

**SOSIOEKONOMISEN ASEMAN YHTEYS TERVEYDEN-
TILAAN JA TOIMINTAKYKYYN 1914-1923 SYNTYNEILLÄ
JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ MIEHILLÄ JA NAISILLA**

Maarit Salonen

Gerontologian ja kansanter-
veyden pro gradu - tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2000

SALONEN, MAARIT: Sosioekonomisen aseman yhteys terveydentilaan ja toimintakykyyn 1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla.

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

Pro gradu -tutkielma

Elokuu 2000

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella sosioekonomisen aseman yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn 1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ($n = 146$) ja naisilla ($n = 264$). Terveydentilan indikaattoreina käytettiin koettua terveydentilaa ja jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden ja vamman olemassaoloa ja häiritsevyyttä. Toimintakykyä kuvattiin koetun toimintakyvyn sekä IADL- ja PADL-toiminnoista selviytymisen avulla. Sosioekonomista asemaa kuvattiin koulutuksen pituuden, koetun taloudellisen tilanteen, omien nettotulojen ja perheen nettotulojen avulla. Tulokset perustuvat Jyvaskylän yliopiston Ikivihreät-projektin 8-vuotisen seuruututkimuksen vuonna 1996 tehtyyn seuruuhaastatteluun. Muuttujia tarkasteltiin aluksi prosentti- ja frekvenssijakaumien avulla. Muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun käytettiin ristiintaulukointia ja χ^2 -riippumattomuustestiä. Keskiarvojen tarkasteluun käytettiin Studentin t-testiä.

Tässä tutkimuksessa ei havaittu yhteyttä koulutuksen pituuden ja 1914-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten terveydentilan ja toimintakyvyn välillä. Tuloilla ei myöskään havaittu olevan yhteyttä naisten terveydentilaan eikä toimintakykyyn. Tuloilla oli kuitenkin yhteys miesten terveydentilaan ja toimintakykyyn. Miehet joilla oli korkeimmat omat nettotulot, kokivat terveydentilansa ja toimintakykynsä paremmaksi kuin miehet, joiden omat nettotulot olivat alhaimmat. Miehet joiden perheen nettotulot olivat korkeimmat, kokivat toimintakykynsä parem-

maksi ja suoriutuivat PADL- ja IADL-toiminnoista paremmin kuin miehet joiden perheen nettotulot olivat matalimmat.

Sosioekonomisen aseman mittareista koetulla taloudellisella tilanteella oli selkein yhteys ikääntyneiden jyväsyläläisten terveydentilaan ja toimintakykyyn. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevat naiset kokivat terveydentilansa paremmaksi ja heillä oli vähemmän pitkäaikaisia häiritseviä sairauksia kuin naisilla, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi. Koetulla taloudellisella tilanteella ei ollut yhteyttä naisten toimintakyvyn kanssa. Miehillä koettu taloudellinen tilanne oli yhteydessä kaikkiin toimintakyky indikaattoreihin sekä koettuun terveydentilaan. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevien miesten terveys ja toimintakyky oli parempi kuin taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi kokevien miesten.

Tämän tutkimuksen tulokset eroavat aikaisemmista tutkimustuloksista siinä, että koulutuksen pituudella ei ollut yhteyttä terveydentilaan eikä toimintakykyyn kummallakaan sukupuolella. Perheen nettotuloilla ja omilla nettotuloilla havaittiin olevan yhteys terveydentilaan ja toimintakykyyn vain miehillä. Tämän tutkimuksen perusteella sosioekonomisista tekijöistä koettu taloudellinen tilanne on selvimmän yhteydessä 1914 - 1923 syntyneiden jyväsyläläisten terveydentilaan ja toimintakykyyn molemmilla sukupuolilla. Sosioekonomiset terveysterit olivat selkeämmät miesten kuin naisten ryhmässä.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 SOSIOEKONOMINEN ASEMA JA TERVEYS	6
2.1 Sosioekonominen asema	6
2.2 Sosioekonomisten terveyserojen taustalla olevia tekijöitä	7
2.3 Aikaisemmat tutkimukset	9
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	15
4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	16
5 TULOKSET	20
5.1 Ikä ja siviilisääty	20
5.2 Koulutus	20
5.3 Tulot ja koettu taloudellinen tilanne	21
5.4 Terveystila ja toimintakyky	23
5.5 Koulutuksen yhteys terveyteen ja toimintakykyyn	24
5.6 Tulojen yhteys terveyteen ja toimintakykyyn	25
5.7 Koetun taloudellisen tilanteen yhteys terveyteen ja toimintakykyyn	28
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	31
LÄHTEET	36
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kehittyneimmissäkin hyvinvointivaltioissa on havaittavissa sosioekonomisia terveyseroja. Erot koskevat kuolleisuutta, sairastavuutta ja muita terveydentilan puolia kuten esimerkiksi koettua terveydentilaa, pitkäaikaissairastavuutta ja toimintakykyä ja niitä on todettu riippumatta siitä, mitataanko sosiaalista asemaa koulutuksen, ammatin vai tulojen perusteella. (Esim. Davey Smith ym. 1990, Williams 1990, Illsley 1992, Valkonen ym. 1992, Thorslund & Lundberg 1994, Blane 1995, Valkonen 1995, Dahl & Birkelund 1997, Lahelma ja Rahkonen 1997, Macintyre 1997, Manderbacka & Lahelma 1999.) Terveydentilan eriarvoisuutta koskevan tutkimuksen yleinen havainto on, että sosioekonominen asema on käänteisesti yhteydessä väestön terveydentilaan: mitä matalampi sosioekonominen asema, sitä huonompi terveydentila (esim. Lahelma 1987, Victor 1989, Townsend & Davidson 1982, Fox & Carr-Hill 1989, House ym. 1990, Koskinen & Pekkanen 1991, Valkonen ym. 1990, Adler ym. 1994, Kunst ym. 1994, Robert & House 1996, Marmot ym. 1997).

Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen on ollut jo pitkään suomalaisen terveyspolitiikan keskeinen tavoite (Koskinen 1997, Keskimäki & Sihto 1999, Koskinen & Teperi 1999). Vaikka suomalaisen hyvinvoinnin keskimääräinen taso on parantunut huomattavasti viime vuosikymmeninä, eivät sosiaaliryhmien väliset erot ole hävinneet vaan joissakin tapauksissa jopa suurentuneet. (Valkonen 1993, Koskinen & Martelin 1995, Koskinen 1997, Seminaarin valmistelu- ja raportointiryhmä 1999). Tutkimusten mukaan hyvinvointierot ovat Suomessa joiltakin osin, etenkin kuolleisuuden osalta, jyrkemmät kuin monissa muissa maissa, vaikka tuloerot ovat pienemmät kuin missään muussa OECD-maassa (Valkonen ym. 1992, Lahelma ym. 1994, Koskinen 1997, Rahkonen ym. 1998).

Sosioekonomisten terveyserojen supistaminen on hyvin vaativa ja monimutkainen tehtävä mm. siksi, että eroja synnyttävät ja ylläpitävät monet toisiinsa vaikuttavat tekijät, jotka kytkeytyvät hyvin moniin elinympäristön ja kulttuurin piirteisiin. Tehtävää vaikeuttaa vielä se, että eri synty-

mekanismien osuuksia ja yhteyksiä toisiinsa ymmärretään vasta osittain. Niissäkin tapauksissa joissa eroja aiheuttavat tekijät pääpiirteittäin tunnetaan, puuttuu tieto siitä, kuinka terveyseroja voitaisiin kaventaa. (Lahelma & Valkonen 1990, Leppo & Uusitalo 1995, Koskinen 1997, Seminaarin valmistelu- ja raportointiryhmä 1999).

Terveyden eriarvoisuus on ollut vilkkaan ja laaja-alaisen tutkimuksen kohteena parin viime vuosikymmenen aikana niin Suomessa kuin muuallakin. Suomessa väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja koskeva tutkimus on vilkastunut entisestään Suomen Akatemian Väestöryhmien väliset terveys- ja muut hyvinvointierot - tutkimusohjelman aloittamisen jälkeen. Tutkimuksen kytkentä terveys- ja yhteiskuntapoliittiseen toimintaan on kuitenkin ollut vähäistä (Koskinen 1997, Koskinen & Teperi 1999).

Terveyden sosioekonomista eriarvoisuutta koskeva tutkimus on keskittynyt pääasiassa työikäiseen väestöön ja erityisesti työikäiseen miesväestöön. Vasta viime vuosina on ryhdytty tarkemmin selvittämään ikääntyneiden sosioekonomisen aseman ja terveydentilan välistä yhteyttä. (Markides 1989, Victor 1989, House ym. 1990, Lahelma & Valkonen 1990, Koskinen & Martelin 1991, Arber & Ginn 1993, Thorslund & Lundberg 1994, Dahl & Birkelund 1997.) Vaikka sosioekonomisten terveyserojen on havaittu kaventuvan iän myötä, niiden on todettu säilyvän läpi koko elämä ja sosioekonomisia terveyseroja todetaan myös kaikkein vanhemmilla ikäryhmillä (+85 vuotiailla). (Fox ym. 1985, Arber & Ginn 1991, Otterblad Olausson 1991, Valkonen 1993, Martelin 1994.)

Tässä pro gradu - tutkielmassa oli tarkoitus tarkastella sosioekonomisen aseman yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn 1914-23 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla. Tutkimusaineistona tutkimuksessa käytettiin Jyväskylän yliopiston Ikivihreät-projektin 8-vuotisen seuruututkimuksen vuonna 1996 tehdyssä seuruhaastattelussa kerättyä aineistoa. Tutkimusajankohtana tutkittavat olivat 73-82-vuotiaita.

2 SOSIOEKONOMINEN ASEMA JA TERVEYS

2.1 Sosioekonominen asema

Yksilö kiinnittyy yhteiskunnan sosiaaliseen rakenteeseen sosioekonomisen asemansa kautta. Sosioekonomisella asemalla viitataan yleensä sekä hyvinvoinnin materiaalisiin ulottuvuuksiin, kuten tuloihin, omaisuuteen ja asumistasoon, että näiden aineellisten resurssien hankkimisen kannalta keskeisiin välineisiin: ammattiin, asemaan työelämässä ja koulutukseen. (Lahelma 1987, Koskinen & Pekkanen 1991, Arber & Ginn 1993, Lahelma ym. 1994, Leppo & Uusitalo 1995, Valkonen 1995, Koskinen 1997. Kts. myös Pampell 1998 ja O'Rand & Henretta 1999.) Näillä sosioekonomisilla tekijöillä on havaittu olevan suoraviivainen yhteys eri terveyden-tilan mittareihin: mitä huonompi sosioekonominen asema sitä huonompi terveys (Manderbacka & Lahelma 1999, Koskinen & Teperi 1999).

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat joltakin osin väistämättömiä, mutta monessa tapauksessa erojen taustalla on tekijöitä, jotka ovat periaatteessa muutettavissa. Kun terveyserot johtuvat muutettavissa olevista tekijöistä, joille altistuminen ei perustu yksilön vapaaseen valintaan ja joita luultavasti voitaisiin vähentää, voidaan terveyseroista puhua eriarvoisuutena. Terveiden eriarvoisuudesta puhuttaessa erilaisuudella on myös oltava kielteinen merkitys. Näin ollen terveyden eriarvoisuudesta voidaan puhua mm. silloin, kun kansalaisten mahdollisuudet elää pitkä ja terve elämä vaihtelevat heidän sosiaalisista lähtökohdistaan riippuen. (Thorslund & Lundberg 1994, Whitehead 1994, Koskinen 1995, Koskinen & Teperi 1999.)

Ikäryhmien välisiä terveyseroja tarkasteltaessa on pidettävä mielessä, että terveyserot eri ikäryhmien välillä johtuvat suureksi osaksi väistämättömistä biologisista lainalaisuuksista (Victor 1989, Koskinen 1995). Vanhojen ihmisten terveysongelmat eivät kuitenkaan aina ole väistämät-

tömiä, tähän viittaa muun muassa se, että sosiaaliluokkien väliset kuolleisuuserot ovat huomattavia ikääntyneilläkin (Martelin 1994, Koskinen 1995).

