderbacka 2015, 118–119). Samaten nämä kaikki vaikuttavat edelleen toisiinsa, jolloin ongelmien kumuloitumisen kierre on valmis. Jokaisen elämänlaatu on silti yksilöllinen, eikä sitä voi suoraan päätellä terveyden tai talouden ongelmista. Tutkimusten mukaan on kuitenkin selvää, että nämä asiat saattavat vaikuttaa yksilön elämänlaatuun heikentävästi (Vaarama ym. 2010, 151).

Terveyden eriarvoistumiseen on pyritty puuttumaan monin eri keinoin. Terveyspolitiikassa esimerkiksi hoitotakuulla on tavoiteltu terveystalouden yhdenvertaistamista (Niemelä & Saarinen 2015, 22–25). Poliittikan keinot muuttaa asioita ovat kuitenkin rajalliset, koska niitä sitovat myös muut intressit (kuten taloudelliset). Erilaiset tutkimukset ovat myös tulleet siihen tulokseen, että joskus rakenteellisilla muutoksilla saadaan aikaan päinvastaisia tuloksia eriarvoisuuden poistamisessa kuin oli tarkoitus (Lahelma & Rahkonen 2017, 38). Yksilötasolla ihmisten terveyttä taas on yritetty muovata muun muassa terveystaloudella (Katainen & Maunu 2017, 146). Tätä keinoa on kuitenkin kritisoitu paljon siitä, että se ei todella kykene vaikuttamaan ihmisen terveyden perimmäisiin ongelmiin. Esimerkiksi valistuksella liikunnan hyödyistä ei pystytä muuttamaan jo syntyneitä terveyden ongelmia,

jotka vaativat kenties lääketieteellistä hoitoa (Isola 2014, 282). Yhtä kaikki yhteiskunnassa pyritään monella tavalla vaikuttamaan terveyden eriarvoistumisen ongelmiin ja parantamaan terveyden voimavaraa.

6 TIEDONHAKU

Tiedonhakua kandidaatintutkielmaani varten tein Jyväskylän yliopiston kirjaston tietokannan JykDokin kautta. Jykdokista hain seuraavilla hakusanoilla: *eriarvoisuus*, *yhteiskunnallinen eriarvoisuus*, *huono-osaisuus*, *nuoret* ja *terveys*. Käänsin hakusanat myös englanniksi eli *inequality*, *social inequality*, *vulnerability*, *youth* ja *health*. Hakutermien kääntämiseen englanniksi käytin Jyväskylän yliopiston kirjaston sivuilta löytyvää MOT-sanakirjaa apuna.

Jykdokista hakusanalla *eriarvoisuus* tuli yhteensä 1615 hakutulosta. Kirjoja tai kirjan osia näistä oli yhteensä 911 ja artikkeleita 58. Seuraavaksi hain hakusanalla *yhteiskunnallinen eriarvoisuus*, jolla sain hakutuloksia yhteensä 711. Näistä kirjoja tai kirjan osia oli 385 ja artikkeleita 32. Hakusanalla *huono-osaisuus* tuloksia tuli 448, joista kirjoja tai kirjan osia oli 206 ja artikkeleita seitsemän. Pelkkä *nuoret* hakusana taas toi 21113 hakutulosta, joista kirjoja tai kirjan osia oli 14595 ja artikkeleita 273. *Terveys* hakusanalla sain 35729 tulosta, joista kirjoja tai kirjan osia oli 25900 ja artikkeleita 764. Hakutulokset näillä termeillä erikseen olivat hieman liian laajoja, joten kokeilin seuraavaksi tehdä hakuja yhdistelemällä näitä termejä. Hain yhdistelmällä *eriarvoisuus JA nuoret*, jolloin hakutuloksia 140 ja niistä kirjoja tai kirjan osia oli 56 ja artikkeleita neljä. Seuraavaksi hain *terveys JA eriarvoisuus*, jolla sain 272 hakutulosta. Näistä kirjoja tai kirjan osia oli 132 ja artikkeleita kuusi. Viimeiseksi hain vielä yhdistelmällä *nuoret JA terveys*, jolla sain 1787 hakutulosta, joista kirjoja tai kirjan osia oli 1086 ja artikkeleita 33. Näiden hakusanojen lisäksi tein haun vielä sanoilla Aaron Antonovsky ja salutogeneesi. En rajannut hakuja mitenkään muuten esimerkiksi julkaisuvuoden tai kielen mukaan, sillä halusin saada mahdollisimman laajan hakutuloksen hakutermien puitteissa.

Englanninkielisillä hakusanoilla tein samanlaisen haun kuin suomenkielisillä. Aloitin *inequality* termillä ja sain siitä 3877 tulosta, joista kirjoja tai kirjan osia oli 3594 ja artikkeleita 95. *Social inequality* tuotti 2262 tulosta. Näistä kirjoja tai kirjan osia oli 2160 ja

artikkeleita 24. *Vulnerability* hakusanalla tuloksia tuli 1577, joista kirjoja tai kirjan osia oli 1437 ja artikkeleita 53. *Youth* hakusana antoi tuloksia 8872. Näistä kirjoja tai kirjan osia oli 7661 ja artikkeleita 111. *Health* haulla tuli 54144 tulosta, joista kirjoja tai kirjan osia olivat 38959 ja artikkeleita 1498. Pelkillä yksittäisillä hakutermeillä tuli tässäkin tapauksessa liian laajoja tuloksia, joten päädyin yhdistelemään termejä samalla tapaa kuin suomenkielisissä. Hain ensimmäiseksi *inequality AND youth*, joka tuotti 122 osumaa. Näistä kirjoja tai kirjan osia oli 199 ja artikkeleita ei yhtään. Seuraavaksi hain *health AND inequality*, jolla sain 601 tulosta, joista kirjoja tai kirjan osia oli 551 ja artikkeleita kymmenen. Viimeiseksi hain *youth AND health*. Tällä sain 1042 hakutulosta, joista kirjoja tai kirjan osia oli 884 ja artikkeleita 55. Näiden hakusanojen lisäksi tein englanninkielisen haun vielä sanoilla Aaron Antonovsky ja salutogenesis. En rajannut tässäkään hakuja muuten kuin hakusanojen avulla.

