

Ikääntyvän väestön subjektiivinen terveys 15:ssä Euroopan maassa 2000-luvulla

Sosiaalipolitiikan
pro gradu -tutkielma

Laatija:
Arieli Pastila

12.5.2025
Turku

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Sosiaalipolitiikka

Tekijä: Arieli Pastila

Otsikko: Ikääntyvän väestön subjektiivinen terveys 15:ssä Euroopan maassa 2000-luvulla

Ohjaaja: professori Heikki Ervasti

Sivumäärä: 54 sivua

Päivämäärä: 12.5.2025

Eurooppalainen väestö vanhenee ja ihmiset elävät pidempään. Tämä aiheuttaa paineita hoivan, terveydenhuollon ja eläkkeiden järjestämiselle. Kuinka terveeksi Euroopan ikääntyvä väestö kokee itsensä? Lähestyn asiaa subjektiivisen eli koetun terveyden pohjalta. Subjektiivinen terveys on perusteltu lähestymistapa, koska se on monipuolinen terveyden mittari. Se on yhteydessä muun muassa kuolleisuuteen ja alhainen subjektiivinen terveys ennakoi suurempaa terveyspalveluiden tarvetta ikääntyvillä aikuisilla. Tutkielmani tarkastelee yli 50-vuotiaan väestön subjektiivisen terveyden muutosta ja siihen vaikuttaneita yksilötason sosiaalisia tekijöitä 15:ssä Euroopan maassa 2000-luvulla.

Tutkimusaineistona käytän European Social Survey -kyselyaineistoa, joka on kerätty kahden vuoden välein vuodesta 2002 vuoteen 2023. Maat on jaettu viiteen eri maaryhmään niiden maantieteellisen sijainnin ja historiallis-institutionaalisen kehityksen perusteella. Tutkimusmenetelmäni on hierarkkinen lineaarinen regressioanalyysi.

Tutkielman tulokset osoittavat, että ikääntyvän väestön subjektiivinen terveys on parantunut eniten Itä- ja Etelä-Euroopassa 2002–2023. Sen sijaan monissa Länsi- ja Pohjois-Euroopan maissa ikääntyvien koetun terveyden kehitys on ollut hyvin pientä tai olematonta. Koska ikääntyvien koettu terveys on kohentunut Etelä- ja Itä-Euroopassa samalla, kun kehitys on ollut vähäisempää muualla, eri maaryhmien väliset absoluuttiset erot ikääntyvien koetussa terveydessä ovat kaventuneet. Kehityskulusta huolimatta Itä- ja Etelä-Euroopan ikääntyvällä väestöllä on edelleen alhaisempi subjektiivinen terveys anglosaksisiin maihin verrattuna tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Keski-Euroopan ikääntyvä väestö kokee alhaisempaa terveyttä anglosaksisten maiden ikääntyvään väestöön verrattuna tilastollisesti melkein merkitsevästi. Pohjoismaiden ja anglosaksisten maiden ikääntyvien väestöjen välillä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa subjektiivisessa terveydessä. Taustatekijöiden vaikutuksia tutkittaessa naissukupuoli, toimeentulon vaikeudet, arkielämää rajoittava vamma tai sairaus, yksin asuminen sekä vähäinen ystävien ja sukulaisten tapaaminen ovat yhteydessä alhaisempaan koettuun terveyteen. Opiskeluvuosien määrä on yhteydessä korkeampaan subjektiiviseen terveyteen. Koettu terveys alenee iän myötä, mutta ei kuitenkaan lineaarisesti, vaan iän ja koetun terveyden välillä on U-kirjaimen muotoinen kurvilineaarinen suhde. Vuosina 2012–2023 ikääntyvät kokivat terveytensä paremmaksi vuoteen 2002 verrattuna. Maaryhmittäin tehdyssä tarkastelussa ikääntyvien naisten koettu terveys on alhaisempi kuin miehillä vain Etelä- ja Itä-Euroopassa. Etelä-Euroopassa ikääntyvät yksin asuvat eivät raportoineet alhaisempaa koettua terveyttä kumppanin ja lapsien kanssa asuviin verrattuna.

Tutkielmani tulokset ovat yhdenmukaisia aihetta käsittelevän aikaisemman tutkimuksen kanssa. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että riittäväällä toimeentulolla ja arkea rajoittavalla sairaudella tai vammalla on merkitystä ikääntyvän väestön subjektiiviselle terveydelle. Näin ollen näistä huolehtiminen tulisi olla myös vanhuspolitiikan painopiste. Riittävästä toimeentulosta ja terveydenhuollosta huolehtiminen tukevat myös WHO:n toimintakehystä muuttaa yhteiskuntia terveellistä ikääntymistä tukeviksi. Tulevissa tutkimuksissa tulisi tutkia ikääntyvän väestön subjektiivista terveyttä erityisesti maatasen muuttujilla, koska se ei ollut tämän tutkimuksen tavoitteena, ja jatkaa eurooppalaisen ikääntyvän väestön koetun terveyden kehityksen seuraamista.

Avainsanat: subjektiivinen terveys, ikääntyvä väestö, Eurooppa, hierarkkinen lineaarinen regressiomalli, kansainvälinen vertaileva tutkimus

Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
2	Subjekttiivinen terveys	4
3	Ikääntyvän väestön subjektiiiviseen terveyteen yhteydessä olevat tekijät	6
3.1	Sukupuoli	6
3.2	Sosioekonominen asema	8
3.3	Sosiaaliset suhteet	11
3.4	Subjektiiivisen terveyden vaihtelu maittain	13
4	Tutkimusasetelma	15
4.1	Tutkimuskysymykset	15
4.2	Aineisto	15
4.3	Muuttujat	17
4.4	Monitasoinen regressioanalyysi	22
5	Ikääntyvän väestön subjektiiivinen terveys Euroopassa	23
5.1	Ikääntyvän väestön subjektiiivisen terveyden kehitys maaryhmittäin vuosina 2002–2023	23
5.2	Taustatekijöiden vaikutus ikääntyvän väestön subjektiiiviseen terveyteen	27
6	Johtopäätökset	36
	Lähteet	39

1 Johdanto

Suomen ja Euroopan väestö vanhenee kovaa vauhtia. Varsinkin rikkaissa maissa vanhuskuolleisuus on laskenut erityisesti tupakoinnin vähenemisen ja sydän- sekä verisuonitautikuolleisuuden laskun seurauksena (Mathers, Stevens, Boerma, White & Tobias 2015). Samanaikaisesti ihmiset elävät nykyään pidempään, ja myös terveitä elinvuosia on enemmän (esim. Christensen, Doblhammer, Rau & Vaupel 2009). Eurostatin (2021) mukaan Euroopan Unionin vanhushuoltosuhteen keskiarvo oli 34,8 % vuonna 2020 ja sen ennustetaan nousevan 56,7 %:iin vuonna 2050. Vanheneva väestö asettaa yhteiskunnille haasteita monella eri tavalla. Ensinnäkin vanhuskuoleisuuden vähentäminen vaikeutuu, kun työvoima pienenee, mutta vanhuskuolleisuus kasvaa (Ince Yenilmez 2014). Toiseksi väestön vanhetessa terveyspalvelujen käyttö kasvaa, ja vanhuksien ovat riippuvaisia verovaroin rahoitetuista terveyspalveluista. Tämä asettaa paineita valtioille terveyspalvelujen kestävästi rahoituksen ja palveluntarjoamistapojen löytämiseksi (Cylus, Williams, Normand & Figueras 2020; Pammolli, Riccaboni & Magazzini 2012.) Kolmanneksi väestön vanhetessa julkisten eläkkeiden rahoitus on haastavampaa, koska monessa maassa eläkejärjestelmät perustuvat jakojärjestelmiin. Eläkkeiden turvaamiseksi eläkkeiden määrää voidaan joutua leikkaamaan, eläkeikää nostamaan tai lisäämään varsinkin työperäistä maahanmuuttoa. (esim. Bongaarts 2004.) On kuitenkin myös mahdollista, että väestön vanhenemiseen liittyvät yhteiskunnalliset seuraukset ovat liioiteltuja, koska väestön vanhenemisen luomiin ongelmiin voidaan puuttua maahanmuutto- ja työmarkkinapolitiikan keinoin (Marois, Bélanger & Lutz 2020).

Väestön ikääntyessä on käyty keskustelua myös terveellisestä ikääntymisestä (engl. *healthy aging*) tutkimuskirjallisuudessa ja politiikassa. WHO:n (2015, 28) raportin mukaan se tarkoittaa toimintakyvyn kehittämistä ja ylläpitoa, mikä mahdollistaa hyvinvoinnin vanhemmalla iällä. Terveellisen ikääntymisen omaksuminen edellyttää yhteiskunnallista panostusta, että ikääntyvälle väestölle saadaan luotua heitä tukeva ympäristö. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää muun muassa perustarpeiden turvaamiseen, taata pääsy terveys- ja sosiaalihuoltoon ja huolehtia siitä, että ikääntyvillä ihmisillä olisi mahdollisuus ylläpitää ja rakentaa sosiaalisia suhteita (WHO 2015). Toisaalta vastuu toimintakyvyn ylläpitämisestä on myös ikääntyvillä itsellään. Esimerkiksi ikääntyvien terveelliset elintavat vähentävät lääkärikäyntien sekä sairaalahoitoon joutumisen todennäköisyyttä eli terveellisillä elintavoilla on merkitystä sairaanhoitokustannusten lieventämisessä (Cantarero-Prieto, Pascual-Sáez & Lera 2020).

Väestön vanhetessa herää kysymys siitä, kuinka tervettä eurooppalainen ikääntyvien väestö on. Tämä pro gradu -tutkielma osallistuu vanhenemista koskevaan tutkimukseen ja yhteiskunnalliseen keskusteluun subjektiivisen terveyden käsitteen pohjalta. Subjektiivisella terveydellä (myös koettu tai itsearvioitu terveys) tarkoitetaan yksilön näkemystä tai arviota hänen omasta yleisterveydestään (esim. Monden 2014, 6423–6426). Subjektiivista terveyttä mitataan yleensä neljä- tai viisiportaisella asteikolla tai suhteessa muihin saman ikäisiin henkilöihin (esim. Jylhä 2009, 307–308). Subjektiivinen terveys on relevantti muuttuja ensinnäkin siksi, että alhainen subjektiivinen terveys ennakoii terveyspalvelujen korkeampaa käyttöastetta ikääntyvillä ihmisillä (Kurspahić-Mujčić, Čalkić & Sivić 2016; Tamayo-Fonseca ym. 2015; Manuti, Rizza, Pileggi, Bianco & Pavia 2013; Pappa & Niakas 2006). Toiseksi subjektiivinen terveys ennakoii kuolleisuutta (Jylhä 2009; Idler & Benyamini 1997). Kolmanneksi subjektiivinen terveys sopii hyvin ikääntyvien tutkimiseen (Helmer, Berberger-Gateau, Letenneur & Dartigues 1999) ja se on hyvinkin monipuolinen terveyden mittari (Benyamini 2011; Idler & Benyamini 1997).

Tutkin yli 50-vuotiaiden subjektiivista terveyttä 15:ssä Euroopan maassa. Tarkastelen juuri ikääntyvien ihmisten subjektiivista terveyttä eurooppalaisen väestön ikääntymisen takia. Toisaalta ikääntyvien terveyden tutkiminen on arvokasta itsessään. Käytän tutkimuksen empiirisenä aineistona European Social Survey (ESS) -aineistoa kaikilta kierroksilta eli vuosilta 2002–2023. Tutkimukseni tavoitteena on tarkastella, miten yli 50-vuotiaiden eurooppalaisten koettu terveys on kehittynyt 15 maassa 2000-luvulla, sekä missä määrin eri taustatekijät vaikuttavat koettuun terveyteen. Tarkoitukseni ei ole tutkia subjektiivisen terveyden eroja maiden välillä, vaan ensisijaisesti näkökulmani on yksilöiden väliset erot eri maissa.

Tutkimusasetelma on merkittävä myös siinä mielessä, että ESS keskittyy enemmän sosiaalisiin, eikä lääketieteellisiin tai objektiivisiin terveyden muuttujiin. Näin saadaan luotua myös erilaista tietoa kuin esimerkiksi Survey of Health Ageing and Retirement (SHARE) -aineistolla. Tutkimusasetelman tärkeyttä lisää myös se, että tarkastelussa on mukana enemmän maita kuin monessa aikaisemmassa tutkimuksessa (esim. Verropoulou 2009; Bardage ym. 2005). Lisäksi tietomme aiheesta on hyvä päivittää 2020-luvulle. Aiheesta ei myöskään ole yhtään viimeaikaista suomenkielistä tutkimusta.

Vanhempien aikuisten subjektiivista terveyttä käsittelevässä englanninkielisessä tutkimuskirjallisuudessa käytetään sanaa *elderly* riippumatta siitä, viitataanko sillä yli 65-

vuotiaisiin (esim. Sun ym. 2007), yli 60-vuotiaisiin (esim. Kumar & Pradhan 2019) vai yli 50-vuotiaisiin (esim. Cantarero-Prieto ym. 2020). Viitataan tähän laajaan yli 50-vuotiaiden ryhmään sanalla ikääntyvät, koska ensinnäkin se on suora käänös sanalle *elderly*, jolloin käsite on yhdenmukainen muun aihetta käsittelevän tutkimuksen kanssa. Toiseksi sanalla ikääntyvät on positiivisempi konnotaatio verrattuna esimerkiksi iäkkäisiin tai vanhuksiin, mutta samalle se kuitenkin viittaa elämäkulullisesti myöhempisiin ikävaiheisiin.

Tutkielmani rakenne on seuraava: Esittelen toisessa luvussa subjektiivisen terveyden käsitettä ja siihen liittyvää keskustelua aikaisemman tutkimuksen pohjalta. Kolmannessa luvussa esittelen keskeiset tekijät, joiden on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen. Aikaisempien tutkimustulosten analyysi on tärkeää, koska se ohjaa muuttujien valintaa tutkimusasetelmassa ja tarjoaa vertailupohjan tutkielman empiiristen tulosten tulkinnalle. Neljännessä luvussa esittelen tutkimusasetelman. Tämän jälkeen raportoin tutkielman empiirisen analyysin tulokset. Lopuksi vertailen tutkielman tuloksia aikaisempaan tutkimukseen ja pohdin, miten ikääntyvien subjektiivista terveyttä voitaisiin tukea tutkielman tulosten pohjalta.

2 Subjektiiivinen terveys

Subjektiiivinen terveys on mainio terveydentilan mittari ja sen mittaamisella on useita hyötyjä etenkin juuri ikääntyvien tutkimisessa. Ensinnäkin muuttuja on helppo kerätä ja se on positiivinen terveyden mittari toisin kuin esimerkiksi kuolleisuus. Toiseksi subjektiiivinen terveys huomioi myös yksilön mielenlaatua, kokemuksia sekä laajempaa hyvinvointia, koska subjektiiivista terveyttä mitattaessa kohdehenkilöt pääsevät refleктоimaan omaa terveyttään. Juuri tämä reflektio omasta elämästä ja terveydestä saattaa olla monelle ikääntyvälle relevantimpi kuin lääkärin tekemä diagnoosi kroonisesta taudista. (Helmer ym. 1999.) Aikaisemmissa tutkimuksissa on löydetty yhteys subjektiiivisen terveyden ja erilaisten biologisten indikaattoreiden, kuten hemoglobiini- sekä valkosoluarvojen (Jylhä, Volpato & Guralnik 2006), sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden (Mavaddat, Parker, Sanderson, Mant, Kinmoth & Kiechl 2014) ja kohonneen riskin sairastua syöpään (Riise, Riise, Natvig & Daltveit 2014) välillä. Subjektiiivinen terveys on relevantti muuttuja myös siinä mielessä, että tutkimus on todennut sen ennustavan kuolleisuutta jo usean vuosikymmenen ajan (Wuorela, Lavonius, Salminen, Vahlberg, Viitanen & Viikari 2020; Schnittker, Bacak & Noymer 2014; Jylhä 2009; DeSalvo, Bloser, Reynolds, He & Muntner 2006; Idler & Benyamini 1997). Yli 70-vuotiaita tutkittaessa on kuitenkin huomattu, että subjektiiivisellä terveydellä ei voida ennustaa kuolleisuutta yhtä tarkasti pitkällä aikavälillä (Lyyra, Leskinen, Jylhä & Heikkinen 2009; Lyyra, Heikkinen, Lyyra & Jylhä 2006).

Aikaisimpien tutkimusten perusteella ei voida varmuudella sanoa, miksi subjektiiivinen terveys ennakoi niin vahvasti kuolleisuutta ja sairastavuutta. Mahdollisia syitä voi olla useita. Yksi syy on se, että subjektiiivinen terveys onkin dynaaminen arvio terveydestä, jossa arvioidaan myös terveyden kehitystä. Toiseksi hyvä arvio omasta terveydestä vaikuttaa myös terveystyhtymiseen. Kolmanneksi subjektiiivinen terveys voi olla laajempi ja tarkempi muuttuja kuin on ajateltu. Arvio omasta terveydestä saattaa sisältää kaikki henkilön sairaudet ja oireet, sekä oireet, joita ei ole vielä edes diagnosoitu. Lopuksi subjektiiivinen terveys kuvastaa terveyteen liittyviä sisäisiä ja ulkoisia resursseja tai niiden puutetta, kuten koulutusta ja optimismia. Kaikki nämä näkemykset ovat saaneet myös tukea tutkimuksesta. (Benyamini 2011; Idler & Benyamini 1997.) Picard, Juster ja Sabiston (2013) kiteyttävät koetun terveyden luonteen hyvin toteamalla, että subjektiiivinen terveys on jotakin enemmän kuin vain osiensa summa.

Subjekttiivisen terveyden teoreettinen viitekehys oli ollut pitkään epäselvä. Jylhä (2009, 308) kritisoi subjektiivista terveyttä käsitteellisestä ja teoreettisesta epämääräisyydestä, sekä huonosta tiedon koonnista. Hän esittää oman mallinsa siitä, miten yksilö arvioi omaa terveyttään. Oman terveyden arviointi alkaa kulttuurisesta ja historiallisesta terveyden käsitteestä, joka on yhteydessä aikaan ja paikkaan. Sen jälkeen terveyttä verrataan aikaisempaan terveyteen ja toisiin samanikäisiin ihmisiin. Oman terveytensä huonoksi kokevat painottavat nykyistä tautiaan omaa terveyttään raportoidessaan, kun taas vähintään kohtalaiseksi terveytensä kokevat painottavat riskitekijöitä sekä positiivisia terveyden indikaattoreita (Benyamini, Leventhal & Leventhal 2003). Lopuksi henkilö valitsee edelliset tekijät huomioon ottaen häntä parhaiten koskevan vaihtoehdon. Luonnollisesti subjektiivisen terveyden lähtökohtana toimivat ihmisen biologinen sekä fysiologinen tila, joka selittää myös muuttujan yhteyttä kuolleisuuteen. Oleellisesti subjektiivisessa terveydessä on mukana myös tietoa omasta objektiivisesta terveydestä, jos diagnoosit ovat vastaajilla tiedossa. (Jylhä 2009.) Itse asiassa arvio omasta terveydestä saattaa sisältää jopa enemmän objektiivista tietoa kuin mitä on mahdollista sisällyttää esimerkiksi lääkärin teettämään kyselyyn (Benyamini 2011).