Ikääntyneiden sosioekonomisen aseman mittaaminen ei ole yhtä helppoa kuin työikäisen väestön sosioekonomisen aseman mittaaminen. Kun sosiaaliluokituksen perusteena käytetään (entistä) ammattia, ongelma on siinä, että ammatissa toimimisesta on voinut kulua jo hyvinkin pitkä aika tai takana on useita eri ammatteja (Arber & Ginn 1991, 1993, Lahelma & Karisto 1995, Robert & House 1996). Ikääntyneiden joukossa on myös paljon naisia, jotka eivät ole olleet lainkaan työmarkkinoilla. (Arber & Ginn 1991, 1993, Thorslund & Lundberg 1994).

Koulutusta on pidetty käyttökelpoisimpana sosiaalisen aseman kuvaajana, sillä se voidaan määrittää koko aikuisväestölle, ei vain työssä oleville (Manderbacka & Lahelma 1999). Koulutuksen käyttämistä ikääntyneiden sosioekonomisen aseman osoittimena haittaa kuitenkin se, että ikääntyneiden keskuudessa koulutus on jakaumaltaan hyvin vino eikä vaihtelu ole suurta (Valkonen 1993, Lahelma ym. 1994, Lahelma ym. 1997).

Kolmas tärkeä sosiaalisen aseman mittari on tulot. Kuitenkin tietoja terveyden vaihtelusta tulojen mukaan on vähemmän kuin terveyden vaihtelusta koulutuksen ja ammattiin perustuvan sosiaaliryhmän mukaan. Tulojen avulla voidaan kuvata hyvin mm. henkilön tai ruokakunnan aineellista elintasoja ja resursseja. (Koskinen 1997, Rahkonen ym. 1998, Manderbacka & Lahelma 1999.)

2.2 Sosioekonomisten terveyserojen taustalla olevia tekijöitä

On selvää, että henkilön sosioekonominen asema ei vaikuta suoraan terveysongelmien syntyyn vaan henkilön asemaa yhteiskunnassa määrittävien tekijöiden ja sairauksien välillä on mutkikas kausaaliverkosto, jossa on useita tasoja (Macintyre 1986, Koskinen & Pekkanen 1991, Leppo

& Uusitalo 1995, Valkonen 1995, Koskinen 1997, Koskinen & Teperi 1999). Vaikka useat tutkijat ovat pohtineet sosioekonomisten sairastavuus- ja kuolleisuuserojen taustalla olevia tekijöitä, on edelleenkin selvittämättä millaisen prosessin kautta sosiaaliluokka erot muuttuvat terveyseroiksi. Asiasta on esitetty lukuisia, osin keskenään ristiriitaisiakin, teorioita (kts. esim. Lundberg 1990, Williams 1990, West 1991, Adler ym. 1995, Kaplan 1995, Vågerö & Illsley 1995, Wadsworth 1997). Kuitenkaan tutkimuksen nykyvaiheessa ei ole mahdollista esittää yleisesti hyväksyttyä kokonaiskuvaa siitä, mikä merkitys eri tekijöillä on sosioekonomisten terveyserojen syinä. (Townsend & Davidson 1982, Fox ym. 1985, Blane ym. 1991, Koskinen & Pekkanen 1991, Vågerö 1992, Feinstein 1993, Davey Smith ym. 1994, Valkonen 1995.)

Tutkimus on pääosaltaan perustunut olettamukseen, jonka mukaan sosioekonomiset terveyserot johtuvat sosioekonomisen aseman vaikutuksesta sairastavuuteen ja kuolleisuuteen esimerkiksi sosiaalisten ja fysiologisten riskitekijöiden välityksellä. Hyvä sosiaalinen asema luo mm. paremmat tiedolliset ja taloudelliset edellytykset asua ja työskennellä terveyden kannalta edullisessa ympäristössä ja valita terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja (Blane 1985, Macintyre 1986, Lahelma 1987, Markides 1989, Lahelma & Valkonen 1990, Adler ym. 1993, Arber & Ginn 1993, Valkonen 1993, 1995, Lahelma ym. 1994, Koskinen & Teperi 1999).

Toisen näkökulman mukaan sosioekonomisten tekijöiden ja terveydentilan yhteyden voidaan ajatella johtuvan terveyden perusteella tapahtuvasta valikoitumisesta sosioekonomisiin ryhmiin. Yksinkertaisimmillaan valikoituminen merkitsee, että sairastuttuaan ihminen putoaa sosioekonomisessa asteikossa ja toisaalta terveimmillä on parhaat edellytykset sosiaalisessa kohoamisessa. (Blane 1985, Macintyre 1986, Karisto 1989, Koskinen & Pekkanen 1991, West 1991, Adler ym. 1993, Blane ym. 1993, Blane 1995, Marmot ym. 1997.)

Sosioekonomisia terveyseroja on pyritty selvittämään myös epäsuoran valikoitumisen avulla. Sosioekonomiset erot terveydentilassa johtuvat tällöin siitä, että samat taustalla olevat tekijät vaikuttavat sekä sosiaaliseen asemaan että terveyteen. Tällaisia taustatekijöitä voivat olla muun

muassa lapsuudenaikaiset elinolot tai henkilökohtaiset psyykkiset ominaisuudet. (Macintyre 1986, Adler ym. 1993, Valkonen 1995, Marmot ym. 1997)

2.3 Aikaisemmat tutkimukset

Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu sosiaalisen aseman mukaisia eroja erilaisilla sosioekonomisilla ja terveydentilan mittareilla. Erojen on todettu olevan melko suoraviivaisia: mitä huonompi sosiaalinen asema sitä huonompi terveys. Sosioekonomisten kuolleisuus-, sairastavuus- ja toimintakykyerojen on havaittu olevan suhteellisen pieniä nuorilla aikuisilla, kaikista suuremmillaan keski-ikäisillä ja nuorilla ikääntyneillä ja pienenevän jälleen yli 75-vuotiaiden keskuudessa (House ym. 1990, 1994, Roberts & House 1996). Vaikka sosioekonomisten terveyserojen on todettu kaventuvan iän myötä, todetaan niitä myös kaikkein vanhemmilla ikäryhmillä. (Esim. Fox ym. 1985, Arber & Ginn 1991, Otterblad Olausson 1991, Valkonen 1993, Martelin 1994, Thorslund & Lundberg 1994, Dahl & Birkelund 1997.)

Sosioekonomisia terveyseroja on ikääntyneillä havaittu muun muassa kuolleisuudessa (Fox ym. 1985, Valkonen ym. 1990, 1992, Otterblad Olausson 1991, Valkonen 1993, Martelin 1994,) odotettavissa olevassa terveessä elinajassa (Valkonen ym. 1997, Sihvonen ym. 1998), sairastavuudessa (Longino ym. 1989, Longino 1990), itsearvioidussa terveydessä (Victor 1989, Arber & Ginn 1993, Thorslund & Lundberg 1994), särkyjen ja kipujen määrässä sekä verenkiertoelimistön ja keuhkojen toiminnassa (Thorslund & Lundberg 1994), pitkäaikaisten rajoittavien sairauksien määrässä (Victor 1989), toimintakyvyssä (Longino ym. 1989, Arber & Ginn 1993, Berkman & Gurland 1998) ja aistitoiminnoissa (Longino ym. 1989). Terveyserot ovat tutkimuksissa yleensä suuremmat miesten kuin naisten keskuudessa (Arber & Ginn 1993, Lahelma ym. 1994, Lahelma & Karisto 1995, Rahkonen & Takala 1997, Manderbacka & Lahelma 1999).

Väestöryhmien terveyseroista on tutkittu eniten kuolleisuuseroja. Terveyserojen tutkimus on keskittynyt kuolleisuuserojen tutkimiseen osittain siksi, että niitä koskevat tiedot ovat luotettavampia kuin sairastavuutta koskevat tiedot. Sosioekonomisten kuolleisuuserojen merkitystä korostaa myös se, että ne eivät ainoastaan kuvaa eliniän pituuden vaihtelua, vaan heijastavat useissa tapauksissa eroja myös elämisen laadussa. Jos jossakin ryhmässä kuolleisuus on suuri, siinä on yleensä myös tavallista enemmän sairauksia ja toimintakyvyn ongelmia. Kuitenkaan kuolleisuusmittarit, sen paremmin kuin muutkaan terveyden mittarit, eivät yksinään kuvaa terveyseroja tyhjentävästi, vaan niitä on lähestyttävä laajasta näkökulmasta käyttäen useita erilaisia terveydentilan mittareita. (Vågerö 1992, Koskinen 1995, Valkonen 1995.)

Tutkimustulosten perusteella terveyserot eri ammatti- ja koulutusryhmien välillä ovat hyvin selvät. Keskimääräinen elinaika on ylemmillä toimihenkilöillä selvästi pidempi kuin työntekijöillä ja vastaavasti korkea-asteen koulutuksen saaneet voivat odottaa elävänsä pitempään kuin vähemmän koulutetut. Suhteelliset kuolleisuuserot ovat suurimmat nuorilla aikuisilla, mutta huomattavat myös aivan nuorimmissa ja vielä kaikkein vanhimmissakin (yli 85-vuotiaiden) ikäryhmissä. (Valkonen ym. 1992, Valkonen 1993, Martelin 1994, Koskinen 1995, Koskinen & Martelin 1995.)

Myös 60 vuotta täyttäneessä väestössä koulutusryhmien väliset kuolleisuuserot ovat selviä. Ajanjaksolla 1981-90 perusasteen koulutuksen saaneiden kuolleisuus oli 60-74-vuotiailla miehillä noin 50 % suurempi korkea-asteen koulutuksen saaneisiin verrattuna, ja pieni ylikuolleisuus oli havaittavissa vielä 90-94 vuotiaiden keskuudessa. Naisten ryhmässäkin perusasteen koulutuksen saaneiden ylikuolleisuus oli selvin nuoremmassa vanhusikäryhmässä. Esimerkiksi 60-74-vuotiailla perusasteen koulutuksen saaneiden kuolleisuus oli 40 % suurempi korkea-asteen koulutuksen saaneisiin verrattuna. Samansuuntaisia eroja oli havaittavissa vielä 85-89-vuotiaiden keskuudessa, kun taas sitä vanhemmilla erot kääntyivät toisensuuntaisiksi tai katosivat kokonaan. Vuosiksi muutettuna prosentit tarkoittavat sitä, että 60-vuotiaan elinajan odote korkea-asteen koulutuksen saaneilla miehillä oli 80-luvulla lähes kolme vuotta pitempi kuin enin-

tään perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä. Naisilla vastaava ero oli runsaat kaksi vuotta. (Valkonen ym. 1992.)

Vaikka koulutusryhmien väliset erot elinajan odotteessa ovat varsin suuret, odotettavissa olevan terveen elinajan pituudessa havaitaan vieläkin jyrkempiä eroja (Koskinen 1995, Valkonen ym. 1997). Korkeasti koulutetut naiset elävät terveenä yhdeksän vuotta pitempään kuin perusasteen koulutuksen saaneet. Miehillä vastaava ero on peräti kaksitoista vuotta. Sairastavuutta ja koettua terveyttä koskevat tutkimustulokset osoittavat suuremmaksi osaksi samanlaista terveydenvaihtelua väestöryhmittäin kuten kuolleisuuskin. Poikkeuksena tästä ovat sukupuolten väliset terveyserot: miesten kuolleisuus on kaksin-, kolminkertainen naisten kuolleisuuteen verrattuna, mutta sairastavuudessa sukupuolet eivät juuri poikkea toisistaan. (Koskinen 1995.)

Alempiin sosioekonomisiin ammattiluokkiin kuuluvilla yli 65-vuotiailla on todettu enemmän pitkäaikaisia rajoittavia sairauksia kuin samanikäisillä paremmassa ammattiasemassa olevilla henkilöillä (Victor 1989, Rahkonen & Takala 1997). Myös tuloilla ja koulutuksella on havaittu olevan yhteys sairauksien ilmaantuvuuteen. Niillä, joiden koulutus on matala ja joiden tulot ovat alhaiset, on havaittu enemmän kroonisia sairauksia kuin korkeammin koulutetuilla ja parempi tuloisilla. (Longino ym. 1989, House ym. 1990, 1994.) Raution ja Heikkisen (2000) tutkimuksessa korkeamman koulutustason omaavilla 75-vuotiailla miehillä oli parempi terveys kuin alemman koulutustason omaavilla. Naisten ja 80-vuotiaiden ryhmässä koulutustasolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyteen. Sosioekonomisista tekijöistä koetun taloudellisen tilanteen havaittiin olevan selkeämmin yhteydessä terveyteen.