Koen saaneeni melko kattavan hakutuloksen näillä hakutavoilla. Jätin tarkoituksella TAI/OR hakutavan pois, sillä en kokenut sitä mielekkääksi, kun tavoitteenani on tutkia terveyden ja eriarvoisuuden yhteisvaikutusta. Pääpaino tutkielmassani on suomenkielisen haun tuloksilla, sillä aiheeni rajautuu Suomen nuorten kokemaan eriarvoisuuteen terveyden saralla. Tein kuitenkin englanninkielisen haun lisäksi, sillä tahdoin taustoittaa asiaa hieman Suomen kontekstia laajemmin ja saada kansainvälistä näkökulmaa aiheeseen. Lopuksi päädyin valitsemaan kirjoja ja artikkeleita suomenkielisestä hausta noin 35 kappaletta ja englanninkielisestä 2. Sain myös muutaman Aaron Antonovskyn artikkelin tutkielmani ohjaajalta, sillä Antonovskyn alkuperäisiä teoksia ei juuri löytynyt Jykdokista. Valitsin nämä lähteet, sillä lyhyen perehtymisen perusteella nämä olivat mielestäni hyvin aiheeseeni soveltuvia ja tieteellisesti relevantteja. Pääsääntöisesti luin kaikki mielestäni aiheeseeni sopivat artikkelit ja teokset läpi kokonaisuudessaan ja lukemisen jälkeen päätin, onko lähde soveltuva työhöni. Koen, että JyDokista saamani hakutulokset ovat tarpeeksi kattavia aiheeseeni ja työn laatuun suhteutettuna.

7 SALUTOGEENINEN MALLI TERVEYDEN ERIARVOISTUMISESSA

Edellä kuvattu Aaron Antonovskyn salutogeeninen malli keskittyy siis sen tutkimiseen, miksi jotkut säilyttävät terveytensä ja toiset taas eivät. Tätä Antonovsky perusteli SOC:illa eli eräänlaisella vastustuskyvyllä. Koherenssissa on tärkeää tuntea elämänsä mielekkääksi ja tärkeäksi. Erityisen merkittävä koherenssi on mielenterveyden kokemuksessa. Olen valikoinut salutogeenisen mallin nuorten terveyden eriarvoistumisen tutkimiseen, sillä koen relevantiksi tutkia sitä, miten nuorten omia taitoa terveyden säilyttämiseen voisi parantaa. Miksi koherenssi ei toteudu kaikilla nuorilla?

7.1 Nuorten mielenterveys

Nuorten mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet nykypäivänä. Yhä useampi kärsii erilaisista mielen sairauksista, kuten masennuksesta, ahdistuksesta tai itsetuhoisuudesta (Saari ym. 2020, 155). Kansallisen syntymäkohortin (vertailussa vuonna 1987 ja 1997 syntyneet nuoret) mukaan tytöillä on lisääntyneet eniten masennus- ja ahdistusdiagnoosit ja pojilla puolestaan AHDH-diagnoosit (Ristikari ym. 2018, 66). Masennus on yleistynyt erityisesti kaikista yhteiskunnallisesti kaikista heikoimmassa tilanteessa olevilla (Rikala 2018, 161). Monesti mielenterveysongelmiin löytyy jonkinlainen geneettinen alttius tai kasvuympäristön vaikutus. Etenkin nuorten mielenterveysongelmat linkittyvät voimakkaasti lapsuuden kokemuksiin.

Salutogeneettisen mallin koherenssin käsite sisältää mielekkyyden, ymmärrettävyyden ja kykenevyyden osa-alueet. Mielenterveysongelmista kärsivä nuoren elämän mielekkyyden kokemus on yleensä vähentynyt. Tähän kokemukseen vaikuttavat myös esimerkiksi heikko taloudellinen tilanne, haasteet toisen asteen opinnoissa sekä työttömyys (Saari ym. 2020, 146–155). Lapsuudessa jo valmiiksi kasautunut huono-osaisuuden kierre edesauttaa mielenterveysongelmien syntyä (Ristikari ym. 2018, 123). Elämän mielekkyyttä yritetään usein korjata runsaalla päihteiden käytöllä, joka saattaa pahentaa mielenterveyden ongelmia. Mielenterveysongelmista kärsivä kokee yleensä elämänlaatunsa keskimääräistä huonommaksi eikä välttämättä pysty ymmärtämään ja jäsentämään ympäristössään ja itsessään tapahtuvia asioita. Samaten kykenevyyden tunne on yleensä madaltunut esimerkiksi masennusta sairastettaessa (Rikala 2018, 168). Mielenterveysongelmista kärsivä

nuoren koherenssi ei ole samalla tasolla kuin terveiden. Usein mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät haaveilevat kykenevänsä ”normaaliin” elämään, mutta kokevat, että heidän tämänhetkiset voimavaransa eivät riitä siihen (Saari ym. 2020, 162).