Oman terveyden raportoinnissa on kuitenkin myös eroja. Ensinnäkin paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on paremmat valmiudet raportoida omasta terveydestään. Erot korostuvat erityisesti maissa, missä sosioekonomiset erot ovat suuria. (Sen 2002.) Toiseksi yksilön suhteellisella taloudellisella asemalla paikallisesti on myös merkitystä subjektiivisen terveyden raportoinnin kannalta. Myös oman alueen sosioekonomisella kontekstilla on merkitystä yksilön subjektiiviselle terveydelle. (Baidin, Gerry & Kaneva 2021.) Lisäksi on muistettava, että huonossa sosioekonomisessa asemassa olevat osallistuvat epätodennäköisemmin kyselyaineistoihin, minkä seurauksena esimerkiksi alhainen koulutus saattaa ennakoida vielä alhaisempaa koettua terveyttä kuin mitä kyselyaineistoilla on osoitettu (Lorant, Demarest, Miermans & Van Oyen 2007). Tiedetään myös, että yli 80-vuotiaat ja huonotuloisemmat ovat optimistisempia subjektiivisen terveyden suhteen. On myös mahdollista, että terveellisesti elävät ovat hieman pessimistisempiä terveytensä suhteen. (Layes, Asada & Kephart 2012.)

3 Ikääntyvän väestön subjektiiviseen terveyteen yhteydessä olevat tekijät

Ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen liittyviä tekijöitä on paljon. Tässä tutkielmassa keskityn kuitenkin erityisesti yksilötason selittäviin muuttujiin, koska niitä on ensinnäkin tutkittu enemmän ja toiseksi tutkielman tavoitteena on tutkia subjektiiviseen terveyteen yhteydessä olevia yksilötason tekijöitä eri maissa. Tutkimuskirjallisuudessa useimmiten esiintyvät tärkeimmät yksilötason tekijät ovat sukupuoli, sosioekonominen asema ja sosiaaliset suhteet. Seuraavaksi esittelen yksityiskohtaisesti ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen liittyviä muuttujia. On olemassa tutkimusta myös muiden tekijöiden, kuten resilienssin (esim. Lau, Guerra, Barbosa, de Souza & Philips 2018) ja eläköitymisen (esim. Eibich 2015; Coe & Zamarro 2011), merkityksestä vanhusten subjektiiviselle terveydelle. Niitä ei voida kuitenkaan tällä aineistolla tutkia, joten sen takia jätän ne käsittelemättä tässä yhteydessä. Lopuksi käsittelen vielä lyhyesti subjektiivisen terveyden vaihtelua maittain, koska oman terveyden arviointi vaihtelee merkittävästi kulttuurin ja maan mukaan.

3.1 Sukupuoli

Naisten elinajanodote Euroopassa on keskimäärin noin viisi vuotta pidempi kuin miesten (Eurostat 2022). Yksi mahdollinen syy sille, miksi naiset elävät miehiä pidempään on se, että maskuliinisuutta koskevat yhteiskunnalliset odotukset johtavat miehiä omaksumaan terveydelle haitallisia tapoja. Esimerkiksi maskuliinisuuden tavoittelu saattaa johtaa tupakointiin ja huumaavien aineiden väärinkäyttöön. (Read, Gorman & Cook 2010; Courtenay 2000; Bird & Rieker 1999.) Samanaikaisesti myös tiedetään, että ikääntyvät naiset jäävät pois työelämästä usein miehiä aikaisemmin, ja yleisin syy tähän on huono terveys, johon vaikuttaa esimerkiksi työhön liittyvät rakenteelliset tekijät, kuten sukupuolten välinen palkkaero ja sukupuolittuneet työmarkkinat (Edge, Cooper & Coffey 2017). Naiset usein raportoivatkin subjektiivisen terveytensä alhaisemmaksi kuin miehet (esim. Dahlin & Härkönen 2013).

Syitä tähän voi olla useita. Ensinnäkin naiset saattavat ottaa laajemmin terveyteen liittyviä asioita huomioon arvioidessaan omaa terveyttään kuin miehet (Benyamini, Leventhal & Leventhal 2000), mutta toisen tutkimuksen mukaan eroja oman terveyden arvioimisessa sukupuolten välillä ei ole tai erot ovat ikäsidonniaisia (Zajacova, Huzurbazar & Todd 2017). Tutkimustulosten välillä on 17 vuotta, joten on mahdollista, että miesten terveystietoisuus on

kehittynyt 2000-luvun aikana. Toiseksi naisten työmarkkina- ja sosioekonominen asema on ollut historiallisesti miehiä heikompi (Schnittker 2007). Kolmanneksi usein naisten taakaksi jäävät kotityöt heikentävät myös naisten terveyttä (Boye 2011; Backhans, Lundberg & Månsdotter 2007). Lisäksi on mielenkiintoista, kuinka sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä syntyvät jo nuorena iässä (Torsheim, Ravens-Sieberer, Hetland, Välimaa, Danielson & Overpeck 2006). Toisaalta naisten usein laajemmat sosiaaliset verkostot kohentavat terveyttä, vaikka isot sosiaaliset verkostot voivat aiheuttaa myös stressiä (Read ym. 2010). Dahlinin ja Härkösen (2013) tutkimuksen mukaan sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä pienenevät niissä Euroopan maissa, missä sukupuolten tasa-arvo toteutuu parhaiten. Lisäksi sukupuolten väliset erot olivat pienempiä niissä maissa, missä inhimillisen kehityksen indeksi oli korkeampi. Sukupuolen tasa-arvon lisäksi myös maan kulttuurilla ja siellä harjoitetulla politiikalla on väliä (em.).

Sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä eivät kuitenkaan ole aivan kiistattomia. Yleisesti ottaen naiset raportoivat terveytensä alhaisemmaksi kuin miehet. Ero on suurimmillaan varhaisaikuisuudessa, mutta erot pienenevät, kunnes eroja ei ole enää huomattavissa keski-iässä. Keski-ian jälkeen naiset puolestaan raportoivat terveytensä jo paremmaksi kuin samanikäiset miehet. (Zajacova ym. 2017.) Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös toisessa tutkimuksessa. 59 maata sisältävän aineiston mukaan naisten subjektiivinen terveys on merkittävästi alhaisempi kuin miesten, mutta erot pienenevät yli 60-vuotiailla (Boerma, Hosseinpoor, Verdes & Chatterji 2016). Tutkimustulokseen vaikutti erityisesti erot kroonisissa vaivoissa, kuten masennuksessa. Tutkimuksessa oli mukana paljon muita kuin länsimaalaisia maita, missä sukupuolten tasa-arvo on vähäisempi, joten se saattaa selittää tutkimustulosta (em., vrt. Dahlin & Härkönen 2013). Zajacovan ym. (2017) sekä Boerman ym. (2016) havainnot saattavat selittää myös sen, miksi Leinonen, Heikkinen ja Jylhä (1998) eivät löytäneet viiden vuoden pitkäaikaistutkimuksessa miesten ja naisten välisiä eroja koetussa terveydessä, vaikka naiset raportoivat terveyden alentuneen miehiä useammin. Lisäksi tutkimus koski vain 75–80-vuotiaita yhdessä Suomen kaupungissa.

Pitkän aikavälin tarkastelussa erot subjektiivisessa terveydessä ovat kaventuneet (Schnittker 2007). On myös mahdollista, että sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä johtuvat syntymäkohorteista. Kun eroja tarkasteltiin syntymäkohorttien avulla vuodesta 1924 vuoteen 1973, eroja ei ole ollut kuin ensimmäisessä (1924–1933) syntymäkohortissa ja erot säilyivät myös, kun koulutus ja tulot otettiin huomioon. Naisten sosiaalisen aseman parantuessa ajan myötä sukupuolten väliset terveysterot ovat kaventuneet. (Etherington 2017.) Toisaalta

toisessa syntymäkohorttien kanssa tehdyssä tutkimuksessa ei havaittu merkittävää eroa koetussa terveydessä sukupuolten välillä. Syntymäkohortit olivat 1911–1937 ja 1938–1947. (Schaap ym. 2024.) Siltikin on SHARE-aineistolla havaittu, että 60–70-vuotiaiden naisten koettu terveys oli alhaisempi kuin miehillä sekä vuosina 2004–2006 että 2015, vaikka sosioekonomiset ja demografiset tekijät oli huomioitu. Eroja ei myöskään havaittu hyvinvointivaltioregiimien välillä. (Tur-Sinai, Paz & Doron 2022.)

On olemassa jonkin verran Aasiassa tehtyä tutkimusta sukupuolen yhteydestä ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen (esim. Jahangir & Sekher 2023; Muhammad & Maurya 2023; Singh, Arokiasamy, Singh & Rai 2013). Molemmissa intialaisissa tutkimuksissa todetaan, että ikääntyvät naiset raportoivat terveytensä alhaisemmaksi kuin miehet (em.). Samoin Etelä-Koreassa ikääntyvät naiset raportoivat terveytensä alhaisemmaksi kuin miehet (Jung ym. 2020). Intiassa ja Etelä-Koreassa saatua tulosta puolestaan saattaa selittää naisten ja miesten välinen epätasa-arvo (Dahlin & Härkönen 2013). Lisäksi yhden laajasti eri maissa tehtyjä tutkimuksia käsittelevän katsausartikkelin mukaan kahdeksasta tutkimuksesta kahdessa ikääntyvien naisten koettu terveys oli parempi kuin miehillä, kun taas neljässä artikkelissa ikääntyvät naiset kokivat terveytensä miehiä alhaisemmaksi. Näiden lisäksi yhdessä tutkimuksessa sukupuoli ei ollut tilastollisesti merkitsevä tekijä. Yhdessä tutkimuksessa saatiin tulokseksi, että sukupuoli ei ollut tilastollisesti merkitsevä tekijä Sloveniassa ja Yhdistyneessä kansakunnissa, mutta Liettuassa naissukupuoli oli yhteydessä matalampaan koettuun terveyteen. Näin ollen katsausartikkelin kirjoittajat eivät pidä sukupuolen vaikuttavan ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen täysin kiistattomasti. (Whitmore, Markle-Reid, Fisher, McAiney & Ploeg 2021.)

Aikaisempi tutkimus sukupuolieroista koetussa terveydessä ovat saaneet siis toisistaan poikkeavia tuloksia. Lähtökohtaisesti naisilla on miehiä heikompi koettu terveys, mutta erot pienenevät iän myötä. Siitä huolimatta, että erot pienenevät iän myötä, naisilla näyttäisi olevan miehiä alhaisempi koettu terveys myös vanhempana, mutta tulokset riippunevat maasta, kulttuurista ja aineistosta. Lisäksi koettu terveys alenee sekä naisilla että miehillä iän myötä (Schaap ym. 2024; Lampert, Schmidtke, Borgmann, Poethko-Müller & Kuntz 2018).

3.2 Sosioekonominen asema

On olemassa runsaasti tutkimusta terveyden gradientista. Tämä tarkoittaa sitä, että korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat ovat terveempiä ja elävät pidempään kuin alhaisemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat (esim. Elo 2009; Mackenbach ym. 2003; Mackenbach &

Kunst 1997). On myös näyttöä siitä, että terveyden gradientti on globaali ilmiö eli se havaitaan sekä kehittyneissä että kehittyvissä valtioissa (Babones 2010; Elo 2009; Smith & Goldman 2007). Terveyden gradientti näkyy myös ikääntyvillä subjektiivisessa terveydessä (Lai, Yu & Woo 2021; Enroth, Raitanen, Hervonen & Jylhä 2013; McFadden, Luben, Bingham, Wareham, Kinmonth & Khaw 2008). On kuitenkin saatu myös tutkimustuloksia, missä erot koetussa terveydessä pienenevät sosioekonomisten ryhmien välillä iän myötä ainakin joissain aineistoissa eli gradientti ei ole vanhemmilla ikäryhmillä niin vahva (Read, Grundy & Foverskov 2016; Smith 2004).

Sosioekonomisen aseman merkityksestä ikääntyvien subjektiiviselle terveydelle on olemassa runsaasti tutkimusta. Whitmoren ym. (2021) katsaustutkimuksessa sekä taloudellisella tilanteella että koulutuksella oli usein merkitystä ikääntyvien koetun terveyden kannalta. Myös toisen katsaustutkimuksen mukaan useissa tutkimuksissa on osoitettu tulojen, koulutuksen ja ammattiryhmän yhteys ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen (Read ym. 2016). Subjektiivisen terveyden sosioekonomisiin eroihin vaikuttavat materiaaliset, psykososiaaliset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät, mutta niistä tärkein on materiaaliset tekijät (Schmitz & Pförtner 2018; Moor, Spallek & Richter 2017). Syynä tähän lienee se, että materiaaliset tekijät vaikuttavat itsessään eniten subjektiiviseen terveyteen, mutta sen lisäksi materiaaliset tekijät vaikuttavat myös epäsuorasti käyttäytymiseen ja psykososiaalisiin tekijöihin (Schmitz & Pförtner 2018).

On löydetty näyttöä siitä, että köyhimpien ikääntyvien eläkkeiden korotus kasvattaa merkittävästi heidän subjektiivista terveyttään (Brenes-Camacho 2011). Lisäksi kokemus tulojen riittävydestä saattaa olla vielä tärkeämpää kuin koulutus subjektiivisen terveyden kannalta (Sulander, Pohjolainen & Karvinen 2012). Köyhyydessä elävien ikääntyvien subjektiivinen terveys on huomattavasti heikompi, ja köyhyydessä elävien miesten terveys oli vielä heikompi kuin naisten Pohjois-Irlantilaisen aineiston mukaan (Doebler & Glasgow 2017). On kuitenkin saatu myös tuloksia, joiden mukaan alhainen sosioekonominen asema vaikuttaa negatiivisemmin ikääntyvien naisten koettuun terveyteen kansainvälisessä aineistossa (Tur-Sinai ym. 2022). Doebler ja Glasgow (2017) selittävät tutkimustulosta miesten perinteisillä sukupuolirooleilla perheen elättäjänä, kun taas Tur-Sinai ym. (2022) ajattelevat tutkimustuloksen johtuvan siitä, että tietyt hyvinvointivaltioregiimit eivät tue naisten kaksoisroolia hoivaajina ja elättäjinä, vaikka naiset kokivat alhaisempaa terveyttä hyvinvointivaltioregiimistä riippumatta. Kuinka uskottavana selitystä voidaan toisaalta pitää,

kun Tur-Sinai ym. (2022) tutkivat 60–70-vuotiaita naisia, jolloin hoivaajan ja elättäjän roolit eivät ole välttämättä niin vahvoja kuin nuoremmilla naisilla.

Sosioekonominen asema on yhteydessä myös asuinympäristöön, vaikka sosioekonominen asema korreloi asuinympäristön kanssa vain lähinnä kaupungeissa (Xie, Hubbard & Himes 2020). Asuinympäristön yhteys koettuun terveyteen on havaittu useissa tutkimuksissa (esim. Kvorning, Nygaard, Srivarathan, Lau & Lund 2023; Bécares, Nazroo, Albor, Chandola & Stafford 2012; Poortinga, Dunstan & Fone 2008). Japanissa alueellinen deprivatio oli yhteydessä alentuneen koetun terveyden lisäksi myös alentuneeseen elämäntyytyväisyyteen (Oshio, Kimura, Nishizaki & Omori 2021). Lisäksi yhteys asuinympäristön ja subjektiivisen terveyden välillä näyttäisi säilyvän myös ikääntyviä tutkittaessa (Doebler & Glasgow 2017; Xiao, Berrigan & Matthews 2017; Subramanian, Kubzansky, Berkman, Fay & Kawachi 2006).

Koetun toimeentulon tarkastelu keskittyy usein nimenomaan vanhuksiin, koska tulot tyypillisesti vähenevät työelämän jälkeen (Cialani & Mortazavi 2020). Ikääntyvien koettuun toimeentulon riittävyyteen vaikuttavat useat tekijät, kuten tarpeet, henkilökohtaiset odotukset ja objektiiviset tulot. Myös ikä, terveys, sosiaalinen tuki ja sosioekonominen asema vaikuttavat toimeentulon riittävyyden kokemuksiin. (Hazelrigg & Hardy 1997.) Litwinin ja Sapirin (2009) mukaan koettuun toimeentulon riittävyyteen on yhteydessä eniten kotitalouden nettovarallisuus sekä työllisyystilanne. Ikääntyvät, joilla on samanlainen tulotaso, saattavat raportoida tulojensa riittävyyden eri tavalla omakohtaisten tulkintojen ja henkilökohtaisen elintason seurauksena (Hazelrigg & Hardy 1997). 80-vuotiaat ja sitä vanhemmat raportoivat useammin tulojensa riittävän hyvin, mutta on mahdollista, että kaikista iäkkäimmät eivät osaa tunnistaa taloudellista ahdinkoaan tai he aliarvioivat taloudellisia vaikeuksiaan (Litwin & Sapir 2009). On myös näyttöä siitä, että Venäjällä ja Kiinassa yli 50-vuotiaat kokevat tulojensa riittävän paremmin kuin 18–49-vuotiaat, mutta Intiassa ja Ghanassa on saatu päinvastaisia tuloksia (Gildner, Liebert, Capistrant, D’Este, Snodgrass & Kowal 2019).

Vanhuksilla tulotason lisäksi myös tulonlähteellä on merkitystä sen kannalta, kuinka riittäviksi tulot koetaan. Palomäki, Kuitto, Kuivalainen ja Riekhoff (2023) huomasivat, että tulot palkkatyöstä tai etuuksista olivat yhteydessä matalampaan koettuun tulojen riittävyyteen verrattuna eläkkeisiin. Pääomatulot olivat puolestaan yhteydessä korkeampaan koettuun tulojen riittävyyteen eläkkeisiin verrattuna. Tuloksia saattaa selittää se, että pääomatulot

pönkittävät autonomian tunnetta, kun taas esimerkiksi tarveharkintaiset sosiaalietyudet vähentävät sitä ja aiheuttavat epävarmuutta omasta toimeentulosta (em.).

Koetun toimeentulon merkitystä subjektiivisen terveyden kannalta on tutkittu runsaasti. Gildnerin ym. (2019) kaikissa kuudessa tutkimassa maassa vastaajien subjektiivinen terveys koheni koetun toimeentulon riittävyyden parantuessa. Italialaisella aineistolla huomattiin koetun toimeentulon olevan yhteydessä subjektiiviseen terveyteen, kun puolestaan objektiivisella tulotasolla ei ollut yhteyttä subjektiiviseen terveyteen (Cialani & Mortazavi 2020). Samoin Suomessa huomattiin, että sosioekonomisen aseman mittareista riittäväksi koettu toimeentulo ennusti vahvimmin hyvää koettua terveyttä (Nummela, Sulander, Heinonen & Uutela 2007). Ikääntyvät naiset raportoivat terveytensä alhaisemmaksi kuin miehet, vaikka koettu toimeentulon riittävyys on samalla tasolla (Muhammad & Maurya 2023). Koetun toimeentulon riittävyyden kokemuksen kohentuessa naisten koettu terveys kuitenkin nousee todennäköisemmin kuin miehillä (Cialani & Mortazavi 2020).

