

Koettu terveys ja sen erot Euroopassa

Koettu terveys synnyinmaassaan asuvilla ja maahanmuuttajilla viidessä Euroopan maaryhmässä

Sosiaalipolitiikka
pro gradu -tutkielma

Laatija:
Siiri Päätaalo

8.5.2025
Turku

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Sosiaalipolitiikka

Tekijä: Siiri Pääatalo

Otsikko: Koettu terveys ja sen erot Euroopassa – Koettu terveys synnyinmaassaan asuvilla ja maahanmuuttajilla viidessä Euroopan maaryhmässä.

Ohjaaja: Professori Heikki Ervasti

Sivumäärä: 81 sivua + 1 liite

Päivämäärä: 8.5.2025

Terveyserot ovat kasvaneet maailmalla huomattavasti terveyden yleisestä parantumisesta huolimatta. Eurooppa on jakautunut terveyden ja terveyserojen mukaan. Lisäksi aiemmassa tutkimuksessa on havaittu terveen maahanmuuttajan paradoksi, eli ilmiö, jossa maahanmuuttajat ovat muuta väestöä terveempiä. Tämän tutkiminen on tärkeää, sillä maahanmuuttajien määrä on kasvanut Euroopassa huomattavasti. Tässä tutkielmassa tarkastellaan subjektiivisen terveyden selittäviä tekijöitä ja terveyseroja Euroopan viidessä maaryhmässä. Tarkastelua tehdään myös maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien välillä. Tutkielmassa tarkastellaan ajallista muutosta kymmenen vuoden ajalta

Tämän pro gradu -tutkielman aineistona käytetään European Social Survey -kyselytutkimuksen kierroksia 7 ja 11 vuosilta 2014 ja 2023. Tutkielma kattaa 17 Euroopan maata. Menetelminä hyödynnetään ristiintaulukointia sekä yksitasoista ja hierarkkista lineaarista regressioanalyysiä.

Tutkielman tulokset ovat pääsääntöisesti linjassa aiemman tutkimuksen kanssa. Sosioekonominen asema on erittäin merkitsevä subjektiivisen terveyden määrittäjä. Maahanmuuttajien koettu terveys on synnyinmaassaan asuvia parempaa Pohjoismaissa, Etelä-Euroopassa sekä Keski- ja Länsi-Euroopassa ja huonompaa Itä-Euroopassa. Itä- ja Etelä-Euroopassa koettu terveys on parantunut vuosien 2014 ja 2023 välillä, ja Pohjoismaissa ja anglosaksisissa maissa se on heikentynyt.

Tuloksista voidaan päätellä, että Eurooppaa tutkittaessa tulee aina tunnistaa alueen heterogeenisyys. Mikäli Eurooppaa tarkastellaan yhtenäisenä alueena, sen sisäinen vaihtelu jää huomaamatta. Ajallisen kehityksen suhteen on kuitenkin havaittavissa, että eurooppalaisten terveys on yhtenäistynyt. Parhaan koetun terveyden maissa terveys on heikentynyt ja heikomman terveyden maissa parantunut. Terveen maahanmuuttajan paradoksi ei koske kaikkia Euroopan maita. Saattaa olla, että terveen maahanmuuttajan paradoksi liittyy siihen, millaisia maahanmuuttajia mihinkin maahan saapuu. Lisäksi kotoutumispolitiikalla voi olla merkitystä asiaan. Terveyseroja on nähtävissä paljon esimerkiksi sosioekonomisen aseman, terveystyötytymisen ja hoitoon pääsyn kohdalla. Tämän pohjalta voidaan esittää, että laadukkaiden ja eri ihmisryhmät tavoittavien palveluiden tarjoaminen on olennaista terveyserojen pienentämiseen tähtäävää politiikkaa. Koska terveyseroja on niin monen tekijän kohdalla, on tärkeää, ettei terveyst politiikka keskity vain yhteen ulottuvuuteen, vaan yltää yhteiskunnan eri kerroksiin.