Nuorten koherenssin syntyyn vaikuttavat useat tekijät. Juho Saari, Niko Eskelinen ja Liisa Björklund (2020) erittelevät teoksessaan *Raskas perintö. Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa*, että ylisukupolvisen huono-osaisuuden syntymiseen liittyvät monet toimintakyvyn osa-alueet. Näitä ovat muun muassa yhteiskuntaan kuuluminen, ruumiillinen terveys sekä yhteenkuuluvuus (Saari ym. 2020, 60). Konkreettisemmin nämä tarkoittavat esimerkiksi periytyvää köyhyyttä, ammattiasemaa tai terveysongelmia. Lapsuudessa koettu turvattomuus on yhteydessä myöhempien mielenterveysongelmien syntyyn (Lahikainen 2001, 23). Näistä voi tulkita, että myös nuoren koherenssi sekä sitä kautta salutogeneesin toteutuminen (tai sen puuttuminen) ovat siis osittain myös periytyviä ja siten ylisukupolisesti kumuloituvia. Suomalaisen hyvinvointi ja terveys ovat parantuneet läpi 1900-luvun. Salutogeneesi ja koherenssi ovat siis osalla nuorista vahvoja, mutta toiset eivät pysty hyödyntämään sitä. Vanhemmilta saatu malli elämönhallintaan ja asioiden käsittelemiseen vaikuttaa lapsen ja nuoren oman elämönhallinnan syntymiseen ja kokemukseen (Pölkki 2001, 128). Nuorten koherenssin parantamiseen voisi vaikuttaa keskittymällä huono-osaisuuden kierteen katkaisemiseen ja sen kääntämiseen kohti ylisukupolvista hyväosaisuutta (Saari ym. 2020, 256). Perheiden tukeminen varhaisessa vaiheessa ja muun muassa lastensuojelun interventioin keinoin yhteiskunta voisi vahvistaa nuorten (mielen)terveyttä ja koherenssin tunnetta.

7.2 Pinta- ja juurisyyt koherenssin syntymisessä

Salutogeneesin ja koherenssin syntyminen yksilölle on monen asian summa. Monesti tarkasteltaessa eriarvoistumista ja sen näkymistä yksilön elämässä mielenkiinto keskittyy siihen, miten se näkyy konkreettisesti ihmisen elämässä. Näitä muuttujia kutsutaan pintasyiksi (Saari ym. 2020, 210). Pintasyyt ovat ikään kuin niitä oireita, jotka näkyvät ihmisen elämässä havaittavasti. Tällaisia ovat muun muassa päihdeongelma tai toimeentulotuen pitkäaikainen asiakkuus. Pintasyiden alla on kuitenkin usein joukko juurisyytä, jotka ovat johtaneet pintasyihin. Juurisyytä voivat olla esimerkiksi perintötekijät, varhainen perheen perustaminen tai lapsuuden kokemukset. Juurisyyhin voi kuitenkin olla haastavaa puuttua, sillä ihmiset saattavat käyttää monia eri palveluita, jotka eivät välttämättä

tee yhteistyötä keskenään. Tällainen tilanne voisi olla vaikkapa sellainen, jossa ihminen käy velkaneuvonnassa, vaikka syy velkaantumiseen löytyisi mielenterveysongelmista ja niihin johtaneista tekijöistä. Tällöin ihminen saa ”hoitoa” vain oireeseen eikä ongelman varsinaiseen aiheuttajaan. Pinta- ja juurisytyt ovat avainasemassa myös huono-osaisuuden kasautumisessa (Saari ym. 2020, 210–228).

Pinta- ja juurisyiden syntyminen tulkinta ja tutkiminen voi olla vaativaa. Huono-osaisuuden syiden kumuloituminen sukupolvelta toiselle on monimutkainen prosessi (Raunio 2006, 28). Juurisyitä voi olla hankala hahmottaa pintapuolisella tutustumisella yksilöön ja hänen ongelmiinsa. Samaan aikaan tulisi tehdä yksilöä auttavia toimenpiteitä ja yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttamista, mihin voi löytyä resursseja huonosti (Therborn 2014, 136). Salutogeneesin toteutuminen edellyttää resurssien kohdentamista ja juurisyiden analysointia.

Elämän mielekkyyden, arjen pystyvyyden ja elämänselämän ymmärrettävyyden parantaminen tai kokonaan uudestaan luominen nuoruudessa on haastavaa. Juurisyihin keskittyminen pintasyiden sijaan voisi tuoda lisää tietoa ja keinoja parantaa tätä. Mielenterveysongelmista johtuva elämän mielekkyyden puute tai lapsuuden traumaattisista kokemuksista tuleva elämänselämän ymmärrettävyyden haastavuus voisi jäsentyä paremmin analysoimalla ihmisen elämään vaikuttaneita tekijöitä. Esimerkiksi elinajanodotteen väliset erot ovat isoja eri sosioekonomisessa asemassa olevilla (Rotko & Manderbacka 2015, 116). Tässä terveyden eriarvoistuminen näkyy konkreettisesti, kun köyhät kuolevat nuorempina kuin paremmassa asemassa olevat. Huonot elintavat (kuten runsas päihteidenkäyttö tai tupakointi) ovat yleisempiä heikosti pärjävillä. Tässä tapauksessa päihteidenkäyttö voi johtua jostakin juurisyistä, joka ei näy päällepäin. Juurisyihin voisi parhaiten puuttua moniammatillisella palveluiden kohdentamisella, jossa ihmisen tilannetta hoidettaisiin entistä enemmän kokonaisuutena (Saari ym. 2020, 229). Tätä on painotettu myös muissa aiheita käsittelevissä tutkimuksissa (Ristikari ym. 2018, 121; Katainen & Maunu 2015, 152). Tämän toteutuminen vaatii yhteiskunnalta palveluiden parantamista ja aitoa halua puuttua terveyden eriarvoistumiseen. Salutogeneesin ja koherenssin synnyttäminen myös heikommassa asemassa olevien keskuuteen voisi onnistua paremmin, jos ihmisen elämää arvioitaisiin kokonaisvaltaisesti (Raunio 2006, 136).