Dahl ja Birkelund (1997) ovat havainneet tutkiessaan 65-98 vuotiaiden norjalaisten sosioekonomisia terveyseroja, että miesten aikaisemmalla ammatilla oli yhteys niin fyysiseen kuin psykiseenkin terveyteen. Tutkimuksessa havaittiin työntekijöillä esiintyvän enemmän rajoittavia pitkäaikaisia sairauksia ja psyykkisiä ongelmia (hermostuneisuutta, ahdistuneisuutta, depressiota) kuin toimihenkilöillä. Naisten aikaisemman ammatin ja terveydentilan välillä ei tutkimuksessa havaittu yhteyttä. Dahl ja Birkelund havaitsivat myös että käytettävissä olevilla tuloilla on huo-

mattava yhteys iäkkäiden terveydentilaan. Vakavan fyysisen sairauden todennäköisyys oli suurin miehillä, joilla oli alhaisimmat käytettävissä olevat tulot ja joiden lapsuuden kodissa oli esiintynyt taloudellisia vaikeuksia. Naisilla vakavaan sairauteen olivat yhteydessä alhaiset käytettävissä olevat tulot, taloudelliset vaikeudet sekä lapsuudessa esiintynyt vakava sairaus. Huonoa psyykkistä terveyttä miehillä ennusti matalan ammattiaseman lisäksi alhaiset käytettävissä olevat tulot. Naisilla huonoon psyykkiseen terveyteen olivat yhteydessä nykyinen huono taloudellinen tilanne (alhaiset käytettävissä olevat tulot, taloudelliset ongelmat ja vuokralla asuminen) ja perheen sisäiset erimielisyydet lapsuudessa.

Thorslundin ja Lundbergin (1994) 77-98-vuotiaita ruotsalaisia koskevassa tutkimuksessa subjektiivisten terveysmittareiden (itsearvioitu terveys, särky- ja kipuindeksi, verenkierto elimistön toimintaindeksi) lisäksi käytettiin objektiivisen terveyden mittarina keuhkojen toimintaa kuvaavaa peak flow -mittausta. Tutkimuksessa havaittiin selviä terveyseroja eri sosiaaliluokkien välillä kaikissa terveysindikaattoreissa niin naisilla kuin miehilläkin. Ruumiillista työtä tekevillä ja ammattitaidottomilla oli kaikilla terveydentilan mittareilla mitattuna huonompi terveys kuin ammattitaitoisilla, ei-ruumiillista työtä tekevillä. Terveyserojen suuruus vaihteli eri terveysmittareiden välillä ja suurimmat erot havaittiin objektiivisessä terveysmittarissa (peak flow).

Koetun terveydentilan on havaittu vaihtelevan (aikaisemman) ammattiaseman sekä tulojen mukaan. Alemmassa sosiaalisessa ammattiasemassa olevien on havaittu arvioivan terveytensä huonommaksi kuin ylempiin sosiaaliluokkiin kuuluvien (Longino ym. 1989, Victor 1989, Arber & Ginn 1993, Thorslund & Lundberg 1994, Rahkonen & Takala 1997). Thorslundin ja Lundbergin 77-98-vuotiaita ruotsalaisia koskevassa tutkimuksessa sosiaaliluokan ja koetun terveyden välinen yhteys ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä iän ja sukupuolen vakioimisen jälkeen. Raution ja Heikkisen (2000) tutkimuksessa 75- ja 80-vuotiailla miehillä joiden perheen nettotulot olivat korkeimmat, oli parempi koettu terveys kuin miehillä, joilla perheen nettotulot olivat matalimmat. Kummassakaan naisten ikäryhmässä perheen nettotulot eivät olleet yhteydessä terveyteen. Arberin ja Ginnin (1993) tutkimuksen mukaan materiaaliset tekijät (auton ja

asunnon omistaminen sekä tulot) ovat voimakkaammin yhteydessä itsearvioituun terveyteen kuin aikaisempi ammattiasema.

Tulojen suuruudella ja koulutuksen pituudella on havaittu yhteys myös joihinkin aistitoimintoihin yli 55-vuotiailla (Longinon ym.1989). Longinon ym. tutkimuksessa kuurouden ja sokeuden sekä vähäisempien näkö- ja kuulo-ongelmien havaittiin olevan yleisempiä niillä, joiden koulutus on vähäisempi ja tulot alhaisemmat. Harmaakaihin ja silmänpainetaudin esiintymiseen ei sosio-ekonomisella asemalla havaittu olevan yhteyttä. Victorin (1989) tutkimuksen mukaan sosioekonomisen aseman vaikutus kuuloon ja näkökykyyn ei kuitenkaan ole yhtä voimakas kuin pitkäaikaisiin rajoittaviin sairauksiin ja itsearvioituun terveyteen.

Ikääntyneiden toimintakyvyn ja sosioekonomisen aseman välistä yhteyttä ovat tutkineet mm. Longino ym. (1989), House ym. (1990, 1994), Rahkonen ja Takala (1997) sekä Berkman ja Gurland (1998). Tutkimusten tulosten mukaan toimintakyky on sitä parempi mitä suuremmat tulot ovat, mitä pidempi koulutus on tai mitä parempi ammattiasema on. Esimerkiksi Longinon ym. (1989) tutkimuksessa alhaisimpaan tuloluokkaan kuuluvista yli 55-vuotiaista puolet ilmoitti kärsivänsä jonkinasteisesta toimintakyvyn vajauksesta, kun vastaavasti vain viidesosalla ylimpään tuloluokkaan kuuluvista oli toimintakykyongelmia. Rahkosen ja Takalan (1997) tutkimustulosten mukaan 65-vuotta täyttäneiden toimihenkilöiden toimintakyky oli parempi kuin muiden ammattiluokkien ja huonoin toimintakyky oli työntekijöillä. Housen ym (1990, 1994) tutkimuksen mukaan huonon sosioekonomisen aseman ja huonon toimintakyvyn välinen yhteys on voimakkainta keski-ikäisten ja alle 75-vuotiaiden keskuudessa, mutta on havaittavissa vielä yli 75-vuotiaillakin . Berkmanin ja Gurlandin (1998) tutkimuksessa yli 65-vuotiailla tulojen havaittiin olevan muita sosioekonomisia tekijöitä selvimmin yhteydessä toimintakykyyn ja tulojen yhteys toimintakykyyn pysyi merkittävänä senkin jälkeen, kun ikä, sukupuoli, etninen tausta, asuinolot, koulutus ja ammattiasema vakioitiin. Arber ja Ginn (1993) puolestaan havaitsivat ammattiaseman olevan materiaalisia tekijöitä voimakkaammin yhteydessä toimintakykyyn.

Jyväskylän yliopistossa vuosina 1972 ja 1992 tehdyssä 66-vuotiaiden kohortti-vertailussa pidemmän koulutuksen omaavien, paremmassa ammattiasemassa olevien ja taloudellistilansa hyväksi arvioivien terveydentila oli molemmilla mittauskerroilla parempi kuin huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien. Varsinkin koetulla taloudellisella tilanteella havaittiin voimakas yhteys terveydentilan kanssa. Vaikka jyväskyläläisten 66-vuotiaiden terveydentila oli parantunut 20 vuoden aikana, eivät sosiaaliryhmien väliset terveyserot olleet tänä ajanjaksona kuitenkaan pienentyneet. (Pohjolainen ym. 1997.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vuosina 1914-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten sosioekonomisen aseman yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Sosioekonomista asemaa kuvattiin koulutuksen pituuden, omien sekä perheen nettotulojen ja koetun taloudellisen tilanteen avulla. Terveyden kuvaamiseen käytettiin koettua terveydentilaa ja jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaoloa ja häiritsevyyttä. Toimintakykyä kuvattiin koetun toimintakyvyn, päivittäisistä perustoiminnoista (Physical Activities of Daily Living, PADL) selviytymisen ja asioiden hoitamiskyvyn (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) avulla.

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella

- 1) vuonna 1914-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten koulutuksen pituuden yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn,
- 2) vuonna 1914-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten nettotulojen yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn,
- 3) vuonna 1914-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten koetun taloudellisen tilanteella yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn.

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tämä tutkimus perustuu Ikivihreät-projektin vuonna 1996 suoritettuun seuruututkimuksen aineistoon. Alkuperäisen tutkimusasetelman perusjoukkona oli kaksi ikäryhmää, vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneet, Jyväskylässä 1.2.1988 asuneet henkilöt. Molemmista ikäryhmistä tilattiin Tilastokeskuksesta 1 000 henkilön satunnaisotos, jota pienennettiin satunnaisesti taloudellisten seikkojen takia siten, että kumpaankin ikäryhmään jäi 800 henkilöä. Alkuhaastattelu tehtiin vuonna 1988 ja siihen haastateltiin 1 224 henkilöä, joka oli 80,2 % alkuperäisestä otoksesta. Vuoden 1996 seuruututkimukseen pyrittiin saamaan kaikki elossa olevat vuonna 1988 haastatteluissa mukana olleet. Lopulliseksi haastateltujen määräksi vuonna 1996 saatiin 663 henkilöä (87,2 % tutkimusotoksesta), joista 253 kuului 1904-13 syntyneiden ikäryhmään ja 410 1914-23 syntyneiden ikäryhmään (taulukko 1). (Kauppinen ja Tyrkkö 1999.)

Tässä tutkimuksessa käsitellään nuorempaa ikäryhmää eli 1914-23 syntyneitä jyväskyläläisiä jotka olivat haastatteluhetkellä 73-82-vuotiaita. Haastateltuja oli tässä ikäryhmässä 410, joista miehiä 146 (36 %) ja naisia 264 (64 %). (Kauppinen & Tyrkkö 1999.)

Taulukko 1. Vuoden 1996 seuraututkimukseen tavoitetut, tavoittamatta jääneet, kieltäytyneet ja haastatellut 1914-1923 syntyneet jyvaskyläläiset miehet ja naiset (n, %).

	Miehet	Naiset	Yhteensä
Tavoitettavissa olleet 18.3.1996	166	309	475
Kato			
Kuollut ennen haastattelua	1	2	3
Ei tavoitettu	0	2	2
Kieltäytynyt	19	41	60
Haastateltu vuonna 1996	146	264	410
Haastatteluprosentti vuonna 1996	88,0	82,5	86,3
Haastattelu	140	255	395
Haastattelu keskeytynyt	1	4	5
Sijaishaastattelu	5	5	10

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelulla, jossa haastattelija täytti strukturoidut haastattelulomakkeet. Haastattelut tehtiin suurimmaksi osaksi haastateltavien kotona. Haastattelujen keskimääräinen kesto oli noin kolme tuntia. Muutamassa haastattelussa käytettiin sijaishaastateltavaa (taulukko 1). Haastattelijoina toimi 31 naista, jotka olivat pääasiassa Jyvaskylän yliopiston eri koulutusohjelmien opiskelijoita ja jotka olivat saaneet koulutuksen haastattelutehtävää varten. (Kauppinen & Tyrkkö 1999.)

Tutkimuksessa selitettävänä muuttujina ovat koettu terveydentila, jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolo ja häiritsevyyys, koettu toimintakyky ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen IADL- ja PADL-toimintakykymuuttujien avulla tarkasteltuna. Koetua terveydentilaa tiedusteltiin kysymyksellä: "Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?" Vastausvaihtoehdot olivat erittäin hyvä, hyvä, keskinkertainen, huono ja erittäin huono. Luok-

kien pienuuden takia muuttujasta tehtiin kolmeluokkainen yhdistämällä vastausvaihtoehdot erittäin hyvä ja hyvä hyväksi ja huono ja erittäin huono huonoksi. Jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaoloa selvitettiin kysymyksellä: “Mikä on pahiten jokapäiväistä elämää häiritsevä ja vaikeuttava sairaus tai vamma?” Vastausten perustella muodostettiin muuttuja, jonka luokat olivat ei sairautta tai vammaa; on sairaus tai vamma, mutta ei häiritse ja on sairaus tai vamma, joka häiritsee. Koettua toimintakykyä selvitettiin kysymyksellä: “Onko toimintakykyne tai kuntonne yleisesti tällä hetkellä mielestänne?” Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat erittäin hyvä, hyvä, keskinkertainen, huono ja erittäin huono. Luokkien pienuuden takia muuttujasta tehtiin kolmeluokkainen yhdistämällä vastausvaihtoehdot erittäin hyvä ja hyvä hyväksi ja huono ja erittäin huono huonoksi.