Avainsanat: subjektiivinen terveys, terveyserot, sosioekonomiset terveyserot, terveen maahanmuuttajan paradoksi

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
2	Terveyserot Euroopassa	8
2.1	Terveyserojen kehitys Euroopassa	8
2.2	Terveyserojen vähentäminen ja sen keinot	11
2.3	Kriisien vaikutus terveyseroihin	13
3	Terveyseroihin yhteydessä olevat tekijät	19
3.1	Subjekttiivinen terveys terveyden ja terveyserojen mittarina	19
3.2	Sosioekonomiset tekijät	21
3.3	Demografiset tekijät	24
3.4	Terveyskäyttäytyminen	28
3.5	Maiden väliset erot	31
4	Tutkimusasetelma	33
4.1	Tutkimuskysymykset	33
4.2	Aineisto ja muuttujat	33
4.3	Tutkimusmenetelmä	36
5	Tulokset	38
5.1	Jakaumat ja ristiintaulukoinnit	38
5.2	Subjekttiivinen terveys Euroopassa	40
5.3	Subjekttiivisen terveyden selittävät tekijät maahanmuuttajilla ja synnyinmaassaan asuvilla	46
5.4	Subjekttiivisen terveyden selittävät tekijät maaryhmittäin Euroopassa	50
6	Johtopäätökset	60
7	Lähteet	66
	Liitteet	82
	Liite 1. Selittävien muuttujien yhteys subjektiiviseen terveyteen Euroopan maaryhmiin, vuodet 2014 ja 2023. Hierarkkinen lineaarinen regressio, painotettu.	82

1 Johdanto

Terveys on elämää voimakkaasti määrittelevä tekijä. Se on myös yhteiskunnille tärkeä arvo, ja Euroopassa terveyttä pyritäänkin edistämään niin Euroopan unionin kuin valtioiden, ja jopa kaupunkien tasoilla. Terveystenhoito, ennaltaehkäisevät palvelut sekä haittaverot ovat kaikki keinoja, joilla tavoitellaan parempaa kansanterveyttä.

Terveyden edistämiseen tähtäävistä toimista huolimatta tiedetään, että Euroopassa on paljon terveyseroja. Vaikka absoluuttinen terveys on parantunut, ovat erot terveydessä suurentuneet (esim. Hu, van Lenthe, Borsboom, Looman, Bopp, Burström, Džurova, Ekholm, Klumbiene, Lahelma, Leinsalu, Regidor, Santana, Gelder & Mackenbach 2016; Lahelma 2020). Kaikki eivät siis hyödy näistä toimista yhtäläisesti. Tässä tutkielmassa tarkoituksena on tarkastella koettuun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä. Erityisesti demografisten tekijöiden yhteyksillä voidaan tarkastella sitä, onko joidenkin ryhmien terveys heikompaa kuin toisten. Tämän avulla voidaan pohtia, tavoittavatko terveyden edistämisen keinot kaikkia ryhmiä tasavertaisesti. Tutkielmassa tarkastellaan eroja sekä mikro- että makrotasolla vertaillen maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien sekä eri maaryhmien välisiä eroja että ryhmien sisäisiä eroja.

Euroopassa eroavaisuuksia terveydessä on niin maiden ja alueiden välillä (esim. Mackenbach 2019), kuin myös esimerkiksi tulotason, koulutuksen sekä sukupuolen mukaan maarajat ylittäen (esim. Cui & Chang 2021; Parikka, Koskela, Ikonen, Kilpeläinen, Hedman, Koskinen & Lounamaa 2020). Aiemmassa tutkimuksessa Euroopasta onkin muodostettu alueita niille tyypillisten terveyserojen mukaan: Itä-Euroopasta on puhuttu katastrofialueena, Pohjoismaista paradoksialueena, jossa terveyserot ovat universaalista terveydenhuollosta huolimatta suuria, ja Etelä-Euroopasta ihmeenä, sillä alueen terveyserot ovat pieniä, vaikka universaalialueen terveydenhuoltoa tai kattavia tukijärjestelmiä ei ole (Mackenbach 2018). Eurooppa on siis alueena heterogeeninen, eikä sitä tule niputtaa yhdeksi kokonaisuudeksi. Tällöin tietoa jää yksinkertaistuksen vuoksi helposti piiloon.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan maaryhmien välisten erojen lisäksi synnyinmaassaan asuvien ja maahanmuuttajien välisiä eroja koetussa terveydessä. Maahanmuuttajien terveys on havaittu useissa tutkimuksissa muuta väestöä paremmaksi, ja tämä ilmiö on nimetty terveen maahanmuuttajan paradoksiksi. Ilmiötä kutsutaan paradoksiksi, sillä maahanmuuttajat ovat