8 TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLIT NUORILLA

Terveyttä voidaan edistää monella tapaa yhteiskunnassa. Osittain se kiinnittyy mukaan myös yksilön muuhun auttamiseen kuten syrjäytymisen ehkäisyyn tai työvoimapolitiittisiin toimiin (Raunio 2006, 44). Erilaisia terveyden edistämisen malleja ovat muun muassa voimavaroihin keskittyminen, yksilökeskeinen malli, sosiaalisrakenteellinen malli sekä näitä yhdistelevä kolmas malli. Näitä voidaan hyödyntää myös nuorten terveyden parantamisessa ja eriarvoisuuden vähentämisessä.

Kyösti Raunio kirjoittaa, että yksilön omia voimavaroja on haastavaa saada käyttöön, koska usein ammattilaiset keskittyvät puhumaan ihmisen ongelmasta sen sijaan, että motivoisivat yksilöä itseään asian suhteen (Raunio 2006, 47). Yksilön haasteiden hoitaminen on siis voimakkaasti ongelmakeskeistä. Toimintatapojen muutoksen tulisi lähteä ihmisestä itsestään (Karvonen & Sihto 2017, 61). Tämä toimii heikosti, koska jo valmiiksi haavoittuvassa asemassa oleva ei välttämättä kykene hahmottamaan omia voimavarojaan. Asiakkaan voimavarojen aktivointi ehkäisi kuitenkin tehokkaasti paitsi syrjäytymistä niin myös eriarvoisuuden kasvua (Raunio 2006, 53). Tämän mallin hyödyntäminen sopisi myös nuorten terveyden eriarvoistumisen ehkäisyyn, sillä siinä pyritään kartoittamaan asiakkaan elämää laajemmin. Etenkin nuorten omien voimavarojen aktivointi olisi tärkeää, sillä se valaisi uskoa tulevaisuuteen ja toivoa tilanteen paranemisesta (Saari ym. 2020, 230). Tällainen voimavarojen vahvistaminen toimisi hyvin myös koherenssin tunteen ja salutogeneesin voimistamisessa. Terveyden voimavaran edistäminen nuorilla edellyttää sekä taloudellista, kulttuurillista että yhteiskunnallista panostamista asiaan (Katainen & Maunu 2017, 144).

Yksilökeskeisessä mallissa keskitytään nimensä mukaisesti yksilön omien valintojen muuttamiseen (Karvonen & Sihto 2017, 61). Kyseessä on niin sanotusti perinteinen malli, jossa ihmisen omaa toimintaa korostetaan ja siihen pyritään vaikuttamaan esimerkiksi terveysneuvonnan, - valistuksen ja -kasvatuksen keinoin. Vastuu valinnoista jää yksilölle itselleen. Tämä malli soveltuu heikosti heikommassa asemassa olevien auttamiseen, sillä usein heillä ei ole samanlaisia mahdollisuuksia tehdä ”hyviä” valintoja terveyden eteen (Kalliomaa-Puha 2015, 151–152). Etenkin lasten ja nuorten kohdalla tämä tapa voi olla vahingollinen, sillä heillä ei ole ikänsä ja kehityksensä puolestakaan samanlaisia resursseja

tehdä päätöksiä terveydestään. Nuorten salutogeneesin ja koherenssin kannalta yksilön omat valinnat ovat toki tärkeitä, mutta pelkästään ne eivät pysty parantamaan nuorten terveyttä. Rakenteellisessa mallissa terveyttä yritetään edistää vaikuttamalla rakenteellisiin tekijöihin (Karvonen & Sihto 2017, 63). Näitä ovat esimerkiksi asuinympäristö, työolot ja toimeentulo. Tällä tavalla terveyteen yritetään vaikuttaa epäsuorasti. Rakenteellisiin asioihin on puututtava, jotta asioita todella saadaan edistettyä (Therborn 2014, 134). Tutkimusten mukaan lasten ja nuorten perhesuhteet, asuinpaikka ja vanhempien toimeentulo vaikuttavat heidän hyvinvointiinsa hyvinkin konkreettisesti (Ristikari ym. 2018, 111–117; Isola 2014, 281). Toisaalta pelkästään rakenteellisiin ja sosiaalisiin tekijöihin keskittyminen ei välttämättä anna tarpeeksi tilaa yksilön omiin valintoihin. Vapaus valita itse antaa asiakkaille (myös nuorille) oman osallistumisen kokemuksia ja vahvuutta tehdä oikeita valintoja myös jatkossa (Lappalainen 2014, 90). Rakenteellisesti nuorten terveyttä voitaisiin yrittää parantaa esimerkiksi lastensuojelun tai koulujen terveys- ja sosiaalityön keinoin.

Kolmas tie yhdistelee yksilökeskeisen mallin ja sosiaalis-rakenteellisen mallin toimintatapoja. Sen lähtökohtana on ihmisen oman toimijuuden vahvistaminen (Karvonen & Sihto 2017, 65–66). Kolmannen tien malli on syntynyt kahden edellisen mallin kritiikistä ja siinä pyritään huomioimaan myös sosioekonomiset erot terveydessä. Terveelliseen elämäntapaan kannustavat ympäristöt voidaan nähdä osana tätä mallia (Mäki-Opas ym. 2017, 50–51). Sosioekonomisesti eriarvoisten lasten ja nuorten kohdalla etenkin koulu olisi tärkeä vaikuttaja terveyden parantamisessa (Pölkki 2001, 142). Kolmannen tien mallissa terveyttä yritetään lujittaa tarkastelemalla sitä kokonaisvaltaisesti, mikä sopii hyvin koherenssin parantamiseen ja salutogeneesin toteutumiseen. Holistinen tapa edistää terveyttä on omiaan myös tunnistamaan heikentyneen terveyden taustalla olevat pinta- ja juurisyyt. Yhteiskunta on pyrkinyt myös laajemmin muokkaamaan omia palveluitaan käyttäjälähtöisemmiksi ja huomioimaan asiakkaan oman osallisuuden (Saari ym. 2020, 245).