Koetun toimintakyvyn lisäksi toimintakykyä tarkasteltiin myös päivittäisistä perustoiminnoista ja asioiden hoitamisesta selviytymisen avulla. (Yksittäiset toimintakyky muuttujat on esitelty tarkemmin liitteessä 1.) PADL-toimintoja ja IADL-toimintoja tarkasteltiin erikseen. Yksittäiset toimintakyky muuttujat luokiteltiin jatkoanalyysija varten kahteen luokkaan niin, että luokat olivat 0 = ei vaikeuksia ja 1 = on vaikeuksia, ei pysty autettunakaan. Ne, joita ei voitu laittaa kumpaankaan edellä mainittuun luokkaan (vastausvaihtoehdot ei osaa sanoa, ei tarvitse tehdä, ei ole puhelinta, ei käytä lääkkeitä) jätettiin pois jatkoanalyysija. Lääkkeiden ottamista kuvaavat muuttujat (lääkkeiden annostelun hoitaminen, lääkkeiden ottaminen oikeaan aikaan) yhdistettiin yhdeksi muuttujaksi (0 = ei vaikeuksia kummassakaan lääkkeiden ottamista kuvaavassa muuttujassa, 1 = on vaikeuksia toisessa tai molemmissa lääkkeiden ottamista kuvaavassa muuttujassa.) Yhdeksästä yksittäisestä IADL- ja PADL-muuttujasta laadittiin lisäksi summamuuttuja, jossa vaihteluväli oli nolasta yhdeksään (0 = ei vaikeuksia yhdessäkään IADL/PADL-toiminnoissa ja 9 = vaikeuksia kaikissa IADL/PADL-toiminnoissa). Sukupuolittaisten tarkastelujen helpottamiseksi summamuuttujista laadittiin myös kaksiluokkainen versio (0 = ei vaikeuksia yhdessäkään PADL/IADL-toiminnoissa ja 1 = vaikeuksia yhdessä tai useammassa PADL/IADL-toiminnoissa).

Sosioekonomista asemaa kuvaavina muuttujina tutkimuksessa olivat koulutuksen pituus vuosina, koettu taloudellinen tilanne sekä omat ja perheen nettotulot kuukaudessa. Koulutuksen pituutta selvitettiin kysymyksellä: "Ottaen huomioon kaiken saamanne koulutuksen, kuinka monta vuotta yhteensä olette saanut koulusta?" Koulutuksen pituus luokiteltiin kolmiluokkaiseksi käyttäen apuna 33 % ja 67 % rajoja. Näin luokiksi saatiin enintään 5 vuotta, 6 - 8 vuotta ja vähintään 9 vuotta. Koettua taloudellista tilannetta tiedusteltiin kysymyksellä: "Millaiseksi koette taloudellisen tilanteenne tällä hetkellä?" Vastausvaihtoehtoina olivat erittäin hyvä, melko hyvä, tyydyttävä, melko huono ja erittäin huono. Vastausvaihtoehdot yhdistettiin luokkien pienuuden takia kahteen luokkaan: hyväksi ja tyydyttäväksi/huonoksi. Omia nettotuloja kartoitettiin kysymyksellä: "Kuinka suuret ovat käytettävissänne olevat omat nettotulonne eli käteen jäävät tulot kuukaudessa?" Omat nettotulot ryhmiteltiin kolmeen luokkaan käyttäen apuna 33 % ja 67 % rajoja (pyöristetyt arvot). Koska naisten ja miesten nettotulot erosivat toisistaan ($p \leq 0.001$), jouduttiin naisten ja miesten nettotulot luokittelemaan eri tavalla. Miesten nettotulojen luokiksi saatiin alle 4 000 mk/kk, 4 000- 5 500 mk/kk ja yli 5 500 mk/kk. Naisilla vastaavat luokat olivat alle 3 000 mk/kk, 3 000 - 4 000 mk/kk ja yli 4 000 mk/kk. Perheen nettotuloja selvitettiin kysymyksellä: "Kuinka suuret ovat talouteenne tulevat nettotulot kuukaudessa?" Perheen nettotulot ryhmiteltiin kahteen luokkaan; alemman luokan muodostivat ne, joiden perheen nettotulot olivat alle nettotulojen pyöristetyn keskiarvon eli alle 5 700 mk/kk ja ylemmän luokan ne, joiden perheen nettotulot olivat vähintään 5 700 mk/kk.

Tuloksia tarkasteltiin aluksi prosentti- ja frekvenssijakaumien avulla. Muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun käytettiin ristiintaulukointia ja χ^2 -riippumattomuustestiä. Riippumattomien otosten keskiarvojen tarkasteluun käytettiin Studentin t-testiä. Tilastolliset analyysit tehtiin käyttäen SPSS 8.0 -ohjelmaa.

5 TULOKSET

5.1 Ikä ja siviilisäät

Vastaajat olivat tutkimushetkellä 73-82-vuotiaita. Miesten keski-ikä oli 75,9 vuotta ja naisten keski-ikä oli 76,4 vuotta. Miehistä suurin osa oli naimisissa kun taas naisista valtaosa oli leskiä (taulukko 2).

Taulukko 2. Siviilisäät 1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 (%).

Siviilisäät	Miehet (n = 146)	Naiset (n = 263)	p
Naimaton	5,5	13,7	p≤0.001
Naimisissa	64,4	15,6	
Avoliitossa	2,7	0,8	
Leski	18,5	60,8	
Eronnut	8,9	9,1	

Ryhmiä väliset erot testattu χ^2 -testillä. Testissä siviilisäät kaksiluokkaisena (naimisissa/avoliitossa olevat vs. naimattomat, lesket, eronneet).

5.2 Koulutus

Peruskoulutuksena suurimmalla osalla vastaajista (80 %:lla) oli kansa- tai jatkokoulu. Miehistä 6 % oli käynyt keskikoulun ja 8 % oli ylioppilaita, naisilla vastaavat prosenttimäärät olivat 9 % ja 7 %. Vähemmän kuin kansakoulun käyneitä oli miehistä 7 % ja naisista 4 %.

Miesten koulutuksen pituuden keskiarvo oli 7,2 vuotta ja naisten 6,9 vuotta. Miehillä koulutuksen pituus vaihteli yhdestä vuodesta 21:een vuoteen. Naisista neljällä ei ollut lainkaan koulutusta ja pisin koulutuksen kesto oli 17 vuotta. Naisista ja miehistä noin neljä viidesosaa oli käynyt kouluja alle 9 vuotta (taulukko 3).

Taulukko 3. Koulutuksen pituus 1914-1923 syntyneillä jyväsyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 (%).

Koulutuksen pituus	Miehet (n = 141)	Naiset (n = 257)	p
Enintään 5 vuotta	31,9	33,9	ns
6 - 8 vuotta	44,7	43,6	
Vähintään 9 vuotta	23,4	22,6	

Ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä.

5.3 Tulot ja koettu taloudellinen tilanne

Miesten omat nettotulot kuukaudessa vaihtelivat 1 500 mk:sta 62 000 mk:aan. 62 000 mk/kk oli kuitenkin muista miesten nettotuloista poikkeava arvo ja toiseksi suurin nettotuloarvo oli 15 000 mk/kk. Naisilla nettotulojen vaihteluväli oli 500 - 12 000 mk/kk. Miesten nettotulot olivat huomattavasti naisten nettotuloja suuremmat (taulukko 4). Miehistä 15 %:lla nettotulot olivat yli 6 500 mk/kk ja nettotulojen keskiarvo oli 5 600 mk/kk. Naisista vain noin 4 %:lla nettotulot ylittivät 6 500 mk/kk ja naisten nettotulojen keskiarvo oli 3 900 mk/kk. Miesten ja naisten nettotulojen välinen ero oli tilastollisesti hyvin merkitsevä (taulukko 4).

Perheen nettotulot kuukaudessa vaihtelivat 500 - 65 000 mk:n välillä. Huomattakoon tässäkin, että 65 000 mk/kk oli muista perheen nettotuloista poikkeava arvo ja toiseksi suurin perheen

nettotuloarvo oli 17 000 mk/kk. Perheen nettotulojen keskiarvo oli 5 700 mk/kk. Miehistä 66 % :lla perheen nettotulot ylittivät keskiarvon, naisista ainoastaan viidesosalla perheen nettotulot olivat yli 5 700 mk/kk (taulukko 4).

Taulukko 4. Omat ja perheen nettotulot (mk/kk)1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 (%).

Nettotulot	Miehet	Naiset	p
Omat nettotulot	(n = 134)	(n = 241)	
Enintään 2 000 mk	0,8	3,7	p≤0.001
2 001 - 3 500 mk	11,9	42,7	
3 501 - 5 000 mk	49,3	41,9	
5 001 - 6 500 mk	23,1	7,9	
Yli 6 500 mk	14,9	3,7	
Perheen nettotulot	(n = 131)	(n = 230)	
Alle 5 700 mk	34,4	79,6	p≤0.001
Vähintään 5 700 mk	65,6	20,4	

Ryhmiä väliset erot testattu t-testillä.

Vaikka miesten ja naisten nettotulojen välinen ero oli merkitsevä, ei sukupuolten välillä ollut eroja koetussa taloudellisessa tilanteessa. Taloudellinen tilanne koettiin pääasiassa tyydyttäväksi tai huonoksi ja vain 28 % miehistä ja 34 % naisista koki taloudellisen tilanteensa hyväksi.

5.4 Terveydentila ja toimintakyky

Noin viidesosa vastaajista koki terveytensä hyväksi ja viidesosa huonoksi. Yli puolet vastaajista koki terveydentilansa kohtalaiseksi vaikka suurella osalla oli jokapäiväistä elämää häittäava sairaus tai vamma. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Koettu terveydentila ja häiritsevän pitkäaikaisen vamman tai sairauden olemassaolo 1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 (%).

Terveydentila	Miehet	Naiset	p
Koettu terveydentila	(n = 142)	(n = 259)	
Hyvä	19,7	22,8	ns
Keskinkertainen	56,3	54,4	
Huono	23,9	22,8	
Häiritsevä pitkäaikainen sairaus / vamma	(n = 142)	(n = 261)	
Ei sairautta / vammaa	18,3	18,4	ns
Sairaus, ei häiritse	25,4	18,4	
Häiritsevä sairaus	56,3	63,2	

Ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä.

Suurin osa vastaajista koki toimintakykynsä keskinkertaiseksi. Naisista 27 % koki toimintakykynsä hyväksi ja miehistä hieman pienempi osuus koki toimintakykynsä hyväksi. Miehet selviytyivät kuitenkin naisia paremmin sekä PADL- että IADL-toiminnoista. (Taulukko 6.) Yksityiskohtaisemmin naisten ja miesten selviytyminen PADL- ja IADL-toiminnoista on esitetty

liitteessä 2 yksittäisten PADL- ja IADL-toimintojen avulla ja liitteessä 3 summamuuttujan jakouman avulla.

Taulukko 6. Koettu toimintakyky sekä PADL- ja IADL-toiminnoista selviytyminen 1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuonna 1996 (%).

Toimintakyky	Miehet	Naiset	p
Koettu toimintakyky	(n = 142)	(n = 257)	
Hyvä	20,4	26,5	ns
Keskinkertainen	61,3	58,0	
Huono	18,3	15,6	
PADL-toiminnoista selviytyminen	(n = 142)	(n = 258)	
Vaikeuksitta	54,2	38,8	p≤0.01
On vaikeuksia	45,8	61,2	
IADL-toiminnoista selviytyminen	(n = 93)	(n = 205)	
Vaikeuksitta	42,0	25,4	p≤0.01
On vaikeuksia	58,0	74,6	

Ryhmiä väliset erot testattu χ^2 -testillä.