usein muuta väestöä matalammissa sosioekonomisissa luokissa (esim. Slacalek, Peres Kolndrekaj, Propst & Dossche 2022).

Maahanmuuttajat muodostavat merkittävän väestönosan Euroopassa nykyään. Maittain määrä vaihtelee, mutta vuonna 2024 lähes 14 prosenttia Euroopan Unionin alueella asuvasta väestöstä oli maahanmuuttajia (Eurostat 2025). Maahanmuuttajien työttömyyden ja pienituloisuuden tiedetään olevan syntyperäisiä asukkaita korkeampaa Euroopassa (Slacalek ym. 2022). Nämä tekijät on aiemmassa tutkimuksessa yhdistetty heikompaan terveyteen (esim. Kestilä, Karvonen, Jauhiainen & Mikkola 2023), jonka vuoksi maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien välisiä mahdollisia eroja sekä terveen maahanmuuttajan paradoksia on tarkasteltava ja tietoa päivitettävä. Maahanmuuttajien suuren määrän vuoksi kyseisen ryhmän terveys on kiinnostavaa myös kansanterveyden kannalta.

Turra ja Goldman (2007) ovat nostaneet esiin, että terveystutkimus on pitkään ollut kahtia jakautunutta: osa on keskittynyt juuri sosioekonomisiin eroihin ja sosiaaliseen gradienttiin, osa puolestaan etnisiin eroihin. He kuitenkin argumentoivat tämän jaottelun olevan keinotekoinen ja epätuottelias, sillä etnisyyden, rodun, sosioekonomisen aseman ja terveyden interaktiot ovat monimutkaisia. He nostavat esiin sen, että molemmat ulottuvuudet tulisi huomioida yhdessä, jotta terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä saadaan paras mahdollinen kokonaiskuva. Tässä tutkielmassa pyritään täyttämään tämä tarve ja tarkastelemaan sekä maahanmuuttostatuksen että sosiodemografisten tekijöiden roolia terveydessä niin yksilötasolla kuin myös laajemmin makrotasolla maaryhmiä vertaillen. Tutkielman tavoitteena on tuottaa päivitettyä tietoa terveyseroista Euroopassa niin synnyinmaassaan asuvien kuin maahanmuuttajienkin osalta sekä tarkastella viimeisen kymmenen vuoden aikana tapahtunutta muutosta terveydessä.

Maahanmuuttajilla tarkoitetaan tässä tutkielmassa muussa, kuin asuinmaassaan syntyneitä henkilöitä. Heihin eivät siis tässä tutkielmassa kuulu asuinmaassaan syntyneet, joiden toinen tai molemmat vanhemmat ovat syntyneet ulkomailla. Tästä joukosta käytetään usein termiä *toisen polven maahanmuuttajat*, joskin termin pätevyyttä on kritisoitu usein, sillä kyseiseen ryhmään kuuluvat eivät ole itse muuttaneet maahan (esim. Rask 2017). Työ- ja elinkeinoministeriön (2025, s. 25) laatiman Kotoutumisen sanaston mukaan maahanmuuttaja-termiä tulisikin käyttää vain tilanteissa, joissa termillä on selittävä arvo, kuten tilastoissa.