Koetun toimeentulon ohella on käytetty myös muita subjektiivisia taloudellisen tilanteen mittareita, kuten itsearvioitu taloudellista tilannetta sekä subjektiivista taloudellista tyytyväisyyttä. Muuttajat ovat kovin samanlaisia kuin koettu toimeentulo, mutta esittelen niillä saatuja tuloksia vielä erikseen tässä. Reyes Fernández, Rosero-Bixby ja Koivumaa-Honkanen (2016) tutkivat koetun terveyden ja koetun taloudellisen aseman yhteyttä masennukseen Costa Ricassa. Elämäntyytyväisyys oli välittävä muuttuja. Alhainen koettu terveys on yhteydessä alhaisempaan elämäntyytyväisyyteen, joka puolestaan johtaa masennusoireisiin. Hyvä itsearvioitu taloudellinen asema voi kuitenkin kompensoida alhaisen subjektiivisen terveyden aiheuttamaa elämäntyytyväisyyden laskua. Pu, Huang, Tang ja Chou (2011) puolestaan tutkivat subjektiivisen taloudellisen tyytyväisyyden sekä koulutuksen yhteyttä subjektiiviseen terveyteen, masennusoireisiin ja kuolleisuuteen keski-ikäisissä ja sitä vanhemmissa Taiwanissa. Alhainen subjektiivinen taloudellinen tyytyväisyys oli yhteydessä alhaiseen subjektiiviseen terveyteen ja erityisesti masennusoireisiin samoin kuin koettu toimeentulo. Voimakkain yhteys muuttajien välillä oli alhaisen koulutuksen omaavilla.

3.3 Sosiaaliset suhteet

Vanheneminen saattaa johtaa sosiaalisen verkoston kapenemiseen ja sosiaalisen kanssakäymisen vähenemiseen (Huxhold, Fiori & Windsor 2013). Samanaikaisesti iän karttuessa sosiaaliset suhteet tulevat tärkeämmiksi koetun terveyden kannalta varsinkin naisilla (Lee, Jang, Lee, Cho & Park 2008). Ikääntyvillä koetun terveyden ja sosiaalisen

kanssakäymisen välinen suhde on kehämäinen. Yhtäältä sosiaaliset suhteet parantavat koettua terveyttä, mutta toisaalta koettu terveys vaikuttaa myös sosiaalisen kanssakäymisen määrään. Ikääntyvät, joiden koettu terveys on hyvä, ylläpitävät todennäköisemmin sosiaalisia suhteitaan, ja se edelleen kohentaa koettua terveyttä. Kehämäisestä suhteesta huolimatta sosiaalisten suhteiden vaikutus koettuun terveyteen on suurempi kuin koetun terveyden vaikutus sosiaaliseen kanssakäyntiin. (Zhao, Kim, Moon & Nam 2023.)

Sosiaalisen verkoston koolla on myös merkitystä ikääntyvien koetulle terveydelle (Charonis, Kyriopoulos, Spanakis, Zavras, Athanasakis, Pavi & Kyriopoulos 2017; Youm ym. 2014; Huxhold ym. 2013). Mitä suurempi on sosiaalinen verkosto, sitä todennäköisempää on sosiaalisten suhteiden ylläpito. Suurempi sosiaalinen verkosto tarjoaa myös enemmän henkistä tukea, vaikka se ei välttämättä ole suoraan yhteydessä koettuun terveyteen. Sen sijaan sosiaalisen kanssakäymisen määrän ylläpito ja sen lisääminen on yhteydessä korkeaan koettuun terveyteen. (Huxhold ym. 2013.) Myös emotionaalisella läheisyydellä on merkitystä koetun terveyden kannalta (Youm ym. 2014). Sosiaalisissa verkostoissa voi kuitenkin olla eroja kulttuurien välillä. Esimerkiksi korealaisilla vanhuksilla on pienemmät, mutta tiheimmät sosiaaliset verkostot kuin ikääntyvillä Yhdysvalloissa. Yhteisötasolla (esimerkiksi naapurusto) eristyneissä yhteisöissä asuvilla on havaittu alhaisempaa koettua terveyttä. (em.)

Vaikka sosiaalisen verkoston merkitys koetulle terveydelle on hyvin osoitettu, ei yksinäisyys ole niin haitallinen tekijä koetulle terveydelle ikääntyvillä kuin mitä luulisi. Nummelan, Seppäsen ja Uutelan (2011) mukaan se, että tuntee yksinäisyyttä harvoin tai ei koskaan, ennakoii hyvää terveyttä myöhemmin etenkin ikääntyvillä naisilla. Toisen tutkimuksen mukaan yksinäisyys ei puolestaan ollut yhteydessä koettuun terveyteen myöhemmin, joten yhteys ei välttämättä ole aivan niin mustavalkoinen (Sol, Brauer & Antonucci 2023). Kolmannen tutkimuksen mukaan yksinäisyys on yhteydessä myöhemmin koettuun terveyteen vain vähän (Luo, Hawkey, Waite & Cacioppo 2012). Koetun terveyden ja yksinäisyyden välinen yhteys saattaa toimia toisinpäin; alhainen koettu terveys keski-ikäisenä saattaa kasvattaa yksinäisyyden riskiä vanhuudessa (Sol ym. 2023). Kolme erilaista pitkittäistutkimusta ovat antaneet erilaisia tuloksia. Syynä voi olla esimerkiksi maakohtaiset erot.

Vaikka on löydetty, että yksin asuvat raportoivat alhaisempaa terveyttä kuin perheen kanssa asuvat (Zheng & Ni 2025), ei yksin asuminen vanhalla iällä ei välttämättä ennakoii alhaista koettua terveyttä samalla tavalla kuin yksin asuminen keski-ikäisenä. Tätä selittää

todennäköisesti selviytymisharha eli henkilö asuu yksin, koska hänen terveytensä on ikäryhmänsä parhaimmista, mutta esimerkiksi puoliso on menehtynyt. (Henning-Smith & Gonzales 2020.) Toisaalta yksin asuminen vanhalla iällä saattaa ennakoita enemmän yksinäisyyttä, joka puolestaan saattaa ennakoita masennusta, mikä vaikuttaa negatiivisesti koettuun terveyteen (Luo ym. 2012; Sun ym. 2007).

3.4 Subjekttiivisen terveyden vaihtelu maittain

Subjekttiiviseen terveyteen ja sen arviointiin vaikuttavat kulttuurilliset erot, joten suoria kulttuurillisia vertailuja subjekttiivisen terveyden tasoista eri maiden välillä tulisi välttää (Jylhä, Guralnik, Ferrucci, Jokela & Heikkinen 1998). Maiden historia, ihmisten elintavat sekä sosiaaliset rakenteet vaihtelevat maittain ja kaikki nämä tekijät vaikuttavat siihen, miten ihmiset arvioivat omaa terveyttään (Bardage ym. 2005). Esimerkiksi subjekttiivinen terveys on alhaisempi Koreassa ja Japanissa verrattuna amerikkalaisiin, vaikka Japanissa ja Koreassa elinajanodote on pidempi kuin Yhdysvalloissa. Tulosta selittää se, että amerikkalaiset suhtautuvat omaan terveyteensä optimistisemmin. Lisäksi he uskovat pystyvänsä vaikuttamaan terveyteensä enemmän kuin korealaiset ja japanilaiset. (Choi & Miyamoto 2022.) Tämä havainnollistaa sitä, miten oman terveyden arviointi vaihtelee maakohtaisesti.

Toisaalta toisen tutkimuksen mukaan eri kulttuureista tulevat ihmiset myös ottavat paljon samoja asioita huomioon arvioidessaan terveyttään. Lapsuuden ja nuoruuden kokemusten myötä syntymäkohortilla voi olla oleellinen subjekttiivista terveyttä määrittävä tekijä. On myös muistettava, että ikääntyvillä taloudelliset tilanteet vaihtelevat suuresti sekä maiden välillä että maiden sisällä. (French ym. 2012.) Joka tapauksessa Jylhä (2009, 313) kiteyttää asian hyvin toteamalla, että subjekttiivista terveyttä tutkittaessa ei pidä olettaa, että ihmiset eri maissa arvioivat terveyttään samojen terveyden objektiivisten mittareiden kautta. Sen sijaan pitää tunnistaa, että oman terveyden arviot ovat aina riippuvaisia kontekstista.

Gómez-Costilla, García-Prieto ja Somarriba-Arechavala (2022) tutkivat vuoden 2015 SHARE-aineistolla yli 50-vuotiaiden subjekttiivista terveyttä 17 Euroopan maassa. Maat oli jaoteltu hyvinvointivaltiotypologian mukaisesti neljään eri kategoriaan. Itä- ja Etelä-Euroopan maissa asuvat ikääntyvät raportoivat terveytensä olevan alhainen todennäköisemmin kuin bismarckilaisissa ja sosiaalidemokraattisissa hyvinvointivaltioissa elävät. Samansuuntainen tulos on saatu myös aikaisemmassa tutkimuksessa, kun Tampereella asuvat vanhukset kokivat terveytensä paremmaksi kuin Pietarissa asuvat (Vuorisalmi, Pietilä, Pohjolainen & Jylhä 2008). Itä- ja Etelä-Euroopan maiden kehnempi terveys saattaa selittyä varallisuuseroilla

muuhun Eurooppaan verrattuna (Gómez-Costilla ym. 2022). Toisaalta entisten neuvostomaiden siirtyä markkinatalouteen Neuvostoliiton romahduksen jälkeen, ja sen aiheuttama julkisen terveyden heikentyminen ja sosiaalipoliittiset ongelmat saattavat edelleen vaikuttaa varsinkin vanhusten subjektiiviseen terveyteen (Deacon 2000).

On kuitenkin myös huomattava, että Euroopassa on useita eri kyselytutkimuksia, joilla subjektiivista terveyttä mitataan. Ikääntyvien koettu terveys saattaakin vaihdella kyselyn mukaan, vaikka kysymyksenasettelu ja vastausvaihtoehdot olisivat samanlaiset. Tutkimuksen mukaan SHARE-aineistossa on 6–10 prosenttiyksikköä enemmän 55–64-vuotiaita, jotka arvioivan oman terveytensä erittäin hyväksi tai hyväksi verrattuna EU-SILC- ja ESS-aineistoihin. Eroihin vaikuttavat esimerkiksi otoksen koko, vastausprosentti ja miten kyselyt on toteutettu. (Croezen, Burdorf & van Lenthe 2016.) Lisäksi merkitystä voi olla myös sillä, miten subjektiivista terveyttä koskevat vastausvaihtoehdot on muotoiltu. Jos omaa terveyttä koskevat vastausvaihtoehdot ovat erittäin hyvästä erittäin huonoon, toimii se huonommin eurooppalaisessa kontekstissa kuin vastausvaihtoehdot erinomaisesta huonoon (Jürges, Avendano & Mackenbach 2008).

4 Tutkimusasetelma

Tässä luvussa kuvailen tutkielman tutkimusasetelman. Aloitan tutkimuskysymyksillä, jotka ohjaavat aineiston, muuttujien ja menetelmän valintaa. Sen jälkeen esittelen aineiston, jolla tutkimus suoritetaan. Lopuksi kuvailen tutkimuksessa käytettävät muuttujat sekä tutkimusmenetelmän, millä tutkimuskysymyksiin vastataan. Tutkimusasetelma ei vaadi eettistä pohdintaa, koska tutkimuksessa käytetään julkisesti saatavilla olevaa ja anonyymiä aineistoa.

4.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia ikääntyvien subjektiivista terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä Euroopassa vuosina 2002–2023. Keskityn erityisesti yksilöiden välisiin eroihin eri maissa, enkä niinkään maiden välisiin eroihin. Tutkimuskysymysten tulee ottaa huomioon sekä yksilö- ja maatasontekijät että tutkimuksen ajallinen ulottuvuus.

Näiden tavoitteiden pohjalta olen muodostanut seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten ikääntyvien subjektiivinen terveys on kehittynyt Euroopassa 2002–2023? Onko subjektiivisen terveyden kehitys yhdenmukaista maiden välillä?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä ikääntyvien alhaisempaan subjektiiviseen terveyteen Euroopassa 2000-luvulla?

4.2 Aineisto

Tutkimuksessa käytän European Social Survey (ESS) -kyselyaineistoa. ESS on eurooppalainen tutkimusaineisto, jota on kerätty vuodesta 2001 lähtien. Aineisto kerätään kahden vuoden välein kasvotusten haastattelemalla. Jokaisella haastattelukierroksella valitaan aina uusi maata edustava poikkileikkausotos. (ESSa n.d.) Kysymykset koskevat asenteita, uskomuksia ja käyttäytymistä, minkä lisäksi kysytään erilaisia taustamuuttujia.

Kysymyspatteristossa on kysymyksiä, jotka toistuvat kierroksesta toiseen. Lisäksi jokaisella kierroksella on vaihtuva moduuli, jossa on tiettyyn teemaan liittyviä kysymyksiä. Vuodesta 2001 haastattelukierroksia on järjestetty yhteensä yksitoista. Hyödynnän kaikkien yhdentoista haastattelukierroksen tuloksia. Kaikkien haastattelukierrosten aineistot ovat julkisesti saatavilla ESS:n tutkimusportaalissa (ESS ERIC 2002; 2004; 2006; 2008; 2010; 2012; 2014;

2016; 2018; 2020; 2023). Näin tutkimuksen aineisto koostuu yhdestätoista poikkileikkausaineistosta.

Tutkimukseen mukaan otettavien maiden valinnan edellytyksenä oli, että maa oli osallistunut kaikille ESS:n haastattelukierroksille. Tämän valintakriteerin myötä tutkimuksessa on mukana yhteensä 15 maata. Maat ovat Belgia, Suomi, Ranska, Saksa, Unkari, Irlanti, Alankomaat, Norja, Puola, Slovenia, Espanja, Sveitsi, Portugali, Ruotsi ja Iso-Britannia. Painotus on pitkälti Keski- ja Länsi-Euroopan maissa, jonka takia mukana on vain muutamia Pohjois-, Itä- ja Etelä-Euroopan maita. Taulukossa yksi on esitetty yli 50-vuotiaiden vastaajien osuudet maittain (Taulukko 1). Lisäksi maat on luokiteltu analyysyjä varten viiteen eri kategoriaan. Suomi, Norja ja Ruotsi muodostavat yhden maaryhmän (Pohjoismaat), Espanja ja Portugali toisen (Etelä-Eurooppa), Unkari, Slovenia ja Puola kolmannen (Itä-Eurooppa), Irlanti ja Iso-Britannia (anglosaksiset maat) neljännen. Viimeinen kategoria (Keski-Eurooppa) on isoin ja siihen kuuluvat Keski-Euroopan maat Belgia, Ranska, Saksa, Alankomaat ja Sveitsi. Sloveniaa voisi pitää myös Keski-Euroopan maana maantieteellisesti, mutta päädyin sisällyttämään sen Itä-Euroopan maita kuvaavaan ryhmään. Unkarille, Slovenialle ja Puolelle on yhteistä maiden sosialistiset taustat, vaikka Slovenia ei ole varsinainen entiseen itäblokkiin kuulunut maa.

Taulukko 1. Yli 50-vuotiaiden vastaajien jakaumat maittain vuosina 2002–2023

Valtio	N	%
Belgia	8257	6,2 %
Sveitsi	7748	5,8 %
Saksa	17015	12,7 %
Espanja	8873	6,6 %
Suomi	9701	7,2 %
Ranska	9146	6,8 %
Iso-Britannia	9765	7,3 %
Unkari	8091	6,0 %
Irlanti	8611	6,4 %
Alankomaat	8422	6,3 %
Norja	7025	5,2 %
Puola	7881	5,9 %
Portugali	8548	6,4 %
Ruotsi	8505	6,4 %
Slovenia	6324	4,7 %
Yhteensä	133 910	100,0 %

ESS:n kymmenes kierros toteutettiin aineiston maista Saksassa, Puolassa, Espanjassa ja Ruotsissa itsenäisesti täytettävänä verkkokyselynä kasvotusten järjestettyjen haastattelujen sijaan. Kyselytavan muutos johtui koronavirustaudin aiheuttamasta olosuhteiden muutoksesta, jonka seurauksena kaikissa maissa ei pystytty järjestämään haastattelutuokioita. (ESSb n.d.) Vastausmuodon muutos saattaa vaikuttaa myös vastauksiin. Esimerkiksi netissä vastaavat saivat korkeammat masennusta mittaavat pisteet, ja he myös kertoivat liikkuvansa enemmän kuin kasvotusten haastatellut. Yksi syy voi olla se, että kasvotusten ei tahdota myöntää haasteita esimerkiksi mielenterveyden kanssa. (Cernat, Couper & Ofstedal 2016.) Toisessa tutkimuksessa huomattiin vastausmuodon vaikuttavan samansuuntaisesti terveystietoisuudesta ja sosiaalisia suhteita mittaviin kysymyksiin (Christensen, Ekholm, Glümer & Juel 2014). Koska tässä tutkimuksessa tutkitaan terveyteen liittyviä kysymyksiä, voidaan olettaa vastaustavan muutoksen neljässä maassa vuonna 2020 aiheuttavan mittausharhaa aineistoon.

4.3 Muuttujat

Tässä käytettävät ESS-kierrokset kattavat vuodet 2002–2023. Olen valinnut tutkielmassa käytettävät taustamuuttujat kahdella kriteerillä. Ensinnäkin niiden tulee olla teoreettisesti relevantteja ja toiseksi kysymykset, mistä muuttujat on johdettu, on täytynyt kysyä jokaisella ESS-kierroksella. Onneksi melkein kaikkia relevantteja muuttujia on kysytty jokaisella ESS-kierroksella. Poikkeuksena on subjektiivinen sosiaalinen asema, joka on aikaisemman tutkimuksen mukaan objektiivisten sosioekonomisen aseman mittareiden lisäksi hyvinkin merkittävästi yhteydessä ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen (Zou, Xiong & Xu 2020; Präg, Mills & Wittek 2016; Marques, Swift, Vaclair, Lima, Bratt & Abrams 2015; Adler, Singh-Manoux, Schwartz, Stewart, Matthews & Marmot 2008). Subjektiivista sosioekonomista asemaa on kysytty vain kahdella ESS-kierroksella, joten olen tehnyt tässä päätöksen olla sisällyttämättä sitä taustamuuttujana analyysissäni. Näin kaikkien muuttujien ja maiden valinnat säilyvät johdonmukaisina, kun muuttujista on dataa jokaiselta ESS-kierrokselta kaikista 15 maasta.