5.5 Koulutuksen yhteys terveyteen ja toimintakykyyn

Tämän tutkimuksen mukaan koulutuksen pituudella ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ikääntyneiden terveydentilaan eikä toimintakykyyn kummallakaan sukupuolella. Kuitenkin tulokset antavat viitteitä siitä, että pidemmän koulutuksen saaneilla on parempi terveydentila sekä parempi toimintakyky kuin lyhyemmän koulutuksen saaneilla. (Liite 4.) Esimerkiksi enintään 5

vuotta koulutusta omaavista miehistä 14 % koki terveytensä hyväksi ja vähintään 9 vuotta koulutusta omaavista 31 % koki terveytensä hyväksi ($p = 0.07$) (liite 4, taulukko 4.3).

5.6 Tulojen yhteys terveyteen ja toimintakykyyn

Miehillä omat nettotulot olivat yhteydessä koettuun terveyteen ja toimintakykyyn. Miehet, joiden nettotulot olivat alle 4 000 mk/kk, kokivat terveydentilansa selkeästi keskinkertaiseksi (75 %) ja huonoksi (21 %) ja vain 4 % koki terveytensä hyväksi, kun vastaavasti yli 5 500 mk:n nettotulot saavista miehistä kolmasosa tunsivat terveytensä hyväksi. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Vuonna 1914 - 1923 syntyneiden jyvaskyläisten miesten koettu terveydentila ja koettu toimintakyky omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Miesten omat nettotulot				
	Alle 4 000 mk	4 000 - 5 500 mk	Yli 5 500 mk	p
Koettu terveydentila	(n = 28)	(n = 64)	(n = 39)	
Hyvä	3,6	18,8	33,3	p≤0.05
Keskinkertainen	75,0	54,7	48,7	
Huono	21,4	26,6	17,9	
Koettu toimintakyky	(n = 28)	(n = 64)	(n = 39)	
Hyvä	7,1	15,6	38,5	p≤0.01
Keskinkertainen	75,0	65,6	53,8	
Huono	17,9	18,8	7,7	

Ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä.

Koetun toimintakyvyn ja nettotulojen välinen yhteys oli samansuuntainen kuin koetun terveydentilan ja nettotulojen välinen yhteys. Alimpaan nettotuloryhmään kuuluvat miehet kokivat toimintakykynsä pääasiassa keskinkertaiseksi (75 %) ja huonoksi (18 %), kun toimintakyky koettiin korkeimmat nettotulot kuukaudessa saavien miesten keskuudessa selkeästi keskinkertaiseksi (54 %) ja hyväksi (39 %). (Taulukko 7.)

Miesten omilla nettotuloilla ei havaittu olevan yhteyttä jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaoloon eikä selviytymiseen PADL- ja IADL-toiminnoista (liite5; taulukot 5.1, 5.2 ja 5.3). Naisten omilla nettotuloilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä minkään tutkimuksessa käytetyn terveydentila- tai toimintakykymuuttujan kanssa (liite 6).

Miehillä perheen nettotulot olivat yhteydessä ainoastaan toimintakykymuuttujiin. Alle 5 700 mk/kk saavat miehet kokivat toimintakykynsä pääasiassa keskinkertaiseksi (68%) ja huonoksi (23%) ja vain 9 % koki toimintakykynsä hyväksi. Vastaavasti miehistä, joiden perheen nettotulot olivat vähintään 5 700 mk/k, kolmasosa koki toimintakykynsä hyväksi, alle puolet keskinkertaiseksi ja 13 % huonoksi. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Vuonna 1914 - 1923 syntyneiden jvaskyläisten miesten koettu toimintakyky sekä PADL- ja IADL-toiminnoista selviytyminen perheen nettotulojen mukaan vuonna 1996 (%).

	Miesten perheen nettotulot		
	Alle 5 700 mk	Vähintään 5 700 mk	p
Koettu toimintakyky	(n = 44)	(n = 84)	
Hyvä	9,1	27,4	p≤0.05
Keskinkertainen	68,2	59,5	
Huono	22,7	13,1	
PADL-toiminnoista			
selviytyminen	(n = 44)	(n = 85)	
Vaikeuksitta	36,4	60,0	p≤0.01
On vaikeuksia	63,6	40,0	
IADL-toiminnoista			
selviytyminen	(n = 28)	(n = 55)	
Vaikeuksitta	21,4	50,9	p≤0.01
On vaikeuksia	78,6	49,1	

Ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä.

Voimakkaimmin perheen nettotulojen ja miesten toimintakyvyn välinen yhteys näkyi IADL- ja PADL-toiminnoista suoriutumisessa. Miehet joiden perheen nettotulot olivat vähintään 5 700 mk/kk selviytyivät sekä IADL- että PADL-toiminnoista paremmin kuin miehet, joiden perheen nettotulot olivat alle 5 700 mk/kk. (Taulukko 8.) Perheen nettotuloilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä naisten terveyteen eikä toimintakykyyn (liite 7).

5.7 Koetun taloudellisen tilanteen yhteys terveydentilaan ja toimintakykyyn

Koetun terveydentilan ja koetun taloudellisen tilanteen välillä oli havaittavissa tilastollisesti merkitsevä yhteys sekä miehillä että naisilla. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevat henkilöt kokivat myös terveydentilansa huomattavasti paremmaksi kuin ne, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Vuonna 1914 - 1923 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten koettu terveydentila koetun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996 (%).

	Koettu taloudellinen tilanne		
	Tyydyttävä/huono	Hyvä	p
Miehet			
Koettu terveydentila	(n = 102)	(n = 40)	
Hyvä	13,5	35,0	p≤0.01
Keskinkertainen	58,8	50,0	
Huono	27,5	15,0	
Naiset			
Koettu terveydentila	(n = 167)	(n = 88)	
Hyvä	15,6	36,4	p≤0.001
Keskinkertainen	58,1	48,9	
Huono	26,3	14,8	

Ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä

Koetulla taloudellisella tilanteella havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaoloon ja häiritsevyyteen naisilla mutta ei miehillä (Liite 8; taulukko 8.1). Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevilla naisilla esiintyi harvemmin

jokapäiväistä elämää häiritsevä sairaus tai vamma kuin naisilla, jotka kokivat taloudellisen tilansa tyydyttäväksi tai huonoksi (taulukko 10).

Taulukko 10. Vuonna 1914 - 1923 syntyneiden jyvaskyläläisten naisten jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolo ja häiritsevyys koetun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996 (%).

	Koettu taloudellinen tilanne		
	Tyydyttävä/huono	Hyvä	p
Pitkäaikainen sairaus/vamma	(n = 167)	(n = 88)	
Ei sairautta / vammaa	16,8	22,7	p<0.05
Sairaus/vamma, ei häiritse	15,6	25,0	
Häiritsevä sairaus	67,7	52,3	

Ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä

Toimintakyymuuttujien ja koetun taloudellisen tilanteen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä naisilla (liite 8; taulukot 8.2, 8.3 ja 8.4). Miehillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys koetun taloudellisen tilanteen ja kaikkien toimintakyymuuttujien välillä. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevat miehet selviytyivät huomattavasti paremmin sekä PADL- että IADL-toiminnoista kuin miehet jotka kokivat taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi. Myös koetun taloudellisen tilanteen ja koetun toimintakyvyn välinen yhteys oli suoraviivainen; taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevat kokivat toimintakyvynsä paremmaksi kuin taloudellisen tilansa tyydyttäväksi tai huonoksi kokevat. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Vuonna 1914 - 1923 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten koettu toimintakyky sekä PADL- ja IADL-toiminnoista selviytyminen koetun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996 (%).

	Koettu taloudellinen tilanne		
	Tyydyttävä/huono	Hyvä	p
Koettu toimintakyky	(n = 102)	(n = 40)	
Hyvä	13,7	37,5	p≤0.01
Keskinkertainen	65,7	50,0	
Huono	20,6	12,3	
PADL-toiminnoista selviytyminen	(n = 100)	(n = 38)	
Vaikeuksitta	50,0	68,4	p≤0.05
On vaikeuksia	50,0	31,6	
IADL-toiminnoista selviytyminen	(n = 67)	(n = 23)	
Vaikeuksitta	32,8	73,9	p≤0.001
On vaikeuksia	67,2	26,1	

Ryhmien väliset erot testattu χ^2 -testillä.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä pro gradu tutkimuksessa kuvattiin sosioekonomisen aseman yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn 1914 - 1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla. Vastaajat olivat tutkimushetkellä 73-82-vuotiaita. Yli puolet vastaajista kokivat terveydentilansa kohtalaiseksi, vaikka suurella osalla olikin jokapäiväistä elämää haittaava sairaus tai vamma. Koetussa terveydessä eikä häiritsevän pitkäaikaisen vamman tai sairauden olemassaolossa ilmennyt sukupuolieroja. Myös toimintakyky koettiin sekä naisten että miesten ryhmässä pääsääntöisesti kohtalaiseksi eikä sukupuolieroja ilmennyt. Miehet selviytyivät kuitenkin naisia paremmin sekä PADL- ja IADL-toiminnoista.

Naisten ja miesten koulutuksen pituudet eivät eronneet toisistaan. Naisilla koulutuksen pituuden keskiarvo oli 6,9 vuotta ja miehillä 7,2 vuotta. Suurin osa vastaajista koki taloudellisen tilanteensa huonoksi tai tyydyttäväksi. Sukupuolten välillä ei ollut kuitenkaan havaittavissa eroa koetussa taloudellisessa tilanteessa vaikka miesten omat ja perheen nettotulot olivat huomattavasti naisten nettotuloja suuremmat.

Tämän tutkimuksen perusteella ei koulutuksen pituudella ole yhteyttä 1914-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten terveydentilaan eikä toimintakykyyn. Tulos on aiemmista tutkimustuloksista poikkeava. Esimerkiksi Longino ym. (1989) sekä Rahkonen ja Takala (1997) ovat tutkimuksissaan havainneet koulutuksen pituudella olevan selvän yhteyden terveyteen ja toimintakykyyn. Se, ettei koulutuksen pituudella ollut yhteyttä terveydentilaan eikä toimintakykyyn voi johtua siitä, että koulutuksen pituuden vaihtelu ei ollut suurta. Koulutustasoa ei voitu käyttää koulutuksen indikaattorina siitä syystä, että sen jakauma oli hyvin vino; suurimmalla osalla eli 80 %:lla oli peruskoulutuksena kansa- tai jatkokoulu.

Miesten omilla nettotuloilla havaittiin yhteys koettuun terveydentilaan sekä koettuun toimintakykyyn. Sekä terveytensä että toimintakykynsä kokivat parhaaksi ne miehet, joiden nettotulot olivat suurimmat. Perheen nettotuloilla havaittiin olevan yhteys ainoastaan miesten toimintakykyyn; korkeammat perheen nettotulot saavat miehet kokivat toimintakykynsä paremmaksi ja selviytyivät jokapäiväisistä toiminnoista paremmin kuin miehet, joilla oli alhaisimmat perheen nettotulot. Tutkimustulokset vastaavat Berkmanin ja Gurlandin (1998) ja Longinon ym. (1989) tutkimustuloksia, joissa suurempituloisilla havaittiin parempi toimintakyky kuin pienempi tuloisilla. Naisten omien nettotulojen eikä naisten perheen nettotulojen välillä havaittu yhteyttä minkään terveys- tai toimintakykymuuttujan kanssa. Naisten perheen nettotuloilla ei havaittu olevan yhteyttä terveyteen myöskään Raution ja Heikkisen (2000) tutkimuksessa.

Sosioekonomista asemaa kuvaavista muuttujista ainoastaan naisten koetulla taloudellisella tilanteella oli yhteys jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolon ja häiritsevyyden kanssa. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevilla naisilla oli harvemmin häiritsevä sairaus kuin naisilla, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa huonoksi. Samansuuntainen yhteys on havaittu esimerkiksi Longinon ym. (1989) tutkimuksessa sekä Raution ja Heikkisen (2000) tutkimuksessa. Longino ym. havaitsivat tutkimuksessaan useiden sairauksien (esim. sydänsairauksien, diabeteksen, kulo- ja näköhäiriöiden) prevalenssin olevan suurempi alemmissä sosiaaliluokissa ja Raution ja Heikkisen tutkimuksessa taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevilla oli vähemmän paljon häiritseviä oireita ja paljon vaivaavia kipuoireita kuin taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi kokevilla.