9 TERVEYDEN ERIARVOISTUMISEN EHKÄISY

Nuorten terveyden eriarvoistumista voidaan ehkäistä monella eri tavalla. Terveysthuollolla, sosiaalityöllä, politiikalla sekä moniammatillisella yhteistyöllä on kaikilla oma paikkansa (Saari ym. 2020, 249–250). Eriarvoisuuden vähentäminen vaatii kuitenkin yhteiskunnalta resursseja ja panostamista.

9.1 Terveysthuolto ja sosiaalityö

Terveysthuollon eriarvoistumisen hillitsemisessä terveydenhuollolla ja sosiaalityöllä on keskeinen rooli. Terveysthuollon kautta nuorta voidaan ohjata kohti parempia elämäntapoja sekä puuttua mahdollisiin puhkeaviin sairauksiin (Kokko 2015, 41). Tässä erityisesti kouluterveydenhuollolla on merkittävä asema (Pölkki 2001, 128). Eriarvoisuutta synnyttävät sosiaaliset ongelmat kuitenkin vaativat myös muuta osaamista kuin pelkän terveydenhuollon. Sosiaalityön keinoin eriarvoisuuteen voidaan puuttua laajemmin.

Nuorten terveyttä pohdittaessa sosiaalityön kannalta tulee esille muutama tärkeä keino. Ensimmäinen niistä on lastensuojelu. Lastensuojelun päämääränä on turvata haavoittuvassa asemassa olevan ihmisten oikeudet ja asema sekä myös tukea perheitä vaikeissa tilanteissa (Saari ym. 2020, 83). Ensisijaisesti lastensuojelussa perheiden ongelmiin pyritään puuttumaan avohuollon keinoin. Lastensuojelulla ja sen mahdollistamilla toimenpiteillä on kiistatta mahdollista ehkäistä ja vähentää eriarvoisuutta. Lastensuojelun asiakkaiden perheissä on kuitenkin usein myös muita hyvinvoinnin ongelmia kuin pelkästään lastensuojelun tarpeet (Raunio 2006, 99). Näitä ovat esimerkiksi pitkittynyt toimeentuloasiakkuus ja päihderiippuvuus. Tällöin eriarvoisuus on jo ehtinyt kasautua monella eri tavalla, joten siihen on haastavaa puuttua pelkästään lastensuojelun keinoin. Lastensuojelun asiakkuus saattaa myös kumuloitua seuraavaan sukupolveen ylisukupolvisesti (Saari ym. 2020, 86). Terveysthuollon eriarvoistumisen ehkäisemisen kannalta lastensuojelun täytyisi puuttua mahdollisiin ongelmiin tarpeeksi varhain.

Toinen sosiaalityön keinoista vaikuttaa terveyden eriarvoistumiseen on terveysthuossosiaalityö. Rauni Korpela (2014, 121) määrittelee artikkelissaan *Terveysthuossosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen* terveysthuossosiaalityön olevan ”sosiaalityötä, jonka tavoitteena on parantaa

yksilön terveyttä ja sosiaalisuutta terveys- ja sosiaalipolitiikan mukaisesti”. Samalla se on alisteinen terveydenhuoltoalan laeille ja instituutioille. Terveyssofiaalityö yhdistetään yleensä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa tapahtuvaan sofiiaalityöhön, vaikka se on myös monimuotoisempaa (Laine 2014, 29). Terveyssofiiaalityön voi katsoa olevan avainasemassa terveyden eriarvoistumisen hillitsemisessä. Sen professiolla olisi osaamista sekä terveydenettä sofiiaalihuollon viidakoissa luovimisesta. Etenkin nuorten kohdalla se voisi toimia tehokkaasti, jos se saavuttaisi nuoria esimerkiksi lastensuojelun tai muiden palveluiden yhteydessä.

Nuorten terveyden eriarvoistumisen ehkäisy vaatii sofiiaalityöltä muuttuvaa asiantuntijuutta ja moniammatillisuutta. Petteri Paasio (2018, 249) toteaa artikkelissaan *Tulevaisuuteen katsovan sofiiaalityön asiantuntemus*, että sofiiaalityön agendana on nykyään yhä enemmän vaikuttava toiminta. Eri sektoreilla tapahtuvan sofiiaalityön on oltava vaikuttavaa sekä tehokasta asiakkaan ongelmien kannalta. Samalla moniammatillisuus ja yhteistyö muiden asiantuntijoiden kanssa on osa toimintaa (Huvinen ym. 2014, 41). Rakenteellinen vaikuttaminen ja sosiaalisten ongelmien yhteiskunnallinen tarkastelu tehostaisi toimintaa (Saari ym. 2020, 91). Nuorten terveyden eriarvoisuuden vähentämisessä vaikuttavuus sekä monien eri alojen yhteistyö olisi luultavasti tehokasta.

9.2 Rakenteellinen sofiiaalityö

Demokraattisesti rakentuneessa yhteiskunnassa politiikka on merkittävä keino saada asioihin muutosta. Nuorten terveyden eriarvoistumiseen voidaan vaikuttaa politiikan kautta muun muassa poliittisilla päätöksillä, rakenteellisella vaikuttamisella ja tehostamalla eriarvoisuuden ehkäisemistä kaikilla päätasa-arvon areenoilla (Therborn 2014, 125).