Selitettävänä muuttujana on subjektiivinen terveys, jota on kysytty kaikilla ESS-kierroksilla kysymyksellä ”Mikä on terveydentilasi yleisesti ottaen?”. Vastausvaihtoehdot ovat yhdestä viiteen ”Erittäin hyvä”, ”Hyvä”, ”Kohtuullinen”, ”Huono” ja ”Erittäin huono”. Aineistossa yksi on alun perin edustanut erittäin hyvää ja viisi erittäin huonoa subjektiivista terveyttä,

mutta olen uudelleen koodannut muuttujan niin, että yksi edustaa erittäin huonoa ja viisi erittäin hyvää subjektiivista terveyttä.

Ikä on tutkimuksen kannalta hyvin relevantti muuttuja. Ikääntyvillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yli 50-vuotiaita. Ikääntyvien rajausta yli 50-vuotiaisiin on perusteltua, koska näin otoksesta saadaan riittävän suuri ja toiseksi aikaisemmissa tutkimuksissa on myös käytetty samanlaista rajausta (esim. Gómez-Costilla ym. 2022; Gildner ym. 2019; Verropoulou 2012). Ikää on luontevaa käsitellä jatkuvana muuttujana. Tutkimusaineistossa (vain yli 50-vuotiaat) iän keskiarvo on 65 vuotta. Ikää kuvaava muuttuja on keskitetty 65 ikävuoden perusteella. Iän ohella analyyseissä käytetään iän neliötä, jolla voidaan tavoittaa iän mahdollisia kurvilineaarisia vaikutuksia koetulle terveydelle. Iän tunnusluvut yli 50-vuotiaiden osalta näkyvät taulukossa 2 (Taulukko 2). Aineistossa on kaksi ihmistä, jotka ovat raportoineet olevansa 123-vuotiaita. Vaikka tämä on epätodennäköistä, en ole poistanut havaintoja, koska lähtökohtaisesti ESS-tutkimusportaalista ladatun datan pitäisi olla siistittyä. Koska havaintoja ei ole aikaisemmassa vaiheessa poistettu, en poista niitä myöskään tässä itse.

Sosioekonomisen aseman merkitystä käsiteltiin jaksossa 3.2. Sosioekonomista asemaa mittaa tässä kaksi muuttujaa. Ensimmäinen on koettu toimeentulo, jota on mitattu kysymyksellä ”Mikä kortilla olevista kuvauksista on lähimpänä sitä, minkälaiset kotitaloutesi tulot ovat tällä hetkellä?”. Vastausvaihtoehdot ovat ”Nykyisillä tuloilla elää mukavasti”, ”Nykyisillä tuloilla tulee toimeen”, ”Nykyisillä tuloilla on vaikeuksia tulla toimeen” ja ”Nykyisillä tuloilla on hyvin vaikea tulla toimeen”. Muuttuja on koodattu uudelleen niin, että kategorioita on vain kaksi. ”Nykyisillä tuloilla elää mukavasti” ja ”Nykyisillä tuloilla tulee toimeen” on yhdistetty yhdeksi kategoriaksi ja ”Nykyisillä tuloilla on vaikeuksia tulla toimeen” sekä ”Nykyisillä tuloilla on hyvin vaikea tulla toimeen” on yhdistetty toiseksi kategoriaksi.

Taulukko 2. Jatkuvien muuttujien tunnusluvut yli 50-vuotiaille vuosina 2002–2023

	N	Min.	Max.	Keskiarvo^a
Koulutusvuodet	131 803	0,00	76,00	11,44 (4,43)
Ikä	133 757	51,00	123,00	65,17 (9,958)

^a = Suluissa keskihajonta

Koulutusta mittaa koulutusvuodet, mitä on kysytty kysymyksellä ”Kuinka monta vuotta yhteensä olet ollut koulussa tai opiskelemassa kokopäiväisesti tai osa-aikaisesti?”.

Vaihtoehtoisesti tässä olisi voinut käyttää myös henkilön korkeinta koulutusastetta, mutta koulutusjärjestelmät vaihtelevat merkittävästi maiden välillä. Lisäksi joissain maissa

käytetään yksinkertaistettuja maakohtaisia koulutusmuuttujia, jonka seurauksena mittausharhan riski on suuri (Schneider 2010). Toisaalta koulutusvuosien määrä ei kerro suoraan henkilön koulutusasteesta. Koska koulutusvuosia kuvaava muuttuja on aineiston ainoa jatkuva muuttuja iän kanssa, on sen tunnusluvut esitelty taulukossa kaksi (Taulukko 2). Myös koulutusvuosia kuvaava muuttuja on keskitetty muuttujan keskiarvon (11,44) mukaan.

Useissa tutkimuksissa käytetään vastaajan laillista siviilisäätystä (esim. Demakakos, Nazroo, Breeze & Marmot 2008; Nummela ym. 2007 Bardage ym. 2005) tai onko yleisesti ottaen kumppania (French ym. 2012) taustamuuttujana. Vaikka sekä siviilisäädyllä että asumisjärjestelyillä on merkitystä subjektiivisen terveyden kannalta (Saha, Rahaman, Mandal, Biswas & Govil 2022), on mielestäni parempi käyttää aina yksityiskohtaisempaa muuttujaa, jos mahdollista. Tämän takia olen päättänyt käyttämään perherakenteesta kertovaa muuttujaa. ESS:n kysymyspatteristossa ei suoraan kysytä vastaajan perherakenteesta. Vastaajalta kysytään kotitaloudessa asuvien lukumäärä sekä heidän suhteensa vastaajaan. Näiden muuttujien pohjalta olen muodostanut uuden, perherakennetta edustavan muuttujan, missä on eroteltu yksin asuvat, kumppanin kanssa asuvat, kumppanin ja yhden tai useamman lapsen kanssa asuvat ja yksinhuoltajat. Aineistossa oli kuitenkin vain vähän yli 50-vuotiaita yksinhuoltajia (N = 7678, 5,9 %), jonka takia yksinhuoltajat on luokiteltu samaan kategoriaan yksin asuvien kanssa. Olen käyttänyt muuttujan koodaamisessa apuna tekoälyä kertomalla tekoälylle alkuperäisten muuttujien ominaisuudet ja ongelmani, kun en saanut omaa koodiani toimimaan oikein. Esimerkiksi joitakin tapauksia saattoi mennä virheellisesti useaan eri kategoriaan. Tekoälyltä sain lopulta idean käyttää apuna binäärisiä apumuuttujia lapsi ja kumppani. Muuttuja on siis koodattu sen perusteella, onko kotitaloudessa lapsia tai kumppania tai ei kumpikaan. Koska muuttujan koodaus perustuu ainoastaan kumppaniin ja lapsiin, on mahdollista, että kategorioihin on tullut joitakin tapauksia, missä esimerkiksi lapsiperheessä asuu myös vastaajan muu perheenjäsen tai tuttava.

Kroonisten kipujen ja sairauksien määrä kasvaa iän karttuessa (esim. Tsang ym. 2008). Ne saattavat häiritä arkielämää usealla eri tavalla. Kyselyaineistoissa yleensä kysytään, onko heillä ongelmia erilaisten arkielämän monotoristen ja kognitiivisten askareiden kanssa (Yoshimitsu, Tabira, Kubota, Ikeda, Inoue & Akasaki 2017; Vuorisalmi ym. 2008).

Vaikeudet jokapäiväisten askareiden kanssa ovat tyypillisesti yhteydessä alhaisempaan koettuun terveyteen (Kumar & Pradhan 2019). ESS:n kysymyspatteristossa muuttujaa on kysytty kysymyksellä ”Vaikeuttaako päivittäistä elämääsi jokin pitkäaikainen sairaus, vamma tai mielenterveyden ongelma?”. Vastausvaihtoehdot ovat ”Kyllä, paljon”, ”Kyllä, jossain

määrin” ja ”Ei”. Toisin kuin eräissä muissa kysymyspatteristoissa, ESS:n kysymys ei kuitenkaan kysy tarkemmin minkäläisten askareiden kanssa vastaajalla on ongelmia. Tämä saattaa johtaa siihen, että vastaajat tulkitsevat päivittäisen elämän askareen eri tavoilla.

Viimeinen selittävä muuttuja mittaa sitä, kuinka usein vastaajalla on sosiaalista kanssakäymistä. Asiaa on kysytty kysymyksellä ”Kerro kuinka usein tapaat ystäviäsi, sukulaisiasi tai työtovereitasi muuten kuin työasioissa?” Vastausvaihtoehdot ovat ”En koskaan”, ”Harvemmin kuin kerran kuukaudessa”, ”Kerran kuukaudessa”, ”Useita kertoja kuukaudessa”, ”Kerran viikossa”, ”Useita kertoja viikossa” ja ”Päivittäin”. Oman kotitalouden jäseniä ei lasketa kysymykseen vastattaessa. Vuodesta 2012 on kysytty myös, kuinka monen henkilön kanssa vastaaja voi keskustella kaikkien henkilökohtaisimmistakin asioista. Muuttuja on kuitenkin tässä yhteydessä käyttökelvoton, koska sitä ei ole kysytty jokaisella ESS-kierroksella. Näin ollen sosiaalisia suhteita mittaa vain tämä yksi muuttuja. Kaikkien kategoristen muuttujien vastaajamäärät ja -osuudet vuosilta 2002–2023 on esitetty taulukossa kolme (Taulukko 3). Mukana on vain yli 50-vuotiaat vastaajat.

Taulukko 3. Selitettävän muuttujan ja kategoristen selittävien muuttujien jakaumat vuosina 2002–2023

Muuttuja	Kategoria	N	%	N yhteensä
Subjekttiivinen terveys	Erittäin huono	2 927	2,2 %	133 757
	Huono	13 724	10,3 %	
	Kohtalainen	46 266	34,6 %	
	Hyvä	53 678	40,1 %	
	Erittäin hyvä	17 161	12,8 %	
Sukupuoli	Mies	62 107	46,4 %	133 756
	Nainen	71 649	53,6 %	
Vuosi	2002	11 523	8,6 %	133 757
	2004	11 288	8,4 %	
	2006	11 956	8,9 %	
	2008	11 914	8,9 %	
	2010	11 843	8,9 %	
	2012	12 887	9,6 %	
	2014	12 227	9,1 %	
	2016	12 223	9,1 %	
	2018	11 524	8,6 %	
	2020	14 919	11,2 %	
	2023	11 453	8,6 %	

Taulukko 3 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 3. Jatkuu edelliseltä sivulta

Muuttuja	Kategoria	N	%	N yhteensä		
Päivittäistä elämää vaikeuttava vamma tai sairaus	Kyllä, paljon	13 708	10,3 %	133 613		
	Kyllä, jossain määrin	36 799	27,5 %			
	Ei	83 106	62,2 %			
Koettu toimeentulo	Nykyisillä tuloilla tulee toimeen	106 753	81,1 %	131 582		
	Nykyisillä tuloilla on vaikea tulla toimeen	24 829	18,9 %			
Kuinka usein tapaa ystäviä, perhettä ja työkavereita	Ei koskaan	3 735	2,8 %	133 579		
	Vähemmän kuin kerran kuukaudessa	12 664	9,5 %			
	Kerran kuukaudessa	13 927	10,4 %			
	Useita kertoja kuukaudessa	28 010	21,0 %			
	Kerran viikossa	24 483	18,3 %			
	Useita kertoja viikossa	34 180	25,6 %			
	Päivittäin	16 580	12,4 %			
	Asumismuoto	Asuu yksin	38 306		29,4 %	130 263
		Asuu kumppanin kanssa	64 345		49,4 %	
Asuu kumppanin ja yhden tai useamman lapsen kanssa		27 612	21,2 %			

4.4 Monitasoinen regressioanalyysi

Koska ESS-kyselyihin vastaajat kuuluvat tiettyyn maahan, on aineisto klusteroitunut. Klusteroitunut data yleensä tarkoittaa sitä, että aineiston tutkimiseen tulisi käyttää monitasomallia. On kuitenkin myös mahdollista, että maiden välistä vaihtelua ei ole, jolloin aineistoa voisi tutkia myös normaalilla regressiomallilla. Maiden välinen vaihtelu lasketaan sisäkorrelaatiolla (ICC, *intraclass correlation coefficient*), joka lasketaan tyhjällä monitasomallilla ilman yksilö- ja maakohtaisia muuttujia. Tässä aineistossa sisäkorrelaatio oli 10,4 %. Tulos tarkoittaa sitä, että 10,4 % koetun terveyden vaihtelusta selittyy maakohtaisilla eroilla. Tämä myös tarkoittaa sitä, että regressiomallina tulisi käyttää monitasomallia. Jos ICC on yli 5 %, on aineistossa jo kohtalaisesti maiden välistä vaihtelua, jolloin tulisi käyttää monitasomallia (Sommet & Morselli 2021). Marques ym. (2015) saivat ESS:n neljännen kierroksen datalla sisäkorrelaatioksi 20 %, joten tässä maakohtaista vaihtelua on jonkin verran vähemmän. On kuitenkin huomattava, että tulokset eivät ole aivan vertailukelpoisia, koska valitut maat olivat erilaisia ja lisäksi tutkimus koski vain yli 70-vuotiaita.

Monitasomallia käytettäessä pitäisi hyödyntää myös maakohtaisia muuttujia. Tässä olen kuitenkin tehnyt päätöksen olla käyttämättä muita maatasoon muuttujia kuin aikaisemmin kuvattua viisiluokkaista maaryhmämuuttujaa. Syitä tähän on kaksi. Ensinnäkin maakohtaisten muuttujien, kuten bruttokansantuotteen, sosiaalikulutuksen ja gini-kertoimen, hakeminen viidelletoista maalle yhtenätoista eri ajankohtana olisi hyvin haastavaa, eikä välttämättä tarkoituksenmukaista ottaen huomioon, että kyseessä on opinnäytetyö. On myös mahdollista, että työssä olisin joutunut tekemään paljon kompromisseja, jos jotkut tiedot eivät olisi olleet saatavilla tietynä vuonna tietyille maalle. Lisäksi ei ole tarpeeksi näyttöä siitä, että kaikki yllä mainitut maatasoon tekijät olisivat yhteydessä ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen, vaikka esimerkiksi korkea gini-kerroin (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz, Navarro-Lopez & Aguilar-Palacio 2022; Feng, Wang, Jones & Li 2012) ja bruttokansantuote per asukas (Olsen & Dahl 2007) on ollut joissain tutkimuksissa yhteydessä koettuun terveyteen. Toiseksi ei ole aivan ennenkuulumatonta käyttää vain yhtä maakohtaista muuttujaa monitasomallissa. Esimerkiksi Gómez-Costilla ym. (2022) käyttivät kohtalaisen samanlaista maaryhmämuuttujaa kuin minä. Tutkimuksen maat oli jaoteltu ryhmiin hyvinvointivaltioregiimin mukaan. Vaikka itse luokittelen maat pikemminkin maantieteellisen sijainnin perusteella, poikkileikkaavat maiden maantieteelliset sijainnit myös niiden hyvinvointivaltioregiimien ja historiallis-institutionaalisen kehityksen kanssa. Näin ollen keskityn tässä tutkimaan yksilöiden välisiä eroja subjektiivisessa terveydessä eri maissa.

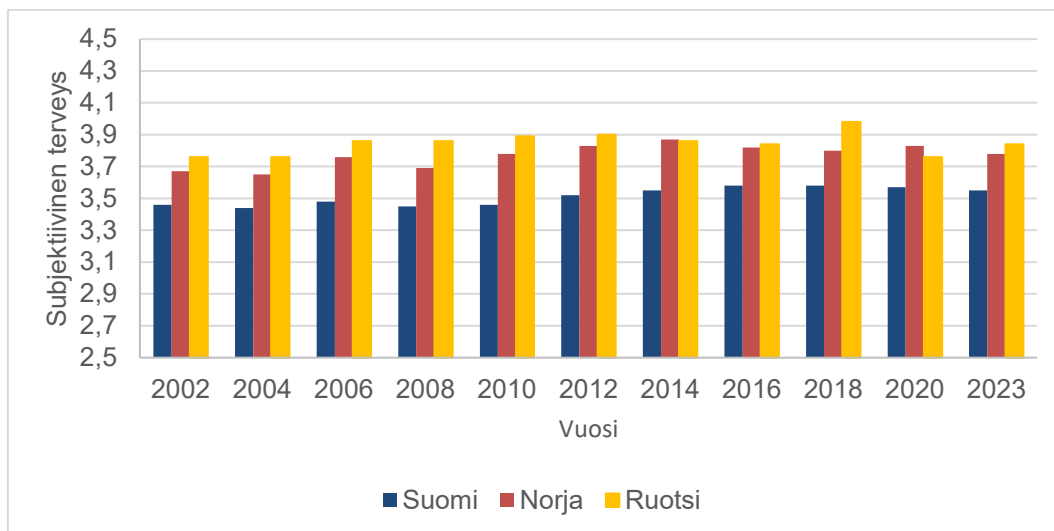
5 Ikääntyvän väestön subjektiivinen terveys Euroopassa

Aloitin tutkimusten tulosten esittelyn maakohtaisilla aikasarjoilla koetun terveyden kehityksestä vuodesta 2002 vuoteen 2023. Mukana on ainoastaan yli 50-vuotiaat. Yli 50-vuotiaiden vastausten perusteella on laskettu vuosittain maakohtainen keskiarvo, joita vertailen. Sen jälkeen jaksossa 5.2. esittelen hierarkkisella lineaarisella regressiomallilla saadut tulokset. Kaikissa analyyseissa on käytetty PSP-painoa, joka korjaa sekä erilaisten otantakehikoiden aiheuttamia vääristymiä eri maissa että vastauskadon aiheuttamaa virhettä (ESSc n.d.). Tilastolliset analyysit on tehty SPSS 29 -ohjelmistolla.

5.1 Ikääntyvän väestön subjektiivisen terveyden kehitys maaryhmittäin vuosina 2002–2023

Tutkimuksessa mukana olevista Pohjoismaista yllättäen Ruotsissa ikääntyvien subjektiivinen terveys on ollut parasta tutkimusajanjakson aikana muutamaa ESS-kierrosta lukuun ottamatta (Kuvio 1). Tyypillisesti Norjassa subjektiivinen terveys on Euroopan parhaimmista koko väestön tasolla (Olsen & Dahl 2007), mutta tässä aineistossa ruotsalaisen ikääntyvän väestön terveys on parempi kuin norjalaisilla ikääntyvillä. Huomionarvoista Ruotsin kohdalla on myös iso hyppy vuoden 2016 arvosta vuoden 2018 arvoon sekä iso lasku vuonna 2020. Varsinkin vuonna 2020 tapahtunutta laskua voi selittää yhtäältä se, että vuonna 2020 ESS-kysely toteutettiin Ruotsissa nettikyselynä, vaikka Christensenin ym. (2014) tuloksia mukaillen sen pitäisi pikemminkin nostaa koetun terveyden tasoa kuin laskea sitä. Suomen osalta ikääntyvien subjektiivinen terveys on hieman kohentunut vuodesta 2002 vuoteen 2023. Suomalaisen ikääntyvien koettu terveys on pitkälti keskieuropalaista tasoa (vrt. Kuvio 3). Se on hieman parempi kuin Rankassa, Saksassa ja Sloveniassa, mutta toisaalta se jää hieman jälkeen esimerkiksi Alankomaiden, Belgian ja Sveitsin tasosta.