Tutkimuksessa käytetyistä sosioekonomista asemaa kuvaavista muuttujista koettu taloudellinen tilanne oli selkeimmin yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn molemmilla sukupuolilla. Tämä vastaa Raution ja Heikkisen (2000) tutkimusta, jossa koettu taloudellinen tilanne oli myös selkeimmin yhteydessä terveyteen. Miehillä koetulla taloudellisella tilanteella oli yhteys kaikkien muiden terveys- ja toimintakyky muuttujien paitsi jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolon kanssa. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevat miehet kokivat terveydentilansa ja toimintakykynsä paremmaksi kuin miehet, jotka kokivat taloudellisen

tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevat miehet selviytyivät myös PADL- ja IADL-toiminnoista paremmin kuin miehet, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi. Naisilla koetulla taloudellisella tilanteella oli yhteys terveystilanteen mutta ei toimintakykyä muuttujien kanssa. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevilla naisilla esiintyi harvemmin jokapäiväistä elämää häiritsevä sairaus tai vamma ja he kokivat terveydentilansa paremmaksi kuin naiset, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi tai huonoksi. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevilla on havaittu parempi terveydentila ja toimintakyky myös Rahkosen ja Takalan (1997) ja Pohjolaisten ym. (1997) tutkimuksissa.

Koska tutkimusaineisto koskee vain yhden kaupungin ikääntyneitä, sitä ei voida yleistää koskemaan koko suomalaista vanhusväestöä. Hyvän vastausprosentin vuoksi se kuitenkin edustaa hyvin 1914-1923 syntyneitä jyvaskyläläisiä ja tulokset voidaan yleistää koskemaan 1914-1923 syntyneitä jyvaskyläläisiä tutkimusajankohtana. Huomattava on, että aineisto koski vain laitosten ulkopuolista väestöä.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on syytä huomioida, että tutkimuksessa käytettyihin muuttujiin liittyy joitakin virhemahdollisuuksia. Käytetyt terveys- ja toimintakyky muuttajat olivat kaikki subjektiivisia mittareita ja perustuivat vastaajien omaan ilmoitukseen. Omat tai perheen nettotulot on saatettu muistaa väärin ja käsite nettotulot on voitu ymmärtää virheellisesti, vaikka haastattelussa selvitetiinkin sen tarkoittavan kuukaudessa käteen jääviä tuloja. Tämän olettamuksen puolesta puhuu mm. se, että vastaajien joukossa oli naisia joiden nettotulot olivat alle 1 000 mk ja pelkkä kansaneläkekin on sitä suurempi. Perheen nettotulojen luotettavuutta sosioekonomisen aseman mittarina olisi lisännyt se, että perheen nettotulot olisi laskettu henkilöä kohden. Haastateltavat eivät ole välttämättä osanneet arvioida selviytymistään kaikista tarkastelukohteena olevista PADL- ja IADL-toiminnoista pätevästi, vaikka haastattelututkimuksen on todettu antavan melko luotettavaa tietoa päivittäisistä toiminnoista suoriutumisesta (Laukkanen ym. 1991). Tutkimuksessa tutkittiin ainoastaan kahden muuttujan välisiä yhteyksiä joten analyysit jäivät melko pinnallisiksi.

Aikaisempia tutkimustuloksia tarkasteltaessa on hyvä muistaa, että eri maissa tehtyjen ikääntyneiden sosioekonomisia terveyseroja koskevien tutkimusten vertailu ei ole ongelmattonta. Sosiaalinen rakenne ja kulttuuri voivat poiketa toisistaan niin paljon, että tutkimusten keskinäinen vertailu on mahdotonta. Tutkimukset eivät myöskään aina ole vertailukelpoisia aineistoiltaan, luokituksiltaan ja menetelmiltään. Myös yhteiskunta-, ammatti- ja koulutusrakenteet sekä terveys- ja tulotasot voivat olla niin erilaisia, ettei tutkimusten vertailu ole mahdollista.

Tutkittaessa sosioekonomisen aseman yhteyttä terveydentilaan ja toimintakykyyn iäkkäiden keskuudessa, on syytä kiinnittää huomiota valikoivaan hengissä säilymiseen. Jo varhaisessa keski-ikässä alempien sosiaaliluokkien kuolleisuus ylempiin sosiaaliluokkiin verrattuna on suurempaa (Valkonen ym. 1992). Muun muassa Arber ja Ginn (1993) ovat väittäneet, että valikoivan hengissä säilymisen vuoksi sosiaalierot pienenevät vanhemmissa ikäryhmissä ja ovat pienemmät kuin ne olisivat ilman varhaisemman selektiivisen kuolleisuuden vaikutusta.

Tämän tutkimuksen perusteella perheen nettotuloilla ja koetulla taloudellisella tilanteella on yhteys miesten toimintakykyyn. Perheen nettotulojen ja koetun taloudellisen tilanteen yhteys miesten terveyteen oli yhtä suuri, toisin kuin Raution ja Heikkisen (2000) tutkimuksessa, jossa koetun taloudellisen tilanteen vaikutus terveyteen oli voimakkaampi kuin perheen nettotulojen. Miesten omilla nettotuloilla havaittiin myös olevan yhteys koettuun terveydentilaan ja koettuun toimintakykyyn. Naisilla sosioekonomisen aseman ja toimintakyvyn välillä ei havaittu olevan yhteyttä. Koetulla taloudellisella tilanteella oli kuitenkin yhteys naisten terveydentilaan. Naisilla subjektiivisella kokemuksella oli siis suurempi vaikutus terveyteen kuin markkamääräisillä tuloilla.

Siitä huolimatta, etteivät tutkimustulokset kaikilta osin vastanneet aikaisempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia, ne kuitenkin tukevat olettamusta että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien terveydentila ja toimintakyky on parempi kuin heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien. Aikaisempien havaintojen mukaisesti tässä tutkimuksessa sosioekonomiset

terveyserot olivat suuremmat miesten kuin naisten keskuudessa (vrt. Arber & Ginn 1993, Rautio ja Heikkinen 2000).

Sosioekonomisten terveyserojen supistaminen on haaste suomalaiselle terveys- ja hyvinvointipoliitikalle. Sosioekonomisia terveyseroja ei pystytä supistamaan pelkästään terveystaloudellisten keinoja avulla, vaan tarvitaan laaja-alaista yhteistyötä eri yhteiskunnan areenoiden kesken. Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat siihen millaiseksi taloudellinen tila koetaan. Mielenkiintoista olisi myös selvittää laitoshoidossa olevien vanhusten sosioekonomisia terveyseroja.

LÄHTEET

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, C., Folkman, S., Kahn, R. L. & Syme, S. L. 1994. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist* 49 (1), 15-24.
- Arber, S. & Ginn, J. 1991. *Gender and later life. A sociological analysis of resources and constraints.* Sage Publications, London.
- Arber, S. & Ginn, J. 1993. Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine* 36 (1), 33-46.
- Berkman, C. S. & Gurland, B. J. 1998. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health* 10 (1), 81-98.
- Blane, D. 1985. An assessment of the black report's explanations of health inequalities. *Sociology of Health and Illness* 7 (3), 423-445.
- Blane, D. 1995. Social determinants of health - socioeconomic status, social class and ethnicity. *American Journal of Public Health* 85 (7), 903-905.
- Blane, D., Smith, G. D. & Bartley, M. 1993. Social selection. What does it contribute to social class differences in health. *Sociology of Health and Illness*, 15 (1), 1-15.
- Dahl, E. & Birkelund, G. E. 1997. Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Social Science and Medicine* 44 (6), 871-881.

- Davey Smith, G., Bartley, M. & Blane, D. 1990. The black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal* 301, 373-377.
- Fox, A. J. & Carr-Hill, R. 1989. Introduction. Teoksessa Fox, A. J. (toim.) 1989. *Health inequalities in European countries*. Aldershot, Gower, 1-18.
- Fox, A. J., Goldblatt, P. O. & Jones, D. R. 1985. Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances? *Journal of Epidemiology and Community Health* 39, 1-8.
- House, J. S., Kessler, R. C., Herzog, A. R., Mero, R. P., Kinney, A. M. & Breslow, M. J. 1990. Age, socioeconomic status and health. *The Milbank Quarterly* 68 (3),383-412.
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C. & Herzog, A. G. 1994. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior* 35, 213-234.
- Illsley, R. 1992. Equity, health and policy. *International journal of health science* 3/4, 117-126.
- Kaplan, G. A. 1995. Where do shared pathways lead? Some reflections on research agenda. *Psychosomatic Medicine* 57, 208-212.
- Karisto, A. 1989. Sosiaaliluokka ja sairastavuus. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja E:138*, Helsinki.
- Kauppinen, M. & Tyrkkö, K. 1999. Tutkimusasetelma, aineisto ja tilastolliset analysointimenetelmät Ikivihreät - projektin kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Teoksessa Suutama, T., Ruoppila, I. & Laukkanen, P. (toim.) *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset*. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42. 31 - 38.

- Keskimäki, I. & Sihto, M. 1999. Voidaanko sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja supistaa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2, 79-82.
- Koskinen, S. 1995. Terveyden eriarvoisuus - haaste terveydenhuollolle. *Suomen lääkirlehti* 59 (29), 3097-3102.
- Koskinen, S. 1997. Väestöryhmien väliset terveyserot ja muut hyvinvointierot. Tutkimus- ohjelman taustaselvitys. *Suomen Akatemian julkaisuja* 3/97. Edita, Helsinki.
- Koskinen, S. & Martelin, T. 1991. Miksi naisten sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat pienemmät kuin miesten? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 28, 40-60.
- Koskinen, S. & Martelin, T. 1995. Sosioekonomiset kuolleisuuserot vain kasvaneet. [Http://www.ktl.fi/ktlehti_1995_9/sosekuol.htm](http://www.ktl.fi/ktlehti_1995_9/sosekuol.htm).
- Koskinen, S. & Pekkanen, J. 1991. Sosioekonomiset tekijät ja terveys epidemiologisen tutkimuksen kohteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 28, 365-375.
- Koskinen, S. & Teperi, J. 1999. Voidaanko terveyseroja kaventaa? Teoksessa Koskinen, S & Teperi, J. (toim.) Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Käsikirjoitus, 3-12.
- Kunst, A. E. & Mackenbach, J. P. 1994. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health* 84 (6), 932-937.
- Laukkanen, P., Heikkinen, E. & Ruoppila, I. 1991. Päivittäisistä toiminnoista selviäminen. Teoksessa Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät- projekti. Osa 2. 2. Painos. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991: 10, Jyväskylä 1996, 132-155.

- Lahelma, E. 1987. Hyvinvointivaltio, eriarvoisuus ja terveys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 24, 143-151.
- Lahelma, E. & Karisto, A. 1995. Sosioekonominen terveystutkimus Suomessa: pitkä ja elävä perinne. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32, 301-310.
- Lahelma, E., Manderbacka, K., Rahkonen, O. & Karisto, A. 1994. Terveystilan eriarvoisuus Suomessa, Norjassa ja Ruotsissa: mittaamisen ongelmia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 31, 45-53.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 1997. Introduction. *Social Science and Medicine*, 44 (6), 721-722.
- Lahelma, E., Rahkonen, O. & Huuhka, M. 1997. Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986-1994. *Social Science and Medicine* 44 (6), 789-799.
- Lahelma, E. & Valkonen, T. 1990. Health and social inequalities in Finland and elsewhere. *Social Science and Medicine* 31 (3), 257-265.
- Leppo, K. & Uusitalo, H. 1995. Sosioekonomisten terveyserojen haasteet laman jälkeisessä Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32, 321-328.
- Longino, C. F. 1990. The relative contributions of gender, social class, and advancing age to health. Teoksessa Stahl, S. M. (toim.) *The legacy of longevity: health and health care in later life*. Sage Publications, California, 79-92.
- Longino, C. F., Warheit, G. J. & Green, J. A. 1989. Class, aging and health. Teoksessa Markides, K. S. (toim.) *Aging and health. Perspectives on gender, race, ethnicity and class*. Sage Publications, California, 79-110.