Asuinmaassaan syntyneistä käytetään maahanmuuttajia koskevassa tutkimuksessa vaihtelevia sanoja, eikä yhtä vakiintunutta termiä ole. Tutkimuksissa on viitattu muun muassa

kantaväestöön (Kieseppä & Lehti 2021) ja valtaväestöön (Rönkkö 2022) sekä syntyperäisiin asukkaisiin (Pehkonen & Heikkilä 2024). Lisäksi erityisesti kieliä ja kielen oppimista käsittelevässä tutkimuksessa käytetään käsitteenä yleensä natiivi-sanaa (esim. Honko 2017). Englanninkielisessä tutkimuksessa synnyinmaassaan asuviin viitataan usein termeillä native tai native-born, mutta suomenkielisessä käännöksessä on vaihtelevuutta. Jokainen mainitsemani termi on kuitenkin tämän tutkielman kontekstissa haasteellinen. Castaneda (2017) argumentoi, että tutkimuksessa kirjoittaja tekee jatkuvasti kannanottoja valitsemansa kielen perusteella, ja tämän vuoksi terminologiaan on kiinnitettävä erityistä huomiota, kun sillä on mahdollista luoda kahtiajakoa ja erimerkiksi vahvistaa valtasuhteita. Kantaväestö, valtaväestö sekä syntyperäinen asukas eivät termeinä kuvaa tässä tutkielmassa käytettävää joukkoa, sillä siihen kuuluvat kaikki synnyinmaassaan asuvat, vaikka he eivät kielen, etnisyyden tai esimerkiksi uskonnon vuoksi kuuluisi aiemmin mainittuihin joukkoihin. Natiivi-termiä on käytetty erityisesti kielentutkimuksessa esimerkiksi natiivitason kielitaidosta puhuttaessa (esim. Honko 2017), ja toisaalta sillä viitataan myös alkuperäiskansoihin. Termi ei ole vakiintunut maahanmuuttajan vastapariksi tilastotutkimuksessa.

Koska tästä käsitteiden pohdinnasta voisi tehdä kokonaisen oman yhteiskunta- ja kielitieteitä yhdistelevän tutkimuksen, käytetään tässä tutkielmassa nimitystä *synnyinmaassaan asuvat*. Tätä termiä käytetään usein määrittelemään maahanmuuttajia: maahanmuuttajia ovat kaikki, jotka asuvat muualla, kuin synnyinmaassaan (esim. Peltoniemi, Lahtinen & Wass 2019). Muualla syntyneistä voisi vastaavasti käyttää nimitystä synnyinmaansa ulkopuolella asuvat, mutta terminä se olisi pitkä, ja maahanmuuttaja on tällaisessa tutkimuksessa vakiintunut termi kyseiselle joukolle. Synnyinmaassaan asuville ei tällaista vakiintunutta termiä tai Kotoutumisen sanaston (2025) kaltaista suositusta ole.

Tutkielma rakentuu siten, että ensin luvussa 2 esitellään terveyseroja ja niiden kehitystä sekä pyrkimyksiä niiden vähentämiseen Euroopassa. Sen jälkeen luvussa 3 syvennyttään sosioekonomisen aseman merkitykseen terveyseroissa ja tarkastellaan terveyden sosiaalisia determinantteja kuten demografisia tekijöitä sekä terveystyötyymistä. Tutkielmassa käydään läpi terveyseroihin liittyviä teorioita sekä tarkastellaan aiheeseen liittyvää kiinnostavaa terveen maahanmuuttajan paradoksia. Luvussa 4 esitellään tutkielman tutkimusasetelma, tutkimuskysymykset sekä hyödynnettävät menetelmät tarkemmin. Luvussa 5 esitellään tulokset ja luvun 6 johtopäätöksissä pohditaan tulosten merkittävyyttä ja sitä, mitä

ne kertovat ilmiöstä ja Euroopan terveystilanteesta. Lisäksi esitetään ehdotuksia jatkotutkimukseen.

2 Terveyserot Euroopassa

Terveyseroja Euroopassa on tutkittu pitkään. Euroopassa on tehty paljon maiden välistä vertailevaa tutkimusta, jonka ansiosta terveyden ja terveyserojen kehityksestä tiedetään melko paljon, vaikka ilmiön selittäminen onkin osoittautunut haastavaksi.