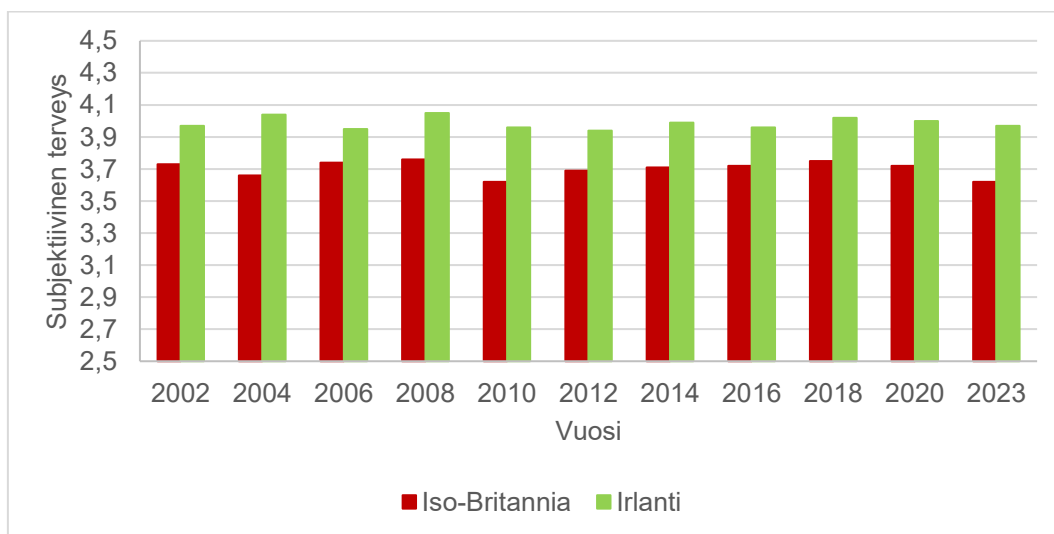
Kuvio 1. Yli 50-vuotiaiden subjektiivinen terveys Pohjoismaissa 2002–2023



1= Erittäin huono 5 = Erittäin hyvä subjektiivinen terveys

Anglosaksisissa maissa yli 50-vuotiaiden koetun terveyden keskiarvo on Euroopan parhaimmistoa (Kuvio 2). Irlannissa ikääntyvien koettu terveys on Euroopan huippua Sveitsin ja Ruotsin kanssa. Myös Iso-Britanniassa ikääntyvien koetun terveyden taso on muihin maihin verrattuna hyvä, vaikkei se aivan ole Euroopan huippua. Kummassakaan maassa ikääntyvien koettu terveys ei ole merkittävästi kehittynyt tai laskenut vuodesta 2002 vuoteen 2023. Molemmissa maissa tulokset hieman nousevat ja laskevat edestakaisin. Vaihtelu on ollut isompaa Iso-Britanniassa, kun taas Irlannissa vuosittaiset muutokset eivät ole olleet aivan niin isoja.

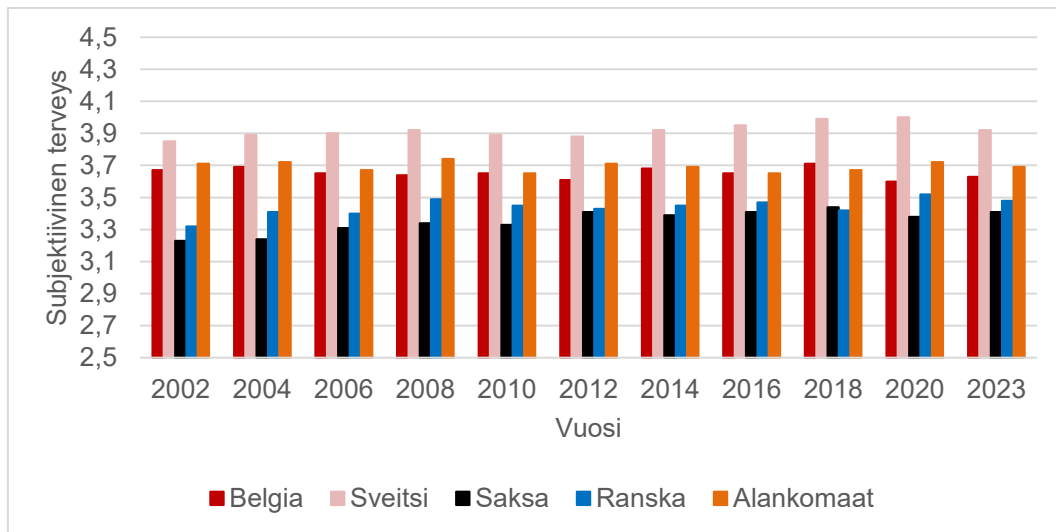
Kuvio 2. Yli 50-vuotiaiden subjektiivinen terveys Iso-Britanniassa ja Irlannissa 2002–2023



1 = Erittäin huono 5 = Erittäin hyvä subjektiivinen terveys

Keski-Euroopan maista Sveitsissä ikääntyvien koettu terveys on parasta (Kuvio 3). Sveitsin jälkeen Belgia ja Alankomaat ovat kohtalaisen tasoissa. Missään näissä kolmessa maassa ei ole tapahtunut merkittävää kehitystä tai tason laskua 2002–2023. Sen sijaan Saksassa ikääntyvien koettu terveys on kohentunut mittausajanjakson aikana, vaikka siellä jäädyään vielä huomattavasti jälkeen Sveitsin, Belgian ja Alankomaiden tasosta. Ranskan osalta kehitystä on tapahtunut vähän. Vuoden 2002 arvot Ranskassa eroavat selvästi muiden vuosien arvoista, mutta muuten arvot ovat pysyneet tasaisesti 3,4 ja 3,5 välillä.

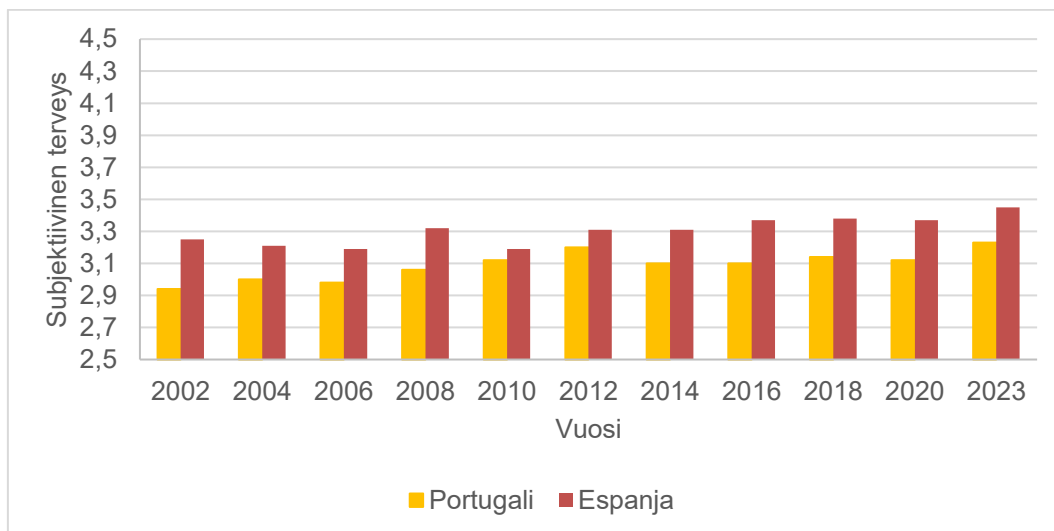
Kuvio 3. Yli 50-vuotiaiden subjektiivinen terveys Keski-Euroopan maissa 2002–2023



1 = Erittäin huono 5 = Erittäin hyvä subjektiivinen terveys

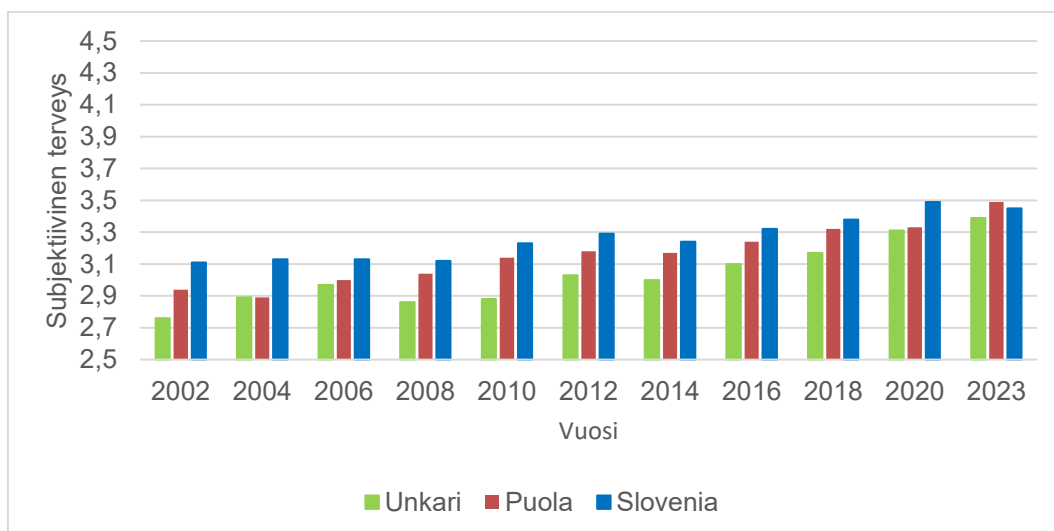
Etelä- (Kuvio 4) ja Itä-Euroopan (Kuvio 5) maissa ikääntyvien koetun terveyden tasot ovat olleet heikoimpia vuonna 2002 Espanjaa lukuun ottamatta. Samanaikaisesti näissä maissa ikääntyvien terveyden kehitys on ollut myös suurinta. Espanjassa on näistä neljästä maasta korkein alkutaso, mutta siellä myös kehitys on ollut vähäisintä. Eniten koettu terveys on kohentunut Unkarissa, Sloveniassa ja Puolassa. Puolassa ikääntyvien koetun terveyden keskiarvo on jo hieman korkeampi kuin Espanjassa, Ranskassa ja Saksassa vuonna 2023. Entiseen Jugoslaviaan kuuluneessa Sloveniassa kehitys on ollut nopeaa 2010-luvun alusta alkaen ja viime vuosina ikääntyvien koettu terveys on jopa parempaa kuin esimerkiksi Saksassa, eikä Ranskan taso ole kaukana. Unkari ei puolestaan aivan yllä isojen Keski-Euroopan maiden tasolle. Portugalissa on vuonna 2023 aineiston alhaisin koetun terveyden taso positiivisesta kehityksestä huolimatta.

Kuvio 4. Yli 50-vuotiaiden subjektiivinen terveys Etelä-Euroopan maissa 2002–2023



1 = Erittäin huono 5 = Erittäin hyvä subjektiivinen terveys

Kuvio 5. Yli 50-vuotiaiden subjektiivinen terveys Itä-Euroopan maissa 2002–2023



1 = Erittäin huono 5 = Erittäin hyvä subjektiivinen terveys

Kaiken kaikkiaan tulokset eivät ole yllättäviä, vaan ne tukevat aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta siltä osin kuin kyseisiä maita on käytetty kansainvälisessä vertailevassa tutkimuksessa (Gómez-Costilla ym. 2022; Alvarez-Galvez, Rodero-Cosano, Motrico, Salinas-Perez, Garcia-Alonso & Salvador-Carulla 2013). Sveitsi, Irlanti, Ruotsi ja Norja ovat tässäkin aineistossa Euroopan parhaimmista ikääntyvien koetun terveyden suhteen ja Etelä- sekä Itä-Euroopan maat jäävät jälkeen muista maaryhmistä. On kuitenkin huomionarvoista, kuinka esimerkiksi Puola, Slovenia ja Unkari ovat saaneet kurottua eroa muuhun Eurooppaan umpeen kohtalaisen lyhyessä ajassa. Portugali jää edelleen selvästi jälkeen muista maista.

Monessa aineiston maassa, kuten Alankomaissa, Irlannissa ja Iso-Britanniassa, ikääntyvien subjektiivisen terveyden kehitys on jämähtänyt paikoilleen, eikä runsaan 20 vuoden aikana ole tapahtunut merkittävää kehitystä suuntaan tai toiseen. Toisaalta näitä tuloksia analysoitaessa on muistettava, että Euroopan maat ovat kulttuurillisesti hyvinkin toisistaan eroavia, joten koettua terveyttä saatetaan arvioida hyvinkin erilaisella tavalla maasta ja Euroopan osasta riippuen (Bardage ym. 2005; Jylhä ym. 1998). Toisaalta merkitystä on todennäköisesti myös sillä, mitkä maat on valittu tutkimukseen. Esimerkiksi Kreikassa koettu terveys on parempi koko väestön tasolla kuin Portugalissa ja Espanjassa (Alvarez-Galvez ym. 2013).

On mahdollista, että näissä maissa esimerkiksi talouskasvun mahdollistama elintason nousu ja subjektiivisen terveyden kehitys on tapahtunut jo ennen 2000-lukua. Tästä ei ole hirveästi näyttöä, koska subjektiivista terveyttä on alettu käyttää terveyden mittarina laajemmin vasta 1990-luvun lopun jälkeen, mutta stagnaatiota näkyy myös objektiivisilla terveyden mittareilla saadulla datalla. Esimerkiksi koko väestön tasolla elinajanodote on Euroopassa kasvanut hitaasti tai se on jopa laskenut vuoden 2011 jälkeen monessa maassa. Syinä ovat esimerkiksi vähäinen liikunta, huono ruokavalio ja korkea painoindeksi. (Steel ym. 2025.) Lisäksi on olemassa tutkimustietoa jo 2000-luvun alusta, että valmiiksi rikkaissa maissa pieni kasvu bruttokansantuotteessa per asukas ei tuo myöskään merkittäviä objektiivisia terveyshyötyjä (Fritzell & Lundberg 2005). On siis mahdollista, että pieni talouden kasvu jo valmiiksi rikkaissa maissa ei merkittävästi paranna myöskään subjektiivista terveyttä.

5.2 Taustatekijöiden vaikutus ikääntyvän väestön subjektiiviseen terveyteen

Seuraavaksi käyn läpi hierarkkisen lineaarisen regressiomallin tulokset, ja vastaan toiseen tutkimuskysymykseen. Hierarkkinen lineaarinen regressiomalli on ajettu neljään kertaan. Mallissa selitettävää muuttujaa, eli subjektiivista terveyttä, kohdellaan jatkuvan kaltaisena muuttujana (Sommet & Morselli 2021). Oletuksena siis on, että välit eri vastausvaihtoehtojen välillä ovat yhtä suuret. Mallissa yksi on ajettu tyhjä regressiomalli eli mukana on ollut vain selitettävä muuttuja subjektiivinen terveys sekä maat satunnaismuuttujana. Mallissa kaksi on lisätty demografiset muuttujat eli ikä, iän neliö ja sukupuoli. Sukupuolen vaikutusta tutkittaessa miehet ovat viiteryhmä.

Mallissa kolme lisätään edellä mainittujen muuttujien lisäksi sosioekonomista-asemaa, kotitalouden koostumusta, tuttavien tapaamista ja arkielämää rajoittavaa ongelmaa kuvaavat muuttujat. Lisäksi mukaan tulee kyselykierrokset jatkuvana muuttujana, että mallissa saadaan

otettua huomioon aineiston ajallinen ulottuvuus. Koska tutkimuskysymyksessä halutaan saada selville koettuun terveyteen negatiivisesti yhteydessä olevat asiat, käytetään viiteryhmänä tyypillisesti koettuun terveyteen positiivisesti yhteydessä olevia asioita eli tapaa ystäviä tai sukulaisia joka päivä, ei ole vaikeuksia tulla toimeen, ei ole arkielämää rajoittavaa ongelmaa ja asuu kumppanin ja yhden tai useamman lapsen kanssa. Ainoa poikkeus tähän sääntöön on vuotta kuvaava muuttuja. Siinä viiteryhmänä on vuoden 2002 vastaukset, koska on intuitiivisempaa, että aineiston ensimmäistä vuotta käytetään viiteryhmänä. Lopuksi mallissa neljä lisätään viisiluokkainen maaryhmiä kuvaava muuttuja. Viiteryhmänä käytetään anglosaksisia maita, koska siellä yli 50-vuotiaiden koetun terveyden keskiarvo oli suurin tässä aineistossa. Kaikki muuttujat on ajettu mallissa kiinteinä osina ja ainoastaan maamuuttuja on ollut kaikissa malleissa satunnaisosassa. Jokaisella mallilla saadut tulokset on esitelty taulukossa 4 (Taulukko 4).

Taulukko 4. Taustamuuttujien vaikutukset yli 50-vuotiaiden subjektiivisen terveyteen 15:ssä Euroopan maassa vuosina 2002–2023. Hiearkkinen lineaarinen regressioanalyysi.