- Lundberg, O. 1990. Orsaker till klasskillnader i sjuklighet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 27, 23-42.
- Lundberg, O. 1991. Causal explanations for class inequity in health - an empirical analysis. *Social Science and Medicine* 32 (4), 385-393.
- Macintyre, S. 1986. The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research. *Social Science and Medicine* 23 (4), 393 - 415.
- Macintyre, S. 1997. The black report and beyond what are the issues? *Social Science and Medicine* 44 (6), 723-745.
- Manderbacka, K. & Lahelma, E. 1999. Sosioekonomiset sairastavuuserot Suomessa. Teoksessa Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) *Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Käsikirjoitus*, 18-27.
- Markides, K. S. (toim.) 1989. *Aging and health. Perspectives on gender, race, ethnicity and class.* Sage Publications, California.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M. & Marks, N. F. 1997. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine* 44 (6), 901-910.
- Martelin, T. 1994. Mortality by indicators of socioeconomic status among the finnish elderly. *Social Science and Medicine* 38 (9), 1257-1278.
- O'Rand, A. M. & Henretta, J. C. 1999. *Age and inequality. Diverse pathways through later life.* Westview Press, USA.

- Otterblad Olausson, O. 1991. Mortality among the elderly in Sweden by social class. *Social Science and Medicine* 32 (4), 437-440.
- Pampel, F. C. 1998. *Aging, social inequality and public policy*. Pine Forge Press, USA.
- Pohjolainen, P., Heikkinen, E., Lyyra, A-L., Helin, S. & Tyrkkö, K. Socio-economic status, health and life-style in two elderly cohorts in Jyväskylä. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. Supplementum 52, 1997. University of Jyväskylä.
- Rahkonen, O., Lahelma, E. & Silventoinen, K. 1998. Terveystila ja kotitalouden tulot. *Suomen lääkirilehti* 8, 843-848,
- Rahkonen, O. & Takala, P. 1997. Terveystilan ja toimintakyvyn sosiaaliset erot vanhoilla miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 11 (4), 282-291.
- Rautio, N. & Heikkinen, E. 2000. Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveyteen 75- ja 80-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 14 (1), 14-26.
- Roberts, S. & House, J. S. 1996. SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging and Health* 8 (3), 359-388.
- Seminaarin valmistelu- ja raportointiryhmä. 1999. Esipuhe. Teoksessa Koskinen, S & Teperi, J. (toim.) *Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen*. Käsikirjoitus, 1-2.
- Sihvonen, A-P., Kunst A E., Lahelma, E., Valkonen, T. & Mackenbach, J. P. 1998. Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. *Social Science and Medicine* 47 (3), 303-315.

- Thorslund, M. & Lundberg, O. 1994. Health and inequalities among the oldest old. *Journal of Aging and Health*, 6 (1), 51-69.
- Townsend, P. & Davidson, N. (toim.) 1982. *Inequalities in health. The black report*. Penguin Books Ltd, Harmondsworth.
- Valkonen, T. 1993. Problems in the measurement and international comparison of socio-economic differences in mortality. *Social Science and Medicine* 4, 409-418.
- Valkonen, T. 1995. Sosioekonomiset terveyserot Suomessa ja niiden selittämisen ongelmia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32, 311-320.
- Valkonen, T., Martelin, T. & Rimpelä, A. 1990. Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971-85. *Tilastokeskus, tutkimuksia* 172.
- Valkonen, T., Martelin, T., Rimpelä, A., Notkola, V. & Savela, S. 1992. Sosioekonomiset kuolleisuuserot 1981-90. *Tilastokeskus. SVT Väestö* 1992:8.
- Valkonen, T., Sihvonen, A-P. & Lahelma, E. 1997. Health expectancy by level of education in Finland. *Social Science and Medicine* 44 (6), 801-808.
- Victor, C. R. 1989. Inequalities in health in later life. *Age and Aging* 18, 387-391.
- Vågerö, D. 1992. Health inequalities from the cradle to the grave? Hypotheses on health policy. *International Journal of Health Sciences* 3, 175-183.
- Vågerö, D. & Illsley, R. 1995. Explaining health inequalities: Beyond Black and Barker. *European Sociological Review* 11 (3), 219-241.

Wardsworth, M. E. J. 1997. Health inequalities in the life course perspective. *Social Science and Medicine* 44 (6), 859-869.

West, P. 1991. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social Science and Medicine* 32 (4) 373-384.

Whitehead, M. 1994. Terveiden oikeudenmukaisuus - käsitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Williams, D. R. 1990. Socioeconomic differentials in health: a review and redirection. *Social Psychology Quarterly* 53 (2), 81-99.

LIITE 1

Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen

IADL

- CC1 Ruuanlaitto
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty laittamaan / ei osaa
4 = ei osaa sanoa / ei tarvitse tehdä
- CC8 Vaatteiden pesu
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty pesemään
4 = ei osaa sanoa
- CC15 Julkisissa kulkuvälineissä liikkuminen
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty liikkumaan
- CC22 Kevyistä taloustöistä selviäminen
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty selviämään
- CC29 Raskaista taloustöistä selviäminen
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty lainkaan

- CC36 Kaupassa käynti
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty lainkaan
- CC44 Puhelimen käytön vaikeus
0 = ei ole puhelinta
1 = käyttää vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty käyttämään
- CC52 Lääkkeiden annostelun hoitaminen
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia (esim. dosetti)
3 = ei pysty lainkaan
4 = ei käytä lääkkeitä
- CC53 Lääkkeiden ottaminen oikeaan aikaan
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty
4 = ei käytä lääkkeitä
- CC57 Raha-asioiden hoitaminen
1 = kyllä vaikeuksitta
2 = on vaikeuksia
3 = ei pysty lainkaan
4 = ei osaa sanoa

PADL

CC65

Syöminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = pystyy, mutta hitaasti

3 = pystyy, mutta väsyy

4 = pystyy, mutta tarvitsee apuvälineitä

5 = ei pysty ilman toisen henkilön apua

6 = ei pysty autettunakaan

CC66

Vuoteeseen ja vuoteesta siirtyminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = pystyy, mutta hitaasti

3 = pystyy suurin vaikeuksin

4 = pystyy apuvälineiden avulla

5 = ei pysty ilman toisen henkilön apua

6 = ei pysty autettunakaan

CC70

Pukeutuminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = pystyy, mutta hitaasti

3 = pystyy, mutta väsyy

4 = pystyy muutoin, mutta ei esim. saa nappeja kiinni

5 = ei pysty pukeutumaan lainkaan ilman apua

6 = ei pysty autettunakaan

CC71

Peseytyminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = pystyy mutta hitaasti

3 = pystyy, mutta väsy

4 = ei saa pestyä itseään kokonaan tai on muita ongelmia

5 = ei pysty lainkaan ilman apua

6 = ei pysty autettunakaan

CC75

Sisällä liikkuminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = pystyy, mutta hitaasti

3 = pystyy, mutta väsy

4 = pystyy teknisten apuvälineiden kanssa

5 = ei pysty lainkaan ilman toisen apua

6 = ei pysty autettunakaan

CC75_1

Portaissa liikkuminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = pystyy, mutta hitaasti

3 = pystyy, mutta väsy

4 = pystyy teknisten apuvälineiden kanssa

5 = ei pysty lainkaan ilman toisen apua

6 = ei pysty autettunakaan

CC76

Ulkona liikkuminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = pystyy, mutta hitaasti

3 = pystyy, mutta väsy

4 = tarvitsee teknisiä apuvälineitä

5 = tarvitsee auttajan

6 = ei pysty autettunakaan

CC77

Varpaankynsien leikkaaminen

1 = kyllä vaikeuksitta

2 = on vaikeuksia

3 = ei pysty

CC80

WC:ssä käynti

1 = pystyy käymään vaikeuksitta

2 = on vaikeuksia

3 = ei pysty ilman apua

4 = ei pysty autettunakaan

LIITE 2

Vaikeuksia päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä ilmoittaneiden naisten ja miesten osuudet (%).

PADL - toiminnot	Miehet	Naiset
Syöminen	3,5	5,4
Vuoteeseen ja vuoteesta siirtyminen	13,9	15,8
Pukeutuminen	16,0	17,3
Peseytyminen	13,9	15,4
Sisällä liikkuminen	12,5	14,2
Portaissa liikkuminen	30,6	45,4
Ulkona liikkuminen	28,0	40,5
Varpaankynsien leikkaaminen	32,9	39,8
WC:ssä käyminen	7,6	5,4

IADL - toiminnot	Miehet	Naiset
Ruoanlaitto	19,4	12,5
Vaatteiden pesu	21,9	18,8
Julk. kulkuvälineissä liikkuminen.	18,3	26,4
Kevyet taloustyöt	15,5	12,3
Raskaat taloustyöt	46,2	66,8
Kaupassa käynti	18,1	31,2
Puhelimen käyttö	8,0	1,6
Lääkkeiden otto	29,2	13,8
Raha-asioiden hoito	16,8	24,6

LIITE 3

Päivittäistä toiminnoista selviytymisen summamuuttujan jakauma miehillä ja naisilla (%).

Vaikeuksien lukumäärä	Miehet	Naiset
PADL - toiminnoissa	(n = 142)	(n = 258)
0:ssa toiminnossa	54,2	38,8
1:ssä toiminnossa	14,1	18,2
2:ssa toiminnossa	7,0	8,9
3:ssa toiminnossa	8,5	14,0
4:ssä toiminnossa	4,9	5,8
5:ssä toiminnossa	0,7	3,5
6:ssa toiminnossa	2,8	4,7
7:ssä toiminnossa	0,7	0,8
8:ssa toiminnossa	4,9	3,5
9:ssä toiminnossa	2,1	1,9

Vaikeuksien lukumäärä	Miehet	Naiset
IADL - toiminnoissa	(n = 93)	(n = 205)
0:ssa toiminnossa	42,0	25,4
1:ssä toiminnossa	18,3	28,3
2:ssa toiminnossa	15,1	19,5
3:ssa toiminnossa	3,2	7,8
4:ssä toiminnossa	3,2	7,3
5:ssä toiminnossa	2,1	3,9
6:ssa toiminnossa	3,2	1,5
7:ssä toiminnossa	2,1	3,4
8:ssa toiminnossa	5,4	2,4
9:ssä toiminnossa	5,4	0,5

LIITE 4

Taulukko 4.1. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten koettu terveydentila koulutuksen pituuden mukaan vuonna 1996 (%).

Koettu terveydentila	Koulutuksen pituus					
	Enintään 5 vuotta		6 - 8 vuotta		Vähintään 9 vuotta	
	Miehet (n = 43)	Naiset (n = 85)	Miehet (n = 63)	Naiset (n=110)	Miehet (n = 32)	Naiset (n = 58)
Hyvä	14,0	21,2	19,0	21,8	31,3	27,6
Keskinkertainen	62,8	58,8	52,4	52,7	53,1	56,9
Huono	23,3	20,0	28,6	25,5	15,6	15,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Miehet: $\chi^2 = 4,842, df = 4, p = 0.30$		Naiset: $\chi^2 = 2,925, df = 4, p = 0.57$			

Taulukko 4.2. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolo ja häiritsevyyden koulutuksen pituuden mukaan vuonna 1996 (%).

Pitkäaikainen vamma / sairaus	Koulutuksen pituus					
	Enintään 5 vuotta		6 - 8 vuotta		Vähintään 9 vuotta	
	Miehet (n = 43)	Naiset (n = 86)	Miehet (n = 63)	Naiset (n = 111)	Miehet (n = 32)	Naiset (n = 58)
Ei sairautta / vammaa	16,3	16,3	17,5	21,6	21,9	17,2
Sairaus / vamma, ei häiritse	27,9	27,9	20,6	13,5	31,3	15,5
Häiritsevä sairaus / vamma	55,8	55,8	61,9	64,9	46,9	67,2
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Miehet:	$\chi^2 = 2,302, df = 4, p = 0.68$				
	Naiset:	$\chi^2 = 7,528, df = 4, p = 0.11$				

Taulukko 4.3. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten koettu toimintakyky koulutuksen pituuden mukaan vuonna 1996 (%).