Terveyserojen tutkimuksessa olennaista on erottaa toisistaan suhteelliset terveyserot ja absoluuttiset terveyserot. Suhteellisia terveyseroilla tarkoitetaan tarkastelutapaa, jossa verrataan kahden ryhmän sairastavuutta tai kuolleisuutta riippumatta sen absoluuttisesta tasosta. Toisella ryhmällä voi siis olla esimerkiksi kaksin- tai kolminkertainen riski sairastua syöpään verrattuna toiseen ryhmään. Suhteellisilla terveyseroilla pyritään kuvaamaan terveyserojen suuruutta, ja erityisesti terveyserojen syitä tutkittaessa käytetään usein suhteellisia terveyseroja. Absoluuttisilla terveyseroilla puolestaan kuvataan sairaiden tai kuolleiden lukumäärää ryhmien keskuudessa. Absoluuttisia terveyseroja tarkastelemalla saadaan siis terveyserojen tunnistamisen lisäksi tietoa sairaiden lukumäärästä ja sen avulla myös sairaiden painoarvosta väestötasolla. Absoluuttisten terveyserojen tutkimista pidetään tärkeänä erityisesti terveystalouden kannalta, sillä politiikalla pyritään erityisesti vähentämään sairauksia ja ennenaikaisia kuolemia siellä, missä niitä on absoluuttisesti eniten. (Rahkonen & Lahelma 2017.)

2.1 Terveyserojen kehitys Euroopassa

Tutkimuksissa on havaittu kaksi kiinnostavaa trendiä terveydessä: samalla, kun terveys paranee, sosioekonomiset terveyserot kasvavat. Samaan aikaan Eurooppa on jakautunut terveyserojen suhteen kahtia. Esimerkiksi vuonna 2018 todettiin, että läntisessä Euroopassa suhteelliset terveyserot ovat kasvaneet viimeisten vuosikymmenien aikana, mutta kuolleisuuden lasku sekä matalasti että korkeasti koulutettujen ryhmässä on aiheuttanut useissa maissa absoluuttisten terveyserojen laskun. (Mackenbach, Valverde, Artnik, Bopp, Brønnum-Hansen, Deboosere, Kalediene, Kovács, Leinsalu, Martikainen, Menvielle, Regidor, Rychtaríková, Rodríguez-Sanz, Vineis, White, Wojtyniak, Hu & Nusselder, 2018.)

Mackenbach kumppaneineen tarkasteli tutkimuksessaan terveyserojen trendejä Euroopan eri maissa vuosina 1980–2014. Tutkimuksessa keskityttiin muun muassa erilaisten kriisien rooliin terveyserojen muutoksissa. Tätä esitellään tarkemmin jaksossa 2.3. Mackenbach ja kumppanit (2018) totesivat tutkimuksessaan myös sen, että itäisessä Euroopassa sekä suhteelliset että absoluuttiset terveyserot ovat räjähtäneet käsiin 1990-luvun alun jälkeen.

Mackenbach (2019) on käyttänyt tästä ilmiöstä nimitystä Itä-Euroopan katastrofi, joka on saanut alkunsa Neuvostoliiton hajoamisesta.

Pohjoismaissa terveyserojen kehitys on ollut päinvastaista odotettuun verrattuna.

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion tavoitteisiin on kuulunut universaalin terveydenhuollon lisäksi muun muassa tasa-arvon tavoittelu (esim. Kangas & Kvist 2018). Vertailevassa tutkimuksessa on kuitenkin havaittu, että terveyden eriarvoisuus ei olekaan Pohjoismaissa muita maita pienempää, vaan terveyseroja on melko paljon (esim. Consolazio, Sarti & Terraneo 2022). Mackenbach on nimennyt tämän ilmiön Pohjoismaiden paradoksiksi.