Muuttuja	Malli 1 (N = 133 757)	Malli 2 (N = 133 605)	Malli 3 (N = 129 278)	Malli 4 (N = 129 278)
Vakiokerroin	3,528 (0,076) ***	3,576 (0,075) ***	3,931 (0,057) ***	4,183 (0,076) ***
Mies		Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä
Nainen		-0,068 (0,005) ***	-0,014 (0,004) ***	-0,014 (0,004) ***
Ikä		-0,016 (0,0003) ***	-0,006 (0,00023) ***	-0,006 (0,00024) ***
Ikä ²		-0,0001 (0,000022) ***	0,00021 (0,000018) ***	0,00021 (0,000018) ***
Koulutusvuodet			0,017 (0,00049) ***	0,017 (0,00049) ***
2002			Viiteryhmä	Viiteryhmä
2004			-0,009 (0,010)	-0,009 (0,010)
2006			-0,002 (0,010)	-0,002 (0,010)
2008			0,02 (0,010) *	0,02 (0,010) *
2010			0,002 (0,010)	0,002 (0,010)
2012			0,036 (0,010) ***	0,036 (0,010) ***
2014			0,032 (0,010) ***	0,032 (0,010) ***
2016			0,026 (0,010) **	0,026 (0,010) **
2018			0,064 (0,010) ***	0,064 (0,010) ***
2020			0,069 (0,009) ***	0,069 (0,009) ***
2023			0,072 (0,010) ***	0,072 (0,010) ***

Taulukko 4 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 4. Jatkuu edelliseltä sivulta

Muuttuja	Malli 1 (N = 133 757)	Malli 2 (N = 133 605)	Malli 3 (N = 129 278)	Malli 4 (N = 129 278)
Ei vaikeuksia tulla toimeen nykyisillä tuloilla			Viiteryhmä	Viiteryhmä
Vaikeuksia tulla toimeen nykyisillä tuloilla			-0,196 (0,005) ***	-0,196 (0,005) ***
Ei arkea rajoittavaa ongelmaa			Viiteryhmä	Viiteryhmä
Jonkin verran arkea rajoittava ongelma			-0,731 (0,004) ***	-0,732 (0,004) ***
Paljon arkea rajoittava ongelma			-1,422 (0,007) ***	-1,422 (0,007) ***
Tapaa ystäviä ja sukulaisia joka päivä			Viiteryhmä	Viiteryhmä
Monta kertaa viikossa			0,002 (0,007)	0,002 (0,007)
Kerran viikossa			-0,043 (0,007) ***	-0,043 (0,007) ***
Monta kertaa kuukaudessa			-0,052 (0,007) ***	-0,052 (0,007) ***
Kerran kuukaudessa			-0,08 (0,008) ***	-0,080 (0,008) ***
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa			-0,161 (0,009) ***	-0,162 (0,009) ***
Ei tapaa koskaan			-0,262 (0,013) ***	-0,262 (0,013) ***
Asuu kumppanin ja lapsien kanssa			Viiteryhmä	Viiteryhmä
Yksinasuvat + yksinhuoltajat			-0,042 (0,006) ***	-0,043 (0,006) ***
Asuu kumppanin kanssa			-0,004 (0,006)	-0,004 (0,006)
Anglosaksiset maat				Viiteryhmä
Pohjoismaat				-0,098 (0,097)
Etelä-Eurooppa				-0,580 (0,106) ***
Itä-Eurooppa				-0,437 (0,097) ***
Keski-Eurooppa				-0,202 (0,089) *

Taulukko 4 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 4. Jatkuu edelliseltä sivulta

Muuttuja	Malli 1 (N = 133 757)	Malli 2 (N = 133 605)	Malli 3 (N = 129 278)	Malli 4 (N = 129 278)
Maiden välinen varianssi	0,088 (0,032)	0,084 (0,031)	0,046 (0,017)	0,011 (0,004)
Yksilötason varianssi	0,758 (0,003)	0,731 (0,003)	0,468 (0,002)	0,468 (0,002)
Maatason varianssi, %	10,4 %	10,3 %	8,9 %	2,3 %
Yksilötason varianssi, %	89,6 %	89,7 %	91,1 %	97,7 %
-2LL	353 957,7	348 492,1	277 656,9	277 635,6

p < 0,05 * p < 0,01 ** p < 0,001 *** | Suluissa keskiarvo

Aikaisempien tutkimustulosten mukaisesti arkielämää rajoittava vamma tai sairaus (Kumar & Pradhan 2019) ja yksin asuminen (Zheng & Ni 2025) ovat yhteydessä alhaisempaan koettuun terveyteen eurooppalaisilla ikääntyvillä tässä tutkimuksessa. Myös ne, jotka tapaavat ystäviä tai sukulaisia kerran viikossa tai harvemmin raportoivat alhaisempaa terveyttä tilastollisesti erittäin merkitsevästi (Huxhold ym. 2013). Vuoteen 2002 verrattuna vuonna 2012 ja siitä eteenpäin ikääntyvät raportoivat parempaa koettua terveyttä, mikä kertoo koetun terveyden kehittymisestä lähtövuoteen verrattuna. Naissukupuoli on myös yhteydessä alhaisempaan koettuun terveyteen eli aikaisempi tulos siitä, että ikääntyvät naiset raportoivat parempaa subjektiivista terveyttä kuin samanikäiset miehet ei saanut tukea (vrt. Zajacova ym. 2017). Tarkistin myös yksilötason muuttujien ja ESS-kierrosten väliset yhteydet yhteisvaikutusten varalta. Yhteisvaikutustarkasteluissa en huomannut sisällöllisesti ja tilastollisesti merkitseviä mahdollisuuksia muuttujien välillä, joten additiivinen malli ei ole ongelmallinen.

Sosioekonomisen aseman mittarit ovat yhteydessä ikääntyvien koettuun terveyteen odotetunlaisesti. Koulutusvuosien kasvaessa koettu terveys parani (Whitmore ym. 2021; Read ym. 2016) ja ne, jotka kokivat toimeentulonsa riittämättömäksi raportoivat alhaisempaa terveyttä kuin ne, jotka eivät raportoineet toimeentulovaikeuksia (Gildner ym. 2019; Nummela ym. 2007). Näin ollen sosioekonomisen aseman yhteys subjektiiviseen terveyteen säilyy myös vanhemmassa väestössä eli terveyden gradientti näkyy ainakin näiden kahden muuttujan osalta tässä aineistossa (Lai ym. 2021; Enroth ym. 2013). Toisaalta tässä ei tarkemmin ole tutkittu, pienenevätkö erot subjektiivisessa terveydessä sosioekonomisten ryhmien välillä iän myötä.

Yksin asuvat ja yksinhuoltajat raportoivat tilastollisesti merkitsevästi alhaisempaa terveyttä kuin kumppanin ja yhden tai useamman lapsen kanssa asuvat (Taulukko 4). Tässä aineistossa ei siis havaittu selviytymisharhaa eli yksinasuvat olisivatkin ikäryhmänsä terveimpiä (vrt. Henning-Smith & Gonzales 2020). Tätäkin saattaa selittää se, että tutkimuksessa on tutkittu 51-vuotiaita ja sitä vanhempia. Selviytymisharhaa saattaa esiintyä vasta huomattavasti vanhemmissa ikäluokissa. Lisäksi on muistettava, että asumismuotoa kuvaavan muuttujan eri kategorioissa oli mukana virheellisiä tapauksia, mikä johtui tavasta, miten muuttuja on muodostettu. Tuloksia voitaneen kuitenkin pitää suuntaa antavina.

Iän saamat arvot muuttuvat mallista kaksi malliin neljä, kun malliin lisätään muut yksilötason muuttujat sekä maaryhmämuuttuja (Taulukko 4). Lisäksi iän neliö näyttäisi olevan tilastollisesti erittäin merkitsevä, joten iän ja koetun terveyden suhde ei vaikuttaisi olevan täysin lineaarinen. Mallissa kaksi iän ja iän neliön estimaatit ehdottaisivat, että iän ja koetun terveyden välinen suhde on melkein lineaarinen eli koettu terveys laskee iän myötä. Kun mallissa neljä lisättiin loput yksilötason muuttujat sekä maaryhmämuuttuja, iän saama estimaatti pieneni ja iän neliön saama estimaatti muuttui negatiivisesta positiiviseksi. Tämä viittaisi siihen, että mallissa neljä koetun terveyden ja iän välinen yhteys muistuttaa U-kirjaimen muotoa eli koettu terveys on korkeampi aineiston nuorimmilla ja vanhimmilla (Woolridge 2020, 189).

Iän ja koetun terveyden välistä U-kirjaimen muotoista suhdetta ei ole raportoitu aikaisemmissa ikääntyvien koettua terveyttä käsittelevissä tutkimuksissa. Sen sijaan koetun hyvinvoinnin ja iän välillä on havaittu vahva U-kirjainta muistuttava yhteys (esim. Blanchflower 2021). Koettu terveys on merkittävä osa koettua hyvinvointia, joten ei ole aivan mahdotonta, etteikö koettu terveys voisi käyttäytyä samalla tavalla. Toisaalta aineistossa vain 8,6 % on 80-vuotiaita tai sitä vanhempia, joten kaikista vanhimpien havaintojen määrä saattaa vääristää tulosta. On myös mahdollista, että kaikkein vanhimmiksi elävät kokevat terveytensä hyväksi ainakin, jos arkielämää pystyy elämään normaalisti eli, WHO:n (2015) terveellisen ikääntymisen käsitettä mukaillen, toimintakyky pysyy korkeana kuolemaan asti. Siltikin iän saama arvo kertoisi siitä, että koettu terveys heikkenee iän myötä lineaarisesti, joten koetun terveyden ja iän välistä U-kirjaimen muotoista yhteyttä ikääntyvillä voidaan pitää pikemminkin vain suuntaa antavana. Tulevaisuudessa tätä asiaa olisi syytä tutkia tarkemmin.

Maaryhmämuuttujan tarkastelussa huomattiin, että ikääntyvien terveys Etelä-Euroopassa ja Itä-Euroopassa erosivat anglosaksissa maissa elävien koetusta terveydestä tilastollisesti

erittäin merkitsevästi ja Keski-Euroopassa tilastollisesti melkein merkitsevästi (Taulukko 4). Ajoin mallin myös uudelleen niin, että Keski-Eurooppa oli viiteryhmä. Silloin Etelä-Euroopassa ikääntyvien koettu terveys oli edelleen tilastollisesti erittäin merkitsevästi alhaisempi ja Itä-Euroopassa tilastollisesti merkitsevästi alhaisempi Keski-Eurooppaan verrattuna. Näin ollen myös maaryhmien osalta tulokset ovat aikaisemman tutkimuskirjallisuuden mukaisia (Gómez-Costilla ym. 2022; Alvarez-Galvez ym. 2013).

Koetun terveyden jäljellä jäävää selittämätöntä vaihtelua saattaa selittää useat yksilötason tekijät, mitä ei tässä tutkimuksessa ole tutkittu. Tässä tutkimuksessa ei ole ollut mukana esimerkiksi geneettisiä, psykososiaalisia tai elintapoihin liittyviä tekijöitä. Tulevien tutkimusten tulisi sisällyttää näitä tekijöitä. Toisaalta ylipäätään koetun terveyden luonne saattaa vaikuttaa yksilötason selittämättömään vaihteluun, koska terveyden arviointi vaihtelee kulttuureittain (Choi & Miyamoto 2022; Bardage ym. 2005) ja esimerkiksi oman lähipiirin samanikäisten ihmisten terveys vaikuttaa siihen, miten omaa terveyttä arvioidaan (Jylhä 2009).

Tämän tutkimuksen mukaan naisten terveys ei yllä miesten koetun terveyden tasolle vanhemmallakaan iällä, vaan ikääntyvät miehet raportoivat edelleen parempaa terveyttä kuin naiset (vrt. Zajacova ym. 2017; Boerma ym. 2016). Toisaalta tässä tutkimuksessa ei huomioitu naisten terveyttä ennen 50 ikävuotta, joten emme voi tietää, onko absoluuttisesti erot pienentyneet. Lisäksi tässä tutkittavien iät alkavat juuri 50 ikävuodesta ja sukupuolten väliset koetun terveyden erot pienevät aikaisempien tutkimusten mukaan merkittävästi vasta yli 60-vuotialla (em.).

Tein vielä maaryhmittäisiä tarkasteluja eli katsoin kierrosten ja yksilötason muuttujien yhteyttä ikääntyvien koettuun terveyteen maaryhmä kerrallaan (Taulukko 5). Näin tehdyssä tarkastelussa Etelä- ja Itä-Euroopan maissa naisilla oli edelleen tilastollisesti erittäin merkitsevästi miehiä alhaisempi terveys. Sen sijaan Pohjoismaissa ja Keski-Euroopan maissa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa miesten ja naisten raportoimassa koetussa terveydessä. Anglosaksissa maissa puolestaan naisilla oli miehiä parempi terveys tilastollisesti melkein merkitsevästi. Tämä tukee Dahlinin ja Härkösen (2013) tutkimustulosta siitä, että sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä ovat pienempiä niissä maissa, missä sukupuolten tasa-arvo toteutuu parhaiten. Myös Gómez-Costilla ym. (2022) ovat huomanneet, että ikääntyvien naisten koettu terveys on alhaisempi Etelä- ja Itä-Euroopassa. Näin ollen

näiden tulosten pohjalta olisi tärkeää, että Etelä- ja Itä-Euroopan maissa keskityttäisiin tasa-arvoiseen perhepolitiikkaan, että sukupuolten välisiä terveyseroja saataisiin kurrottua umpeen.

Taulukko 5. Yksilötason muuttujien vaikutukset yli 50-vuotiaiden koettuun terveyteen maaryhmittäin vuosina 2002–2023

Muuttuja	Pohjoismaat (N = 24 919)	Etelä-Eurooppa (N = 16 552)	Itä-Eurooppa (N = 21 727)	Keski-Eurooppa (N = 48 104)	Anglosaksiset maat (N = 17 976)
Vakiokerroin	4,086 (0,059) ***	3,600 (0,053) ***	3,613 (0,054) ***	4,017 (0,067) ***	4,188 (0,049) ***
Mies	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä
Nainen	-0,004 (0,008)	-0,104 (0,011) ***	-0,037 (0,009) ***	0,003 (0,006)	0,026 (0,011) *
Ikä	-0,007 (0,001) ***	-0,009 (0,001) ***	-0,009 (0,001) ***	-0,004 (0,00038) ***	-0,004 (0,001) ***
Ikä ²	0,00028 (0,000040) ***	0,00033 (0,000053) ***	0,00034 (0,000045) ***	0,000069 (0,000029) *	0,0002 (0,000052) ***
Koulutusvuodet	0,018 (0,001) ***	0,017 (0,001) ***	0,020 (0,001) ***	0,015 (0,001) ***	0,018 (0,001) ***
2002	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä ^a
2004	-0,023 (0,020)	-0,016 (0,031)	-0,010 (0,023)	-0,0003 (0,017)	
2006	0,034 (0,020)	-0,032 (0,030)	0,041 (0,023)	-0,023 (0,016)	
2008	0,006 (0,020)	0,072 (0,029) *	0,026 (0,023)	0,001 (0,016)	
2010	0,030 (0,021)	0,016 (0,030)	0,030 (0,022)	-0,007 (0,016)	
2012	0,057 (0,020) **	0,073 (0,030) *	0,103 (0,022) ***	0,018 (0,016)	
2014	0,057 (0,020) **	0,021 (0,031)	0,106 (0,022) ***	0,012 (0,016)	
2016	0,058 (0,021) **	0,025 (0,030)	0,113 (0,022) ***	0,005 (0,016)	
2018	0,068 (0,021) **	0,063 (0,032) *	0,169 (0,022) ***	0,049 (0,016) **	
2020	0,009 (0,021)	0,040 (0,030)	0,269 (0,022) ***	0,046 (0,015) **	
2023	0,049 (0,021) *	0,076 (0,031) *	0,298 (0,022) ***	0,025 (0,016)	
Ei vaikeuksia tulla toimeen nykyisillä tuloilla	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä
Vaikeuksia tulla toimeen nykyisillä tuloilla	-0,225 (0,016) ***	-0,158 (0,013) ***	-0,184 (0,010) ***	-0,197 (0,009) ***	-0,210 (0,016) ***
Ei arkea rajoittavaa ongelmaa	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä
Jonkin verran arkea rajoittava ongelma	-0,737 (0,009) ***	-0,775 (0,014) ***	-0,656 (0,010) ***	-0,720 (0,007) ***	-0,809 (0,014) ***
Paljon arkea rajoittava ongelma	-1,418 (0,015) ***	-1,351 (0,022) ***	-1,334 (0,014) ***	-1,407 (0,011) ***	-1,595 (0,019) ***

Taulukko 5 jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 5. Jatkuu edelliseltä sivulta

Muuttuja	Pohjoismaat (N = 24 919)	Etelä-Eurooppa (N = 16 552)	Itä-Eurooppa (N = 21 727)	Keski-Eurooppa (N = 48 104)	Anglosaksiset maat (N = 17 976)
Tapaa ystäviä ja sukulaisia joka päivä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä
Monta kertaa viikossa	-0,037 (0,013) **	0,025 (0,015)	-0,007 (0,025)	-0,007 (0,011)	0,075 (0,021) ***
Monta kertaa kuukaudessa	-0,084 (0,014) ***	-0,027 (0,018)	-0,031 (0,024)	-0,069 (0,012) ***	-0,006 (0,023)
Kerran kuukaudessa	-0,135 (0,018) ***	-0,062 (0,025) *	-0,041 (0,024)	-0,103 (0,014) ***	-0,027 (0,024)
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	-0,195 (0,022) ***	-0,132 (0,024) ***	-0,159 (0,024) ***	-0,185 (0,016) ***	-0,077 (0,025) **
Ei tapaa koskaan	-0,136 (0,073)	-0,251 (0,038) ***	-0,296 (0,027) ***	-0,193 (0,027) ***	-0,161 (0,037) ***
Asuu kumppanin ja lapsien kanssa	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä	Viiteryhmä
Yksinasuvat + yksinhuoltajat	-0,033 (0,016) *	0,002 (0,016)	-0,030 (0,013) *	-0,050 (0,010) ***	-0,081 (0,016) ***
Asuu kumppanin kanssa	0,016 (0,015)	-0,014 (0,014)	-0,011 (0,012)	-0,009 (0,009)	-0,018 (0,015)
Maiden välinen varianssi	0,009 (0,007)	0,004 (0,004)	0,006 (0,005)	0,021 (0,013)	0,004 (0,004)
Yksilötason varianssi	0,470 (0,004)	0,502 (0,006)	0,445 (0,004)	0,444 (0,004)	0,504 (0,005)
Maatason varianssi, %	1,9 %	0,8 %	1,3 %	4,5 %	0,8 %
Yksilötason varianssi, %	98,1 %	99,2 %	98,7 %	95,5 %	99,2 %
-2LL	56 839,93	35 407,32	46 149,94	100 166,25	37 955,50

p < 0,05 * p < 0,01 ** p < 0,001 *** | Suluissa keskiarvo

^a = Jouduin jättämään ESS-kierroksia kuvaavan muuttujan pois anglosaksisia maita koskevasta mallista, koska regressiomalli ei pystynyt erottamaan eri kierroksia toisistaan näillä kahdella maalla.

Maaryhmäkohtaisen tarkastelun mukaan Etelä-Euroopassa yksinasuvat ja yksinhuoltajat eivät raportoi tilastollisesti merkitsevästi alhaisempaa terveyttä kuin kumppanin ja yhden tai useamman lapsen kanssa asuvat (Taulukko 5). Etelä-Euroopan maissa perheellä on iso merkitys esimerkiksi sosiaaliturvan kannalta (Alvarez-Galvez 2016). Perinteisesti myös perhesuhteet ovat tiiviimmät kuin muualla Euroopassa eli vaikka ikäänntyvä asuisikin yksin, saattaa hän tavata perhettään tai sukuaan silti säännöllisesti, minkä takia yksin asuminen ei ole yhteydessä alhaisempaan terveyteen toisin kuin muualla Euroopassa. Pohjoismaissa ja Itä-

Euroopassa yksin asuvat raportoivat alhaisempaa terveyttä kumppanin ja lasten kanssa asuviin vain tilastollisesti melkein merkitsevästi. Lisäksi Keski-Euroopan maissa iän toisen asteen termi on vain tilastollisesti melkein merkitsevä eli siellä iän ja subjektiivisen terveyden välinen suhde vaikuttaisi olevan hieman lineaarisempi kuin muissa maaryhmissä. Muuten maaryhmittäin tehdyissä tarkasteluissa saadut tulokset ovat samansuuntaisia kuin kaikkien maaryhmien kesken saaduissa tuloksissa varsinkin iän, koulutusvuosien, koetun toimeentulon ja arkea rajoittavan sairauden tai vamman osalta. ESS-kierrosten vaikutusta koettuun terveyteen maaryhmittäin ei ole mielekästä verrata, koska tuloksia ei saatu anglosaksisten maiden osalta.