Eriarvoistumisen ehkäisyyn vaikuttaa erityisesti sofiiaalipolitiikan toteutuminen. Nykyajan sofiiaalipolitiikka on asiakkaan omaa valinnanvapautta tukevaa, joka voi aiheuttaa ongelmia yhdenvertaisuuden toteutumisessa (Kuusinen-James & Seppänen 2018, 77). Kuluttajan vapaus valita palvelunsa ei toimi siinä tapauksessa, jos kuluttaja on liian haavoittuvassa asemassa tehdäksään omaa tilannettaan parantavia päätöksiä. Tässä tapauksessa yhteiskunnan tulisi muuttaa omia toimintatapojaan, jotta asiakasta voitaisiin tukea tekemään oikeita valintoja (Kalliomaa-Puha 2015, 151–152). Muita mahdollisia keinoja vaikuttaa

sosiaalipolitiikan toteutumiseen on muuttanut esimerkiksi sosiaalihuolto- terveydenhuolto- tai potilaslain tulkintaa ja sisältöä. Tulevaisuudessa ihmisen perus- ja sosiaaliturvaan vaikuttavia lakeja on yhä syytä kehittää eteenpäin.

Yksi eriarvoistumista lisäävä tekijä on kohtuuttomat tilanteet terveys- ja sosiaalipalveluissa. Kohtuuttomilla tilanteilla tarkoitetaan sellaisia tilanteita, joissa asiakas on jäänyt vaille hänelle kuuluvaa hyvinvointivaltion apua (Metteri 2014, 296). Niiden aiheuttama huoli ja stressi vaikeuttavat monella tapaa ihmisten avunhakemista ja hoidon saamista (Metteri 2014, 309). Etenkin lapsille ja nuorille tällainen poiskäännyttäminen ja avun saamisen vaikeus voi olla tuhoisaa, sillä he ovat muita enemmän riippuvaisia muiden ihmisten tuesta. Tutkimusten mukaan myös esimerkiksi vanhempien kokema stressi ja taloudellinen niukkuus vaikuttavat nuorten elämään ja terveyteen (Raunio 2006, 106). ’

Eriarvoisuuden kasvu näkyy paitsi terveydessä niin myös muun muassa asunnottomuuden kasvuna, toimeentulotuen käytön lisääntymisenä ja ihmisten pahoinvoinnin kokonaisvaltaisena nousuna (Saari ym. 2020, 256–257). Nämä kaikki myös vaikuttavat toisiinsa ja kumuloituvat yli sukupolvien. Vaikka yhteiskunnan kokonaishyvinvointi on kasvanut, hyvinvointivaltio ei ole onnistunut pitämään tarpeeksi hyvin huolta heikommin pärjäävistä. Yhteiskunta on jakautunut ja palvelujärjestelmä pirstaloitunut (Isola 2014, 283). Poliittisesti näihin kaikkiin eriarvoisuuden areenoihin tulisi puuttua, jotta eriarvoisuuden kasvu ja sen vaikutukset nuorten (ja muiden ihmisten) terveyteen vähentyisivät.

10 POHDINTA

Tässä tutkielmassa olen pyrkinyt tarkastelemaan nuorten terveyden eriarvoistumista. Lisäksi tavoitteenani on ollut analysoida mahdollisuuksia puuttua nuorten terveyden eriarvoistumiseen sekä löytää siihen ehkäiseviä keinoja.

Eriarvoisuuden kasvu ja yhteiskunnan polarisoituminen ovat ongelmia, jotka vaikuttavat ihmisten elämään hyvin konkreettisesti. Syrjäytyminen ja huono-osaisuuden kumuloituminen ovat jatkuneet sukupolvelta toiselle. Tämä eriarvoisuus näkyy erittäin selvästi esimerkiksi yksilöiden terveydessä. Elinajanodotteet ja mahdollisuudet käyttää terveystalvueluita ovat jakautuneet epätasa-arvoisesti. Ihmisten käsitykset terveellisistä

elämäntavoista sekä mahdollisuudet tehdä terveytensä kannalta oikeita valintoja vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Nuorilla tämä terveyden eriarvoisuus ilmenee muun muassa mielenterveysongelmien kasvuna.

Suomalaisten terveys on parantunut läpi 1900-luvun. Imeväisyyskuolleisuus on lähes nollassa ja valtaosa suomalaista kokee itsensä terveeksi. Verrattaessa aikuisten terveyden kehitykseen nuorten pahoinvointi on kasvanut suhteessa enemmän. Nuorena koettu heikko terveys voi osaltaan johtaa työttömyyteen tai syrjäytymiseen. Ongelmien kumuloitumisen kierre on valmis.

Salutogeneesiteoria keskittyy terveyden säilyttämisen tutkimiseen. Terveyden säilyttämiseen vaikuttavat koherenssi, joka jäsentää elämää pystyvyyden, kyvykkyyden ja mielekkyyden tekijöiden kautta. Jokaiselle ihmiselle kehittyy tällainen koherenssi, jonka kautta hän hahmottaa terveyttään ja elämänhallintaansa. Salutogeneesi ja koherenssi soveltuvat erityisesti mielenterveyden parantamiseen.

Salutogeneesin vaikutus nuorten terveyden eriarvoistumiseen on monitahoinen prosessi. Koherenssin kokemukseen ja terveyden säilyttämiseen vaikuttavat eittämättä monet eri tekijät. Nämä tekijät voivat olla sekä pinta- että juurisyytä. Pintasyyt ovat niitä, jotka näkyvät ensimmäisinä, esimerkiksi sairauden oireet (kuten päihderiippuvuus). Juurisyyt taas ovat niitä, jotka aiheuttavat oireita (päihderiippuvuudessa esimerkiksi sosiaalinen paine tai perheestä opitut tavat). Pinta- ja juurisyyden analysointi on hedelmällinen lähtökohta vahvistaa nuorten omaa koherenssia ja elämänhallinnan tunnetta. Varhainen puuttuminen (mielen)terveyden ongelmiin ehkäisee ongelmien jatkumista ja kasaantumista.