Koettu toimintakyky	Koulutuksen pituus					
	Enintään 5 vuotta		6 - 8 vuotta		Vähintään 9 vuotta	
	Miehet (n = 43)	Naiset (n = 85)	Miehet (n = 63)	Naiset (n = 110)	Miehet (n = 32)	Naiset (n = 57)
Hyvä	9,3	20,0	22,2	25,5	34,4	38,6
Keskinkertainen	74,4	67,1	55,6	57,3	53,1	49,1
Huono	16,3	12,9	22,2	17,3	12,5	12,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 8,697$, $df = 4$, $p = 0.07$

Naiset: $\chi^2 = 7,374$, $df = 4$, $p = 0.12$

Taulukko 4.4. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten selviytyminen PADL-toiminnoista koulutuksen pituuden mukaan vuonna 1996 (%).

PADL-toiminnoista selviytyminen	Koulutuksen pituus					
	Enintään 5 vuotta		6 - 8 vuotta		Vähintään 9 vuotta	
	Miehet (n = 44)	Naiset (n = 86)	Miehet (n = 61)	Naiset (n = 110)	Miehet (n = 32)	Naiset (n = 56)
Vaikeuksitta	47,7	40,7	57,4	36,4	59,4	41,1
On vaikeuksia	52,3	59,3	42,6	63,6	40,6	58,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 1,322$, $df = 2$, $p = 0.52$

Naiset: $\chi^2 = 1,526$, $df = 2$, $p = 0.77$

Taulukko 4.5. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten selviytyminen IADL-toiminnoista koulutuksen pituuden mukaan vuonna 1996 (%).

IADL-toiminnoista selviytyminen	Koulutuksen pituus					
	Enintään 5 vuotta		6 - 8 vuotta		Vähintään 9 vuotta	
	Miehet (n = 29)	Naiset (n = 65)	Miehet (n = 41)	Naiset (n = 90)	Miehet (n = 20)	Naiset (n = 47)
Vaikeuksitta	31,0	29,2	46,3	25,6	55,0	19,1
On vaikeuksia	69,0	70,8	53,7	74,4	45,0	80,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 3,046$, df = 2, p = 0.22

Naiset: $\chi^2 = 1,477$, df = 2, p = 0.48

LIIITE 5

Taulukko 5.1. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolo ja häiritsevyys omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Pitkäaikainen sairaus / vamma	Miesten omat nettotulot		
	Alle 4 000 mk (n = 28)	4 000 - 5 500 mk (n = 64)	Yli 5 500 mk (n = 39)
Ei sairautta / vammaa	21,4	21,9	10,3
Sairaus / vamma, ei häiritse	25,0	28,1	25,6
Häiritsevä vamma / sairaus	53,6	50,0	64,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 2,958$, $df = 4$, $p = 0.57$

Taulukko 5.2. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten selviytyminen PADL-toiminnoista omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

PADL-toiminnoista selviytyminen	Miesten omat nettotulot		
	Alle 4 000 mk (n = 27)	4 000 - 5 500 mk (n = 66)	Yli 5 500 mk (n = 39)
Vaikeuksitta	48,1	50,0	64,1
On vaikeuksia	51,9	50,0	35,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 2,396$, $df = 2$, $p = 0.30$

Taulukko 5.3. Jyväskyläläisten 1914- 23 syntyneiden miesten selviytyminen IADL-toiminnoista omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

IADL-toiminnoista selviytyminen	Miesten omat nettotulot		
	Alle 4 000 mk (n = 18)	4 000 - 5 500 mk (n = 39)	Yli 5 500 mk (n = 27)
Vaikeuksitta	33,3	35,9	55,6
On vaikeuksia	66,7	64,1	44,4
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 3.191$, $df = 2$, $p = 0.20$

LIITE 6

Taulukko 6.1. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden naisten koettu terveydentila omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Koettu terveydentila	Naisten omat nettotulot		
	Alle 3 000 mk (n = 31)	3 000 - 4 000 mk (n = 129)	Yli 4 000 mk (n = 76)
Hyvä	29,0	20,2	27,6
Keskinkertainen	35,5	60,5	48,7
Huono	35,5	19,4	23,7
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 7,800$, $df = 4$, $p = 0.10$

Taulukko 6.2. Jyväskyläläisten 1914-13 syntyneiden naisten jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolo ja häiritsevyyden omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Häiritsevä sairaus / vamma	Naisten omat nettotulot		
	Alle 3 000 mk (n = 32)	3 000 - 4 000 mk (n = 130)	Yli 4 000 mk (n = 76)
Ei sairautta / vammaa	25,0	21,5	14,5
Sairaus / vamma, ei häiritse	9,4	19,2	21,1
Häiritsevä sairaus / vamma	65,6	59,2	64,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 3,778$, $df = 4$, $p = 0.44$

Taulukko 6.3. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden naisten koettu toimintakyky omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Koettu toimintakyky	Naisten omat nettotulot		
	Alle 3 000 mk (n = 31)	3 000 - 4 000 mk (n = 128)	Yli 4 000 mk (n = 76)
Hyvä	19,4	24,2	35,5
Keskinkertainen	61,3	60,9	52,6
Huono	19,4	14,8	11,8
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 4,558$, $df = 4$, $p = 0.34$

Taulukko 6.4. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden naisten selviytyminen PADL-toiminnoista omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

PADL-toiminnoista selviytyminen	Naisten omat nettotulot		
	Alle 3 000 mk (n = 31)	3 000 - 4 000 mk (n = 128)	Yli 4 000 mk (n = 76)
Vaikeuksitta	38,7	37,5	47,4
On vaikeuksia	61,3	62,5	52,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 1,990$, $df = 2$, $p = 0.37$

Taulukko 6.5. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden naisten selviytyminen IADL-toiminnoista omien nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

IADL-toiminnoista selviytyminen	Naisten omat nettotulot		
	Alle 3 000 mk (n = 25)	3 000 - 4 000 mk (n = 97)	Yli 4 000 mk (n = 69)
Vaikeuksitta	16,0	27,8	27,5
On vaikeuksia	84,0	72,2	72,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 1,544$, $df = 2$, $p = 0.46$

LIITE 7

Taulukko 7.1. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten koettu terveydentila perheen nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Koettu terveydentila	Perheen nettotulot			
	Alle 5 700 mk		Vähintään 5 700 mk	
	Miehet (n = 44)	Naiset (n = 178)	Miehet (n = 84)	Naiset (n = 47)
Hyvä	13,6	21,3	22,6	31,9
Keskinkertainen	54,5	54,5	57,1	48,9
Huono	31,8	24,2	20,2	19,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
	Miehet:	$\chi^2 = 2,862, df = 2, p = 0.24$		
	Naiset:	$\chi^2 = 2,381, df = 2, p = 0.30$		

Taulukko 7.2. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolo ja häiritsevyys perheen nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Pitkäaikainen vamma / sairaus	Perheen nettotulot			
	Alle 5 700 mk		Vähintään 5 700 mk	
	Miehet (n = 44)	Naiset (n = 180)	Miehet (n = 84)	Naiset (n = 47)
Ei sairautta / vammaa	22,7	20,0	14,3	14,9
Sairaus / vamma, ei häiritse	27,3	18,3	27,4	17,0
Häiritsevä sairaus / vamma	50,0	61,7	58,3	68,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0
	Miehet:	$\chi^2 = 1,559, df = 2, p = 0.45$		
	Naiset:	$\chi^2 = 0,792, df = 2, p = 0.67$		

Taulukko 7.3. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten koettu toimintakyky perheen nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

Koettu toimintakyky	Perheen nettotulot			
	Alle 5 700 mk		Vähintään 5 700 mk	
	Miehet (n = 44)	Naiset (n = 177)	Miehet (n = 84)	Naiset (n = 47)
Hyvä	9,1	24,9	27,4	34,0
Keskinkertainen	68,2	62,1	59,5	46,8
Huono	22,7	13,0	13,1	19,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 6,558$, $df = 2$, $p = 0.04$

Naiset: $\chi^2 = 3,637$, $df = 2$, $p = 0.16$

Taulukko 7.4. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten selviytyminen PADL-toiminnoista perheen nettotulojen (mk/kk) mukaan vuonna 1996 (%).

PADL toiminnoista selviytyminen	Perheen nettotulot			
	Alle 5 700 mk		Vähintään 5 700 mk	
	Miehet (n = 44)	Naiset (n = 177)	Miehet (n = 85)	Naiset (n = 47)
Vaikeuksitta	36,4	40,1	60,0	40,4
On vaikeuksia	63,6	59,9	40,0	59,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 6,489$, $df = 1$, $p = 0.01$

Naiset: $\chi^2 = 0,002$, $df = 1$, $p = 0.97$

Taulukko 7.5. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten selviytyminen IADL-toiminnoista perheen (mk/kk) nettotulojen mukaan vuonna 1996 (%).

IADL-toiminnoista selviytyminen	Perheen nettotulot			
	Alle 5 700 mk		Vähintään 5 700 mk	
	Miehet (n = 28)	Naiset (n = 141)	Miehet (n = 55)	Naiset (n = 41)
Vaikeuksitta	21,4	27,0	50,9	22,0
On vaikeuksia	78,6	73,0	49,1	78,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 6,668$, $df = 1$, $p = 0.01$

Naiset: $\chi^2 = 0,414$, $df = 1$, $p = 0.52$

LIITE 8

Taulukko 8.1. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten jokapäiväistä elämää häiritsevän sairauden tai vamman olemassaolo ja häiritsevyyys koetun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996 (%).

Pitkäaikainen sairaus / vamma	Koettu taloudellinen tilanne			
	Tyydyttävä/huono		Hyvä	
	Miehet (n = 102)	Naiset (n = 167)	Miehet (n = 40)	Naiset (n = 88)
Ei sairautta / vammaa	19,6	16,8	15,0	22,7
Sairaus / vamma, ei häiritse	25,5	15,6	25,0	25,0
Häiritsevä sairaus	54,9	67,7	60,0	52,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 0,468$, $df = 2$, $p = 0.79$

Naiset: $\chi^2 = 6,001$, $df = 2$, $p = 0.05$

Taulukko 8.2. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten koettu toimintakyky koetun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996 (%).

Koettu toimintakyky	Koettu taloudellinen tilanne			
	Tyydyttävä/huono		Hyvä	
	Miehet (n = 102)	Naiset (n = 166)	Miehet (n = 40)	Naiset (n = 88)
Hyvä	13,7	22,3	37,5	35,2
Keskinkertainen	65,7	62,0	50,0	51,1
Huono	20,6	15,7	12,5	13,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 10,133$, $df = 2$, $p = 0.01$

Naiset: $\chi^2 = 4,929$, $df = 2$, $p = 0.09$

Taulukko 8.3. Jyväskyläläisten 1914- 3 syntyneiden miesten ja naisten selviytyminen PADL-toiminnoista koe-
 tun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996 (%).

PADL-toiminnoista selviytyminen	Koettu taloudellinen tilanne			
	Tyydyttävä/huono		Hyvä	
	Miehet (n = 100)	Naiset (n = 164)	Miehet (n = 38)	Naiset (n = 88)
Vaikeuksitta	50,0	36,0	68,4	45,5
On vaikeuksia	50,0	64,0	31,6	54,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 3,776$, $df = 1$, $p = 0.05$

Naiset: $\chi^2 = 2,157$, $df = 1$, $p = 0.14$

Taulukko 8.4. Jyväskyläläisten 1914-23 syntyneiden miesten ja naisten selviytyminen IADL-toiminnoista koetun taloudellisen tilanteen mukaan vuonna 1996 (%).

IADL-toiminnoista selviytyminen	Koettu taloudellinen tilanne			
	Tyydyttävä/huono		Hyvä	
	Miehet (n = 67)	Naiset (n = 136)	Miehet (n = 23)	Naiset (n = 68)
Vaikeuksitta	32,8	22,8	73,9	31,3
On vaikeuksia	67,2	77,2	26,1	68,7
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Miehet: $\chi^2 = 11,766$, $df = 1$, $p = 0.001$

Naiset: $\chi^2 = 1,722$, $df = 1$, $p = 0.20$