6 Johtopäätökset

Tässä tutkielmassa olen tutkinut eurooppalaisen ikääntyvän väestön subjektiivisen terveyden kehitystä ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä 2000-luvulla. Tulokset osoittavat, että kaiken kaikkiaan eurooppalaisen ikääntyvän väestön subjektiivinen terveys on kohtalaisen korkeaa, ja varsinkin Itä- ja Etelä-Euroopan maissa ikääntyneiden subjektiivinen terveys on parantunut 2000-luvulla. Silti edelleen Itä- ja Etelä-Euroopassa ikääntyvien subjektiivinen terveys on alhaisemmalla tasolla kuin ikääntyvillä anglosaksissa maissa, kun taustatekijät otetaan huomioon. Merkittävää on, että monissa Pohjois- ja Keski-Euroopan sekä anglosaksissa maissa ikääntyvän väestön subjektiivisen terveyden kehitys on hidastunut tai merkittävää kehitystä ei ole tapahtunut 2000-luvulla melkein ollenkaan. Kuitenkin hiarkkisen lineaarisen regressiomallin tulokset viittaisivat siihen, että tämän aineiston maissa vuosina 2012–2023 ikääntyvät kokevat terveytensä paremmaksi kuin viitevuonna 2002.

Subjektiiviseen terveyteen negatiivisesti yhteydessä olevat taustatekijät ovat naissukupuoli, vaikeudet koetussa toimeentulossa, yksin asuminen ja ystävien sekä sukulaisten näkeminen vain harvoin. Arkielämää rajoittavat vammat ja sairaudet laskevat ikääntyvien koettua terveyttä määrällisesti kaikista eniten tässä aineistossa. Subjektiivinen terveys näyttäisi laskevan iän myötä, mutta näiden kahden muuttujan välillä saattaa myös olla U-kirjaimen muotoinen suhde. Koska koulutusvuosien määrä ja koetun toimeentulon vaikeudet ovat molemmat yhteydessä ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen, sosioekonomisen aseman ja subjektiivisen terveyden välinen gradientti näyttäisi säilyvän tässä tutkielmassa näiden muuttujien osalta. Maaryhmittäin tehdyissä tarkasteluissa naissukupuoli on yhteydessä heikompaan subjektiiviseen terveyteen miehiin verrattuna niissä maaryhmissä, missä sukupuolten välinen epätasa-arvo on suurempaa (Dahlin ja Härkönen 2013). Maaryhmittäin tehdyissä analyysissä huomattiin myös, että ikääntyvät yksin asuvat eivät raportoineet alhaisempaa subjektiivista terveyttä viiteryhmään verrattuna Etelä-Euroopassa. Kaiken kaikkiaan tulokset ovat hyvin samankaltaisia kuin mitä viimeaikaisissa tutkimuksissa on saatu (vrt. Zheng & Ni 2025; Gómez-Costilla ym. 2022; Whitmore ym. 2021; Gildner ym. 2019; Kumar & Pradhan 2019; Read ym. 2016; Huxhold ym. 2013).

Tässä saatujen tulosten valossa ikääntyvän väestön terveydellisiin tarpeisiin tulisi pyrkiä varautumaan, vaikka eurooppalaisen ikääntyvän väestön subjektiivinen terveys näyttää tällä hetkellä hyvältä. Aikaisemman tutkimuksen ansiosta tiedämme, että alhainen subjektiivinen terveys ennakoii suurempaa terveystalvelujen käyttöä (Kurspahić-Mujčić ym. 2016; Tamayo-

Fonseca ym. 2015; Manuti ym. 2013). Koska tässä aineistossa arkielämää rajoittava vamma tai sairaus laskee ikääntyvien subjektiivista terveyttä kaikkein eniten, on hyvin todennäköistä, että ne vanhukset, joilla on arkielämää vaikeuttava vamma tai sairaus käyttävät terveystalvveluja runsaasti. Toimivalla ja nopealla terveydenhuollolla pystyttäisiin mahdollisesti lieventämään erinäisten vammojen ja sairauksien vaikutusta jokapäiväiseen elämään. Terveydenhuollossa olisi myös tärkeää panostaa sairauksien ennaltaehkäisyyn ja seulontaan, että tällaisiin sairauksiin voitaisiin puuttua mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

Tässä saadut tulokset myös osoittavat, että vaikeudet koetussa toimeentulossa heikentävät ikääntyvien subjektiivista terveyttä. Euroopan osasta riippumatta olisi tärkeää pitää huolta siitä, että ikääntyvien toimeentulo on riittävää myös työelämän jälkeen. Riittävät taloudelliset resurssit auttavat myös ylläpitämään terveyttä, ja ikääntyvien toimeentulosta huolehtiminen ja siten ikääntyvien omasta terveydestä huolehtimisen mahdollistaminen saattaa tulla halvemmaksi kuin sairauksien hoitaminen terveydenhuollossa. Toimeentuloon ja terveydenhuoltoon panostaminen tukevat terveellisen ikääntymisen edellytyksiä, mikä puolestaan on tärkeä osa WHO:n (2015) raportin terveellisen ikääntymisen toimintakehystä. Vaikka WHO (em.) on luonut raamit yhteiskunnille siitä, miten terveellisen ikääntymisen tavoitetta tuetaan, on lähitulevaisuudessa ratkaistava, miten tämä yhteiskunnallinen muutos rahoitetaan.

Tutkielmani vahvuuksina voidaan pitää sitä, että ensinnäkin koettua terveyttä on tutkittu laajalla aikavälillä ja useassa eri Euroopan maassa. Toiseksi tutkimuskohteena on ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti merkittävä ihmisryhmä, kun ottaa huomioon Euroopan muuttuvan ikärakenteen. Kolmanneksi hierarkkisella regressioanalyysillä olen pystynyt selvittämään, missä määrin koetun terveyden vaihtelu eurooppalaisilla ikääntyvillä tapahtuu yksilö- ja maatasolla. Lisäksi regressioanalyysissä käytetyt muuttujat ovat perustuneet aikaisempaan kirjallisuuteen.

Tutkielman rajoitteina voidaan pitää, että ensinnäkin koettu terveys ei välttämättä sovellu erinomaisesti kansainväliseen vertailuun, koska omaa terveyttä arvioidaan eri tavalla maasta ja kulttuurista riippuen (Bardage ym. 2005; Jylhä 1998). Vaikka hierarkkisen lineaarisen regressiomallin käyttö on perusteltua, koska aineisto on klusteroitunut, on maiden välisten erojen tutkiminen jäänyt taka-alalle, koska tarkoituksena on ollut tutkia yksilöiden välisiä eroja eri maissa. Kolmanneksi jatkuvat muuttujat on keskitetty ja kaikissa kategorisissa muuttujissa on viiteryhmä, minkä seurauksena mallien vakiokertoimet eivät kuvaa keskiverto

eurooppalaisen ikääntyvän henkilön subjektiivista terveyttä, vaan hyvin tietynlaisessa elämän tilanteessa elävän ikääntyvän koettua terveyttä.

Tämän tutkielman tavoitteena oli tarkastella yksilötason eroja subjektiivisessa terveydessä eri Euroopan maissa. Vaikka suurin osa koetun terveyden vaihtelusta ikääntyvillä selittyy tässä aineistossa yksilötason tekijöillä, maatason muuttujien merkitystä ei tulisi aliarvioida, koska aineiston sisäkorrelaatio oli 10,4 %. Maatason muuttujien yhteys ikääntyvien koettuun terveyteen Euroopassa ei muutenkaan ole kovin tutkittu aihe, joten jatkotutkimuksissa olisi tärkeää lähestyä ikääntyvien koetun terveyden vaihtelua maatasoisten selittävien muuttujien pohjalta.

Tämän tutkimuksen kaltainen tutkimusasetelma voitaisiin myös toistaa uudelleen 2030-luvun alussa tai tämän vuosikymmenen lopussa 2020-luvun datalla, että voimme selvittää, ovatko erot yli 50-vuotiaiden koetussa terveydessä maaryhmien välillä edelleen kaventuneet, ja ovatko erot maaryhmien välillä edelleen tilastollisesti merkitseviä. Toisaalta on tärkeä seurata, mitä eurooppalaisen ikääntyvän väestön subjektiiviselle terveydelle tapahtuu, jos koko väestön tasolla havaitaan, että elinajanodote ei enää kasva tai se lyhenee (Steel ym. 2025). Erityisesti Itä- ja Etelä-Euroopan maiden osalta on myös seurattava, jatkaako ikääntyvien subjektiivinen terveys kasvuaan vai onko se jo saavuttanut samanlaisen huipun kuin monissa muissa Euroopan maissa, missä ikääntyvien subjektiivisessa kehityksessä ei ole tapahtunut merkittävää muutosta 20 vuoden aikana.

Tässä käyttämäni selittävät muuttujat ovat rajoittuneet pitkälti sosiaaliin ja demografisiin muuttujiin. Samanlaisessa tutkimusasetelmassa tai laajemmin aihetta käsittelevissä tulevilla tutkimuksissa tulisi jatkossa keskittyä monipuolisemmin myös yksilötason muuttujien tutkimiseen. Olisi tärkeää tutkia esimerkiksi psykososiaalisten ja elintapoihin liittyvien tekijöiden yhteyttä ikääntyvien subjektiiviseen terveyteen, että ikääntyvien subjektiivisesta terveydestä saadaan vielä syvällisempi ymmärrys. Vaikka subjektiivinen terveys on laaja ja monipuolinen terveyden mittari, tulevilla tutkimuksissa tulisi käyttää sitä yhdessä objektiivisten terveyden mittareiden kanssa, että terveydestä vanhalla iällä saataisiin kokonaisempi kuva. Tässä tutkielmassa subjektiivista terveyttä on tutkittu myös vain toistuvilla poikkileikkausaineistoilla. Ihannetapauksessa tulevaisuudessa kerättäisiin kattava kansainvälinen seuranta-aineisto, missä tutkitaan sekä objektiivista että subjektiivista terveyttä.

Lähteet

- Adler, N., Singh-Manoux, A., Schwartz, J., Stewart, J., Matthews, K., & Marmot, M. G. (2008) Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA. *Social Science & Medicine* (1982), 66(5), 1034–1045. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.031>
- Alvarez-Galvez, J. (2016). Discovering complex interrelationships between socioeconomic status and health in Europe: A case study applying Bayesian Networks. *Social Science Research*, 56, 133–143. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.011>
- Alvarez-Galvez, J., Rodero-Cosano, M. L., Motrico, E., Salinas-Perez, J. A., Garcia-Alonso, C., & Salvador-Carulla, L. (2013) The impact of socio-economic status on self-rated health: Study of 29 countries using European social surveys (2002–2008). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(3), 747–761. <https://doi.org/10.3390/ijerph10030747>
- Babones, S. (2010) Income, education, and class gradients in health in global perspective. *Health Sociology Review*, 19(1), 130–143. <https://doi.org/10.5172/hesr.2010.19.1.130>
- Backhans, M. C., Lundberg, M., & Månsdotter, A. (2007) Does increased gender equality lead to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities. *Social Science & Medicine* (1982), 64(9), 1892–1903. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.016>
- Baidin, V., Gerry, C. J., & Kaneva, M. (2021) How Self-Rated is Self-Rated Health? Exploring the Role of Individual and Institutional Factors in Reporting Heterogeneity in Russia. *Social Indicators Research*, 155(2), 675–696. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02604-4>
- Bardage, C., Pluijm, S. M., Pedersen, N. L., Deeg, D. J., Jylha, M., Noale, M., Blumstein, T., & Otero, A. (2005) Self-rated health among older adults: A cross-national comparison. *European Journal of Ageing*, 2(2), 149–158. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0032-7>
- Bécares, L., Nazroo, J., Albor, C., Chandola, T., & Stafford, M. (2012) Examining the differential association between self-rated health and area deprivation among white British and ethnic minority people in England. *Social Science & Medicine* (1982), 74(4), 616–624. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.007>

- Benyamini, Y. (2011) Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychology & Health*, 26(11), 1407–1413. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.621703>
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2000) Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 354–364. <https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00009>
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2003) Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Social Science & Medicine* (1982), 56(8), 1661–1667. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00175-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00175-2)
- Bird, C. E., & Rieker, P. P. (1999) Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine* (1982), 48(6), 745–755. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00402-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00402-X)
- Blanchflower, D. G. (2021). Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 145 countries. *Journal of Population Economics*, 34(2), 575–624. <https://doi.org/10.1007/s00148-020-00797-z>
- Boerma, T., Hosseinpoor, A. R., Verdes, E., & Chatterji, S. (2016) A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health*, 16(1), 675–675. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y>
- Bongaarts, J. (2004) Population Aging and the Rising Cost of Public Pensions. *Population and Development Review*, 30(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2004.00001.x>
- Boye, K. (2011) Work and well-being in a comparative perspective: The role of family policy. *European Sociological Review*, 27(1), 16–30. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp051>
- Brenes-Camacho, G. (2011) Favourable changes in economic well-being and self-rated health among the elderly. *Social Science & Medicine* (1982), 72(8), 1228–1235. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.027>
- Cantarero-Prieto, D., Pascual-Sáez, M., & Lera, J. (2020) Healthcare Utilization and Healthy Lifestyles among Elderly People Living in Southern Europe: Recent Evidence from the SHARE. *Atlantic Economic Journal*, 48(1), 53–66. <https://doi.org/10.1007/s11293-020-09657-3>
- Cernat, A., Couper, M. P., & Ofstedal, M. B. (2016). Estimation of mode effects in the health and retirement study using measurement models. *Journal of Survey Statistics and Methodology*, 4(4), 501–524. <https://doi.org/10.1093/jssam/smw021>

- Charonis, A., Kyriopoulos, I. I., Spanakis, M., Zavras, D., Athanasakis, K., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2017) Subjective social status, social network and health disparities: Empirical evidence from Greece. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0533-y>
- Choi, J.H. & Miyamoto, Y. (2022) Cultural Differences in Self-Rated Health: The Role of Influence and Adjustment. *Japanese Psychological Research*, 64(2), 156–169. <https://doi.org/10.1111/jpr.12405>
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009) Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet (British Edition)*, 374(9696), 1196–1208. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4)
- Christensen, A. I., Ekholm, O., Glümer, C., Juel, K. (2014) Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. *European Journal of Public Health*, 24(2), 327–332. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt067>
- Cialani, C., & Mortazavi, R. (2020) The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 196–196. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01304-2>
- Coe, N. B., & Zamarro, G. (2011) Retirement effects on health in Europe. *Journal of Health Economics*, 30(1), 77–86. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.11.002>
- Courtenay, W. H. (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* (1982), 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Croezen, S., Burdorf, A., van Lenthe, F. J. (2016) Self-perceived health in older Europeans: Does the choice of survey matter? *European Journal of Public Health*, 26(4), 686–692. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw017>
- Cylus, J., Williams, G., Normand, C., & Figueras, J. (2020) Economic, fiscal, and societal consequences of population aging - Looming catastrophe or fake news? *Croatian Medical Journal*, 61(2), 189–192. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.189>
- Dahlin, J., & Härkönen, J. (2013) Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Social Science & Medicine* (1982), 98, 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.028>
- Deacon, B. (2000) Eastern European welfare states: the impact of the politics of globalization. *Journal of European Social Policy*, 10(2), 146–161. <https://doi.org/10.1177/a012487>

- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008) Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine* (1982), 67(2), 330–340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.038>
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine: JGIM*, 21(3), 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
- Doebler, S., & Glasgow, N. (2017) Relationships Between Deprivation and the Self-Reported Health of Older People in Northern Ireland. *Journal of Aging and Health*, 29(4), 594–619. <https://doi.org/10.1177/0898264316641079>
- Edge, C. E., Cooper, A. M., & Coffey, M. (2017) Barriers and facilitators to extended working lives in Europe: A gender focus. *Public Health Reviews*, 38(2) <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0053-8>
- Eibich, P. (2015) Understanding the Effect of Retirement on Health: Mechanisms and Heterogeneity. *Journal of Health Economics*, 43, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.05.001>
- Elo, I. T. (2009) Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 553–572. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115929>
- Enroth, L., Raitanen, J., Hervonen, A., & Jylhä, M. (2013) Do socioeconomic health differences persist in nonagenarians? *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(5), 837–847. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt067>
- Etherington, C. (2017) Re-evaluating gender differences in self-rated health: The importance of cohort. *Journal of Women & Aging*, 29(2), 150–162. <https://doi.org/10.1080/08952841.2016.1108737>
- ESSa (n.d.) About the European Social Survey European Research Infrastructure Consortium (ESS ERIC). [online] <https://www.europeansocialsurvey.org/about-ess> Luettu 9.1.2025
- ESSb (n.d.) Data Collection: Switch to Self-Completion. [online] <https://www.europeansocialsurvey.org/methodology/methodology/data-collection-sc%20> Luettu 26.2.2025
- ESSc (n.d.) Weighting. [online] <https://www.europeansocialsurvey.org/methodology/ess-methodology/data-processing-and-archiving/weighting> Luettu 8.3.2025

- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2002) ESS round 1 - 2002. Immigration, Citizen involvement. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS1-2002>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2004) ESS round 2 - 2004. Health and care, Economic morality, Family work and wellbeing. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS2-2004>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2006) ESS round 3 - 2006. Timing of life, Personal wellbeing. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS3-2006>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2008) ESS round 4 - 2008. Welfare attitudes, Ageism. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS4-2008>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2010) ESS round 5 - 2010. Family work and wellbeing, Justice. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS5-2010>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2012) ESS round 6 - 2012. Personal wellbeing, Democracy. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS6-2012>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2014) ESS round 7 - 2014. Immigration, Social inequalities in health. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS7-2014>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2016) ESS round 8 - 2016. Welfare attitudes, Attitudes to climate change. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS8-2016>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2018) ESS round 9 - 2018. Timing of life, Justice and fairness. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS9-2018>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2020) ESS round 10 - 2020. Democracy, Digital social contacts. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. <https://doi.org/10.21338/NSD-ESS10-2020>
- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2023) ESS round 11 - 2023. Social inequalities in health, Gender in contemporary Europe. Sikt -

- Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research.
<https://doi.org/10.21338/ess11-2023>
- Eurostat (2021) Old-age dependency ratio increases across EU regions. Luxembourg: Eurostat. [online]. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210930-1> Luettu 7.10.2024
- Eurostat (2022) Life expectancy higher for women in all EU regions. Luxembourg: Eurostat. [online]. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20221118-1> Luettu 4.11.2024
- Feng, Z., Wang, W. W., Jones, K., & Li, Y. (2012). An exploratory multilevel analysis of income, income inequality and self-rated health of the elderly in China. *Social Science & Medicine* (1982), 75(12), 2481–2492.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.028>
- French, D. J., Browning, C., Kendig, H., Luszcz, M. A., Saito, Y., Sargent-Cox, K., & Anstey, K. J. (2012) A simple measure with complex determinants: Investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health*, 12(1), 649–649. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-649>
- Fritzell, J., Lundberg, O. (2005). Fighting Inequalities in Health and Income: One Important Road to Welfare and Social Development. Teoksessa Kangas, O., Palme, J. (toim.) *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries. Social Policy in a Development Context*. London: Palgrave Macmillan, 164–185.
https://doi.org/10.1057/9780230523500_7
- Gildner, T. E., Liebert, M. A., Capistrant, B. D., D’Este, C., Snodgrass, J. J., & Kowal, P. (2019) Perceived Income Adequacy and Well-being Among Older Adults in Six Low- and Middle-Income Countries. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(3), 516–525. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw145>
- Gil-Lacruz, M., Gil-Lacruz, A. I., Navarro-Lopez, J., & Aguilar-Palacio, I. (2022). Gender Gap in Self-Rated Health: A Cohort Perspective in Eastern European Countries. *Healthcare (Basel)*, 10(2), 365–378. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020365>
- Gómez-Costilla, P., García-Prieto, C., & Somarriba-Arechavala, N. (2022). Aging and Gender Health Gap: A Multilevel Analysis for 17 European Countries. *Social Indicators Research*, 160(2–3), 1051–1069. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02595-2>
- Hazelrigg, L. E., & Hardy, M. A. (1997) Perceived Income Adequacy among Older Adults: Issues of Conceptualization and Measurement, with an Analysis of Data. *Research on Aging*, 19(1), 69–107. <https://doi.org/10.1177/0164027597191004>

- Helmer, C., Barberger-Gateau, P., Letenneur, L., & Dartigues, J.-F. (1999) Subjective Health and Mortality in French Elderly Women and Men. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54B (2), 84–92.
<https://doi.org/10.1093/geronb/54B.2.S84>
- Henning-Smith, C., & Gonzales, G. (2020) The Relationship Between Living Alone and Self-Rated Health Varies by Age: Evidence From the National Health Interview Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 39(9), 971–980.
<https://doi.org/10.1177/0733464819835113>
- Huxhold, O., Fiori, K. L., & Windsor, T. D. (2013) The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, 28(1), 3–16.
<https://doi.org/10.1037/a0030170>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997) Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37.
<https://doi.org/10.2307/2955359>
- Ince Yenilmez, M. (2015) Economic and Social Consequences of Population Aging the Dilemmas and Opportunities in the Twenty-First Century. *Applied Research in Quality of Life*, 10(4), 735–752. <https://doi.org/10.1007/s11482-014-9334-2>
- Jahangir, S., & Sekher, T. V. (2023) Gender disparities in self-perceived health and subjective well-being among older adults in India: evidences from a large-scale survey. *SN Social Sciences*, 3(11). <https://doi.org/10.1007/s43545-023-00766-9>
- Jung, J., Yoon, S., Ahn, S., Kim, J., Nam, H., Ku, B. J., Kim, H., & Kwon, I. (2020) Changes in poor self-rated health status among elderly Koreans over 10 years: Community Health Survey 2008–2017. *Geriatrics & Gerontology International*, 20(12), 1190–1195. <https://doi.org/10.1111/ggi.14069>
- Jylhä, M. (2009) What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* (1982), 69(3), 307–316.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Jylhä, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. (1998) Is Self-Rated Health Comparable across Cultures and Genders? *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B (3), S144–S152.
<https://doi.org/10.1093/geronb/53B.3.S144>

- Jylhä, M., Volpato, S., & Guralnik, J. M. (2006) Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(5), 465–471. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.12.004>
- Jürges, H., Avendano, M., & Mackenbach, J. P. (2008) Are Different Measures of Self-Rated Health Comparable? An Assessment in Five European Countries. *European Journal of Epidemiology*, 23(12), 773–781. <https://doi.org/10.1007/s10654-008-9287-6>
- Kumar, S., & Pradhan, M. R. (2019). Self-rated health status and its correlates among the elderly in India. *Journal of Public Health*, 27(3), 291–299. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0960-2>
- Kurspahić-Mujčić, A., Čalkić, M., & Sivić, S. (2016) Impact of self-rated health among elderly on visits to family physicians. *Medicinski Glasnik*, 13(2), 161–166. <https://doi.org/10.17392/857-16>
- Kvorning, M. F., Nygaard, S. S., Srivarathan, A., Lau, C. J., & Lund, R. (2023) Social relations and health in an ethnically diverse social housing area selected for large structural changes compared to municipal levels: a Danish survey study. *BMC Public Health*, 23(1), 379–379. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15034-x>
- Lai, E. T. C., Yu, R., & Woo, J. (2021) Social gradient of self-rated health in older people—the moderating/mediating role of sense of community. *Age and Ageing*, 50(4), 1283–1289. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa277>
- Lampert, T., Schmidtke, C., Borgmann, L.-S., Poethko-Müller, C., & Kuntz, B. (2018) The subjective health of adults in Germany. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 61–68. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-073>
- Lau, S. Y. Z., Guerra, R. O., Barbosa, de Souza, J. F., & Phillips, S. P. (2018) Impact of resilience on health in older adults: a cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *BMJ Open*, 8(11), e023779–e023779. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023779>
- Layes, A., Asada, Y., & Kephart, G. (2012). Whiners and deniers – What does self-rated health measure? *Social Science & Medicine* (1982), 75(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.030>
- Lee, H. Y., Jang, S.-N., Lee, S., Cho, S.-I., & Park, E.-O. (2008) The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1042–1054. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.05.007>

- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (1998) Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women — A five-year longitudinal study. *Social Science & Medicine* (1982), 46(4), 591–597. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00205-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00205-0)
- Litwin, H., & Sapir, E. V. (2009) Perceived income adequacy among older adults in 12 countries: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *The Gerontologist*, 49(3), 397–406. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp036>
- Lorant, V., Demarest, S., Miermans, P.-J., & Van Oyen, H. (2007). Survey error in measuring socio-economic risk factors of health status: a comparison of a survey and a census. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1292–1299. <https://doi.org/10.1093/ije/dym191>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012) Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine* (1982), 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Lyyra, T.-M., Heikkinen, E., Lyyra, A.-L., & Jylhä, M. (2006) Self-rated health and mortality: Could clinical and performance-based measures of health and functioning explain the association? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(3), 277–288. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.08.001>
- Lyyra, T.-M., Leskinen, E., Jylhä, M., & Heikkinen, E. (2009) Self-rated health and mortality in older men and women: A time-dependent covariate analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 14–18. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.09.004>
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, Ö., Valkonen, T., & Kunst, A. E. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830–837. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg209>
- Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine* (1982), 44(6), 757–771. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00073-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00073-1)
- Manuti, B., Rizza, P., Pileggi, C., Bianco, A., & Pavia, M. (2013) Assessment of perceived health status among primary care patients in Southern Italy: Findings from a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 93–93. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-93>

- Marois, G., Bélanger, A., & Lutz, W. (2020) Population aging, migration, and productivity in Europe. *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS*, 117(14), 7690–7695. <https://doi.org/10.1073/pnas.1918988117>
- Marques, S., Swift, H. J., Vauclair, C.-M., Lima, M. L., Bratt, C., & Abrams, D. (2015) “Being old and ill” across different countries: Social status, age identification and older people’s subjective health. *Psychology & Health*, 30(6), 699–714. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.938742>
- Mathers, C. D., Stevens, G. A., Boerma, T., White, R. A., & Tobias, M. I. (2015) Causes of international increases in older age life expectancy. *The Lancet (British Edition)*, 385(9967), 540–548. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9)
- Mavaddat, N., Parker, R. A., Sanderson, S., Mant, J., Kinmonth, A. L., & Kiechl, S. (2014) Relationship of self-rated health with fatal and non-fatal outcomes in cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 9(7), e103509–e103509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103509>
- McFadden, E., Luben, R., Bingham, S., Wareham, N., Kinmonth, A. L., & Khaw, K. T. (2008) Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8(1), 230–230. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-230>
- Monden, C. (2014) Subjective Health and Subjective Well-Being. Teoksessa C.A. Michalos (toim.) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (2014th ed.). Dordrecht: Springer, 6423-6426. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5>
- Moor, I., Spallek, J., & Richter, M. (2017) Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(6), 565–575. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207589>
- Muhammad, T., & Maurya, P. (2023) Gender differences in the association between perceived income sufficiency and self-rated health among older adults: A population-based study in India. *Journal of Women & Aging*, 35(2), 168–182. <https://doi.org/10.1080/08952841.2021.2002663>
- Nummela, O., Seppänen, M., & Uutela, A. (2011) The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), 163–167. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.023>

- Nummela, O. P., Sulander, T. T., Heinonen, H. S., & Uutela, A. K. (2007) Self-rated health and indicators of SES among the ageing in three types of communities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(1), 39–47. <https://doi.org/10.1080/14034940600813206>
- Olsen, K. M., & Dahl, S.-Å. (2007) Health differences between European countries. *Social Science & Medicine* (1982), 64(8), 1665–1678. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.031>
- Oshio, T., Kimura, H., Nishizaki, T., & Omori, T. (2021) How does area-level deprivation depress an individual's self-rated health and life satisfaction? Evidence from a nationwide population-based survey in Japan. *BMC Public Health*, 21(1), 523–523. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10578-2>
- Palomäki, L.-M., Kuitto, K., Kuivalainen, S., & Riekhoff, A.-J. (2023) Size or Content of the Pie? Source of Income and Perceived Income Adequacy of Older Europeans. *Journal of Aging & Social Policy*, 35(1), 70–88. <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2121581>
- Pammolli, F., Riccaboni, M., & Magazzini, L. (2012) The sustainability of European health care systems: beyond income and aging. *The European Journal of Health Economics*, 13(5), 623–634. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0337-8>
- Pappa, E., & Niakas, D. (2006) Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: The case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6(1), 146–146. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-146>
- Picard, M., Juster, R. & Sabiston, C. (2013) Is the whole greater than the sum of the parts? Self-rated health and transdisciplinarity. *Health*, 5 (12A), 24–30. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.512A004>
- Poortinga, W., Dunstan, F. D., & Fone, D. L. (2008) Neighbourhood deprivation and self-rated health: The role of perceptions of the neighbourhood and of housing problems. *Health & Place*, 14(3), 562–575. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.10.003>
- Präg, P., Mills, M. C., & Wittek, R. (2016) Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison. *Social Science & Medicine* (1982), 149, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.044>
- Pu, C., Huang, N., Tang, G. J., & Chou, Y. J. (2011) When does poor subjective financial position hurt the elderly? Testing the interaction with educational attainment using a national representative longitudinal survey. *BMC Public Health*, 11(1), 166–166. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-166>

- Read, J. G., Gorman, B. K., Massey, D., & Cook, K. (2010) Gender and Health Inequality. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 371–386.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102535>
- Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016) Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & Mental Health*, 20(5), 529–542. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766>
- Reyes Fernández, B., Rosero-Bixby, L., & Koivumaa-Honkanen, H. (2016) Effects of Self-Rated Health and Self-Rated Economic Situation on Depressed Mood Via Life Satisfaction Among Older Adults in Costa Rica. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 225–243. <https://doi.org/10.1177/0898264315589577>
- Riise, H. K. R., Riise, T., Natvig, G. K., & Daltveit, A. K. (2014) Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. *Quality of Life Research*, 23(1), 145–153. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0453-2>
- Saha, A., Rahaman, M., Mandal, B., Biswas, S., & Govil, D. (2022). Rural urban differences in self-rated health among older adults: examining the role of marital status and living arrangements. *BMC Public Health*, 22(1), 2175–2175. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14569-9>
- Schaap, L. A., Sialino, L. D., de la Court, F., van Oostrom, S. H., Picavet, H. S. J., Verschuren, W. M. M., Visser, M., & Wijnhoven, H. A. H. (2024) Self-Rated Health among Older Adults: Longitudinal Analyses Examining Sex Differences across Different Birth Cohorts and Educational Levels. *Gerontology (Basel)*, 70(9), 962–969. <https://doi.org/10.1159/000539759>
- Schmitz, A. L., & Pförtner, T.-K. (2018) Health inequalities in old age: the relative contribution of material, behavioral and psychosocial factors in a German sample. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 40(3), e235–e243. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox180>
- Schneider, S. L. (2010) Nominal comparability is not enough: (In-)equivalence of construct validity of cross-national measures of educational attainment in the European Social Survey. *Research in Social Stratification and Mobility*, 28(3), 343–357. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2010.03.001>
- Schnittker, J. (2007) Working more and feeling better: Women’s health, employment, and family life, 1974–2004. *American Sociological Review*, 72(2), 221–238. <https://doi.org/10.1177/000312240707200205>

- Schnittker, J., Bacak, V., & Noymer, A. (2014) The increasing predictive validity of self-rated health. *PloS One*, 9(1), e84933–e84933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>
- Sen, A. (2002) Health: Perception Versus Observation: Self Reported Morbidity Has Severe Limitations And Can Be Extremely Misleading. *BMJ (Online)*, 324(7342), 860–861. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.860>
- Singh, L., Arokiasamy, P., Singh, P. K., & Rai, R. K. (2013) Determinants of Gender Differences in Self-Rated Health Among Older Population: Evidence From India. *SAGE Open*, 3(2), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2158244013487914>
- Smith, J. P. (2004) Unraveling the SES: Health Connection. *Population and Development Review*, 30, 108–132. <http://www.jstor.org/stable/3401465>
- Smith, K. V., & Goldman, N. (2007) Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Social Science & Medicine* (1982), 65(7), 1372–1385. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.023>
- Sol, K., Brauer, S., & Antonucci, T. C. (2023) Longitudinal Associations Between Loneliness and Self-Rated Health Among Black and White Older Adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 78(4), 639–648. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac200>
- Sommet, N., & Morselli, D. (2021) Keep Calm and Learn Multilevel Linear Modeling: A Three-Step Procedure Using SPSS, Stata, R, and Mplus. *International Review of Social Psychology*, 34(1). <https://doi.org/10.5334/irsp.555>
- Steel, N., Bauer-Staeb, C. M. M., Ford, J. A., Abbafati, C., Abdalla, M. A., Abdelkader, A., Abdi, P., Abeldaño Zuñiga, R. A., Abiodun, O. O., Abdolhassani, H. ...Zweck, E. (2025). Changing life expectancy in European countries 1990–2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(25\)00009-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(25)00009-x)
- Subramanian, S. V., Kubzansky, L., Berkman, L., Fay, M., & Kawachi, I. (2006) Neighborhood Effects on the Self-Rated Health of Elders: Uncovering the Relative Importance of Structural and Service-Related Neighborhood Environments. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), S153–S160. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.S153>
- Sulander, T., Pohjolainen, P., & Karvinen, E. (2012) Self-rated health (SRH) and socioeconomic position (SEP) among urban home-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 117–120. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.01.009>

- Sun, W., Watanabe, M., Tanimoto, Y., Shibutani, T., Kono, R., Saito, M., Usuda, K., & Kono, K. (2007) Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7(1), 297–297. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-297>
- Tamayo-Fonseca, N., Nolasco, A., Quesada, J. A., Pereyra-Zamora, P., Melchor, I., Moncho, J., Calabuig, J., & Barona, C. (2015) Self-rated health and hospital services use in the Spanish National Health System: A longitudinal study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 492–492. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1158-8>
- Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Välimaa, R., Danielson, M., & Overpeck, M. (2006) Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine* (1982), 62(4), 815–827. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.047>
- Tsang A., Von Korff M., Lee S., Alonso J., Karam E., Angermeyer M. C., Borges G. L., Bromet E.J., Demyttenaere K., de Girolamo G., de Graaf R., Gureje O., Lepine J. P., Haro J. M., Levinson D., Oakley Browne M. A., Posada-Villa J., Seedat S., Watanabe M. (2008) Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *The journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 9(10), 883–891. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.05.005>
- Tur-Sinai, A., Paz, A., & Doron, I. (2022) Self-Rated Health and Socioeconomic Status in Old Age: The Role of Gender and the Moderating Effect of Time and Welfare Regime in Europe. *Sustainability*, 14(7), 4240-. <https://doi.org/10.3390/su14074240>
- Verropoulou, G. (2009) Key elements composing self-rated health in older adults: a comparative study of 11 European countries. *European Journal of Ageing*, 6(3), 213–226. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0125-9>
- Vuorisalmi, M., Pietilä, I., Pohjolainen, P., & Jylhä, M. (2008) Comparison of self-rated health in older people of St. Petersburg, Russia, and Tampere, Finland: how sensitive is SRH to cross-cultural factors? *European Journal of Ageing*, 5(4), 327–334. <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0093-5>
- Whitmore, C., Markle-Reid, M., Fisher, K., McAiney, C., & Ploeg, J. (2021) What Factors Shape Self-Reported Health Among Community-Dwelling Older Adults? A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging*, 40(2), 177–192. <https://doi.org/10.1017/S0714980820000124>

- WHO (2015) World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization.
[online]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042> Luettu 17.11.2024.
- Wooldridge, J. M. (2020). *Introductory econometrics: a modern approach* (Seventh edition.). Boston, Massachusetts: Cengage Learning.
- Wuorela, M., Lavonius, S., Salminen, M., Vahlberg, T., Viitanen, M., & Viikari, L. (2020) Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: A prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. *BMC Geriatrics*, 20(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01516-9>
- Xiao, Q., Berrigan, D., & Matthews, C. E. (2017) A prospective investigation of neighborhood socioeconomic deprivation and self-rated health in a large US cohort. *Health & Place*, 44, 70–76. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.01.003>
- Xie, S., Hubbard, R. A., & Himes, B. E. (2020) Neighborhood-level measures of socioeconomic status are more correlated with individual-level measures in urban areas compared with less urban areas. *Annals of Epidemiology*, 43, 37–43.e4. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.01.012>
- Youm, Y., Laumann, E. O., Ferraro, K. F., Waite, L. J., Kim, H. C., Park, Y. R., Chu, S. H., Joo, W. T., & Lee, J. A. (2014) Social network properties and self-rated health in later life: Comparisons from the Korean social life, health, and aging project and the national social life, health and aging project. *BMC Geriatrics*, 14(1), 102–102. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-102>
- Yoshimitsu, K., Tabira, T., Kubota, M., Ikeda, Y., Inoue, K., & Akasaki, Y. (2017) Factors affecting the self-rated health of elderly individuals living alone: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 10(1), 512–512. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2836-x>
- Zajacova, A., Huzurbazar, S., & Todd, M. (2017) Gender and the structure of self-rated health across the adult life span. *Social Science & Medicine* (1982), 187, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.019>
- Zhao, B., Kim, J. E., Moon, J., & Nam, E. W. (2023) Social engagement and subjective health among older adults in South Korea: Evidence from the Korean Longitudinal Study of Aging (2006–2018). *SSM - Population Health*, 21, 101341-. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101341>
- Zheng, J. & Ni, Z. (2025). Living arrangements, health outcomes, and the buffering role of social capital among older adults in China. *Frontiers in Public Health* 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1469914>

Zou, H., Xiong, Q., & Xu, H. (2020) Does Subjective Social Status Predict Self-Rated Health in Chinese Adults and Why? *Social Indicators Research*, 152(2), 443–471.

<https://doi.org/10.1007/s11205-020-02445-1>