Terveyden edistämiseen on kehitetty erilaisia malleja, joita voidaan soveltaa myös nuoriin. Yksi tapa on voimavarakeskeinen malli. Siinä pyritään vaikuttamaan yksilön omiin voimavaroihin motivoivasti. Valmiiksi haavoittuvassa asemassa oleva ei välttämättä kykene hahmottamaan omia voimavarojaan. Voimavarakeskeinen ajattelu sopii kuitenkin osaltaan koherenssin tunteen vahvistamiseen ja salutogeneesin syntymiseen. Nuorten omien voimavarojen aktivointi ehkäisi myös syrjäytymisen kumuloitumista. Yksilökeskeinen mallissa painotetaan yksilön omia valintoja tärkeimpänä asiana. Tämä malli soveltuu hieman huonosti nuorille, sillä heillä ei kehityksensä eikä ikänsä puolesta ole samanlaisia mahdollisuuksia tehdä päätöksiä omasta terveydestään. Toisessa mallissa keskitytään

vaikuttamaan rakenteellisiin tekijöihin, kuten työhön tai asuinoloihin. Rakenteellisella vaikuttamisella voidaan yrittää muuttaa esimerkiksi nuorten ja lapsien perheoloja tai parantaa vanhempien toimeentuloa, jotka vaikuttaisivat epäsuorasti nuorten terveyteen. Kolmannessa mallissa yhdistellään yksilö- ja rakenteellisen mallin toimintatapoja. Tämä keskittyy huomioimaan myös sosioekonomiset tekijät. Terveyttä yritetään lujittaa tarkastelemalla sitä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tällainen holistinen näkökanta sopii kenties kaikista parhaiten nuorten terveyden eriarvoistumisen hallitsemiseen, sillä se pyrkii tuomaan esille asian kaikki puolet.

Nuorten terveyden eriarvoistumista voidaan ehkäistä monilla eri tavoilla yhteiskunnassa. Terveystuella ja sosiaalityöllä on tässä tärkeä rooli. Terveystuella voi konkreettisesti puuttua sairauksiin ja hoitaa niitä. Sosiaalityö voi puolestaan vaikuttaa muun muassa lastensuojelun ja terveysosiaalityön keinoin. Lastensuojelu voi puuttua perheen ongelmiin jo varhaisessa vaiheessa ja ehkäistä terveyden eriarvoistumista. Terveystuella voi puolestaan tukea nuorta terveys- ja sosiaalihoitojen eri sektoreilla ja pyrkiä vaikuttamaan terveyden syntymiseen. Moniammatillinen työ on sosiaalityön profession tulevaisuuden avain. Moniammatillisuus tarkoittaa paitsi yhteistyötä muiden alojen kanssa niin myös sosiaalityön eri ammattikuntien sisäistä yhteistyötä.

Rakenteellisesti sosiaalityö voi pyrkiä vaikuttamaan politiikan ja lakien kautta. Sosiaali- ja terveyspolitiikka määrittävät osaltaan raamit sille, miten nuorten terveyden eriarvoistumiseen voidaan vaikuttaa. Ihmisten avunhakemiseen ja saamiseen vaikuttavat kohtuuttomat tilanteet ja avusta poiskäännyttäminen. Etenkin nuorille tällaiset kokemukset voivat olla tuhoisia, sillä he ovat muita riippuvaisempia muiden tuesta. Myös vanhempien kokemus stressiä ja taloudelliset vaikeudet voivat omalta osaltaan vaikuttaa nuorten terveyteen ja sen syntymiseen.

Nuorten terveyden eriarvoistumisen ehkäisyyn ja hallitsemiseen vaikuttavat siis monet eri tekijät. Moniammatillisuus, varhainen puuttuminen, lastensuojelun ja muun sosiaalityön sektorin interventiot sekä rakenteellisen vaikuttamisen keinot ovat kaikki tärkeitä keinoja asiaan vaikuttamiseen. Erityisen tärkeässä osassa näkyisi olevan mielenterveyden sairauksien tuomat haasteet ja niihin puuttuminen. Pinta- ja juurisyiden kartoittaminen ja nuorten omien voimavarojen parantaminen lisäisivät nuorten koherenssia, elämäntilannetta sekä näin myös salutogeneesin toteutumista. Kaiken kaikkiaan nuorten terveyden

eriarvoistuminen on monitasoinen ongelma, mutta keinot sen hoitoon ovat olemassa. Eriarvoistumisen hillitseminen ja ehkäisy vaativat kuitenkin yhteiskunnan vastuunottoa ja tahtotilaa tehdä muutosta asiaan.

Tulevaisuudessa terveyden eriarvoistumisen aihetta voisi laajentaa tutkimaan myös lasten tai aikuisten näkökulmasta. Myös vanhusten terveyden tutkiminen ja sen eriarvoistuminen olisi kenties mielenkiintoista. Eriarvoisuuden teemaa voisi laajentaa kattamaan terveyden lisäksi myös vaikkapa työttömyyden tai köyhyyden aihealueisiin. Terveyden eriarvoisuus tulee kuitenkin värittämään yhteiskuntaamme myös tulevaisuudessa, joten sen tutkiminen on ensiarvoisen tärkeää. Lisäksi se on vain yksi osa huono-osaisuuden kasvua, joka on itsessään vielä laajempi ilmiö. Huono-osaisuuden ongelmilla on tapana kumuloitua ja kasvaa ylisukupolvisiksi, jotka vaativat omalta osaltaan erilaisia toimenpiteitä ja erilaista tutkimusta.

LÄHDELUETTELO

- Antonovsky, Aaron (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 36 (6), 725–733.
- Antonovsky, Aaron (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11 (1), 11–18.
- Eriksson, Monica & Lindström Bengt (2006) Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979), 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Isola, Anna-Maria (2014) Köyhien tulkintoja sairauden ja terveyden sosiaalisista tekijöistä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Juva: PS-kustannus, 271–295.
- Kalliomaa-Puha, Laura (2015) Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi? Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) *Terveydenhuollon muutokset*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 133–153.
- Karsio, Olli & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2015) Kunnan, yksityisen ja kolmannen sektorin keskinäissuhteiden muutokset – esimerkkinä vanhuspalvelut. Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) *Terveydenhuollon muutokset*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 81–100.
- Karvonen, Sakari & Sihto, Marita (2017) *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus.*, Teoksessa Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas (toim.) *Terveyssosiologian linjoja*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press, 57–75.
- Katainen, Anu & Maunu, Antti (2017) Muutakin kuin tietoa. Terveyskäyttäytymisen sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet. Teoksessa Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas (toim.) *Terveyssosiologian linjoja*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press, 143–159.
- Kauppinen, Timo M. & Saikku, Peppi & Kokko, Riitta-Liisa (2010) Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250.
- Klavus, Jan (2010) Suomalaisten terveys, terveyspalveluiden käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28–43.
- Kokko, Simo (2015) Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) *Terveydenhuollon muutokset*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 27–42.
- Korpela, Rauni (2014) *Terveyssosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen*. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Juva: PS-kustannus, 118–141.
- Krok, Suvi (2009) *Hyviä äitejä ja arjen pärjääjiä: yksinhuoltajia marginaalissa*. Tampere: Tampere University Press.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2017) *Sosiaalinen rakenne ja terveys*. Teoksessa Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas (toim.) *Terveyssosiologian linjoja*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press, 19–39.
- Lahikainen, Anja Riitta (2001) *Lasten kuuntelemista ja sen esteistä*. Teoksessa Irmeli Järventie & Hannele Sauli (toim.) *Eriarvoinen lapsuus*. Porvoo: WS Bookwell Oy, 21–46.

- Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Juva: PS-kustannus, 26–31.
- Lappalainen, Tiina (2014) Asiakkaiden osallistumisen edellytykset – yhteistä ymmärrystä etsimässä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Juva: PS-kustannus, 83–94.
- Lehto, Juhani (2015) Pohjoismainen vai omalaatuinen terveydenhuolto? Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) *Terveydenhuollon muutokset*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 61–78.
- Metteri, Anna (2014) Terveyssosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Juva: PS-kustannus, 296–320.
- Mittelmark, Maurice B. & Bauer, Georg F. (2017) The Meanings of Salutogenesis. Teoksessa Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Pelikan, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström & Geir Aldrid Espnes (toim.) *The Handbook Of Salutogenesis*. Sveitsi: Springer Nature, 7–14.
- Muuri, Anu (2010) Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 78–95.
- Mäki-Opas, Tomi & Borodulin, Katja & Härkönen, Janne & Ruokolainen, Otto & Lallukka, Tea (2017): *Terveyttä edistävä elämäntyyli*. Teoksessa Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas (toim.) *Terveys sosiologian linjoja*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press, 40–56.
- Niemelä, Mikko & Saarinen, Arttu (2015): *Terveydenhuoltopolitiikan muutokset*. Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) *Terveydenhuollon muutokset*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 13–26.
- Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Merikukka, Marko & Rämö, Antti & Gissler, Mika (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 – tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>, luettu 16.10.2020
- Paasio, Petteri (2018) Tulevaisuuteen katsovan sosiaalityön asiantuntemus. Teoksessa Tarja Juvonen, Jari Lindh, Anneli Pohjola & Marjo Romakkaniemi (toim.) *Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus*. EU: Unipress, 249–277.
- Pulkki, Jani & Saari, Antti & Pulkki, Jutta & Värri, Veli-Matti (2015) Vapaus, valta ja vastuu terveydenhuollossa – yhteiskuntafilosofinen näkökulma. Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) *Terveydenhuollon muutokset*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 154–189.
- Pölkki, Pirjo (2001) Oppilaiden syrjäytymisuhkien tunnistaminen ja ehkäisy peruskoulun haasteena. Teoksessa Irmeli Järventie & Hannele Sauli (toim.) *Eriarvoinen lapsuus*. Porvoo: WS Bookwell Oy, 125–147.
- Raunio, Kyösti (2006) *Syrjäytyminen – sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia*. Vajaakoski: Gummerus Oy.
- Rikala, Sanna (2018) Masennus, työkyvyttömyys ja sosiaalinen eriarvoisuus nuorten aikuisten elämäntilanteissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2/2018, 159–170.
- Ristikari, Tiina & Keski-Säntti, Markus & Sutela, Elina & Haapakorva, Pasi & Kiilakoski, Tomi & Pekkarinen, Elina & Kääriälä, Antti & Aaltonen, Mikko & Huotari, Tiina & Merikukka, Marko & Salo, Jarmo & Juutinen, Aapo & Pesonen-Smith, Anna & Gissler, Mika (2018) Suomi lasten kasvuympäristönä. Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä. Raportti 7/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Nuorisotutkimusverkosto. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-152-2>, luettu 16.10.2020.

Rotko, Tuulia & Manderbacka, Kristiina (2015) Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveyspalveluiden käytössä. Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) Terveydenhuollon muutokset. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 115–130.

Saari, Juho & Eskelinen, Niko & Björklund Liisa (2020) Raskas perintö. Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Saari, Juho (2015) Huono-osaiset: elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Tallinna: Gaudeamus Oy.
Therborn, Göran & Henttonen, Tatu (2014) Eriarvoisuus tappaa. Tampere: Vastapaino.

Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (2010) Johdanto. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 10–19.

Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010) Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 126–149.

Virtanen, Pekka (2010): Aaron Antonovsky, sittenkin terveys sosiologi? Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) Terveydenhuollon muutokset. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 148–156.