Tuloerot ja köyhyys ovat Pohjoismaissa verrattain pieniä, mutta jostain syystä kuolleisuuden eriarvoisuus ei ole samalla tavalla pienempää. (Mackenbach 2017.) Suomessa terveyserojen on jopa todettu kasvaneen vuosien 2000 ja 2017 välillä joiltain osin (Majlander, Kuusio, Kauppinen, Kilpeläinen, Koskela & Rotko 2021). Tutkimuksessa on myös havaittu, että maahanmuuton kasvaessa myös tuloerot kasvavat usein, sillä maahanmuuttajien tulot ovat usein muuta väestöä pienempiä (Pareliussen & Robling 2018). Maahanmuutolla voi siis olla rooli myös Pohjoismaisen paradoksin voimakkuudessa.

Pohjoismaista paradoksia on pyritty selittämään tutkimuksessa. Mackenbach (2017) itse on esittänyt kolme selittävää tekijää, jotka voivat olla yhteydessä suuriin terveyseroihin Pohjoismaissa. Ensimmäinen näistä on se, ettei hyvinvointivaltio ole onnistunut poistamaan eriarvoisuutta materiaalistien resurssien suhteen. Koko väestön tasolla tuloerot ja köyhyys ovat Pohjoismaissa muita Euroopan maita matalampia, mutta siitä huolimatta eriarvoisuutta on paljon muun muassa varallisuuden ja asuinolojen suhteen. (Mackenbach 2017.) Esimerkiksi Suomessa varakkain kymmenys omisti vuonna 2016 47 prosenttia Suomen nettovaroista (Törmälehto 2019). Suhteellisten pienien tuloerojen maassakaan resurssit eivät siis jakaudu tasaisesti.

Toiseksi Pohjoismaiden paradoksia selittäväksi ilmiöksi Mackenbach (2017) nostaa hyvinvointivaltion kehityksen aiheuttaman muutoksen sosiaalisessa liikkuvuudessa ja stratifikaatiossa. Hän toteaa, että nämä muutokset ovat vahvistaneet jo olemassa olevaa sosiaalista eriarvoisuutta, mutta myös luoneet uusia ulottuvuuksia sille. Ajan myötä korkeakoulujen hyöty on noussut aiempaa suuremmaksi korkeakoulutettujen tulotason myötä. Tämän lisäksi korkeakoulutetut pariutuvat yleensä saman koulutusluokan ihmisten kanssa ja viettävät aikaa heidän kanssaan. Nämä ilmiöt ovat Pohjoismaissa muuta Eurooppaa kehittyneempiä, jonka vuoksi niillä voi olla yllättävänkin suuri rooli kuolleisuuden

eriarvoisuudessa. (Mackenbach 2017.) Korkeakoulutuksen tiedetään periytyvän (esim. Heiskala, Erola & Kilpi-Jakonen 2021), mikä osoittaa, ettei ilmainen tai edullinen koulutuskaan riitä poistamaan koulutukseen pohjautuvaa luokan periytymistä.

Kolmas tekijä Pohjoismaiden paradoksissa on Mackenbachin (2017) mukaan se, että väestön terveyden parantuessa ja kuolleisuuden laskiessa korkeasti koulutetut ovat hyötäneet ilmiöistä enemmän. Korkeasti koulutettujen on muun muassa helpompaa hakeutua terveydenhoitoon ja he hyödyntävätkin sitä muita enemmän. Korkeasti koulutettujen terveyskäyttäytyminen on myös muita parempaa. Tämän vuoksi suhteelliset terveyserot ovat kasvaneet. (Mackenbach 2017.) Pohjoismaissa kiinnostavaa on se, että korkeakoulutettujen osuuksissa väestöstä ei ole suuria eroja maahanmuuttajien tai synnyinmaassaan asuvien välillä (Nordic Statistics Database 2024). Vaikka tutkimuksessa on siis havaittu eroja maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien välillä terveydessä, ei koulutuksen taso liene tässä selittävä tekijä.

Etelä-Euroopan ihmeellä Mackenbach (2017) puolestaan kuvaa ilmiötä, jossa Etelä-Euroopassa terveyserot ovat pieniä siitä huolimatta, että maissa ei ole vahvoja sosiaaliturvajärjestelmiä tai terveyden edistämisen politiikkaa. Taustalla vaikuttava ajatus on, että tähän ilmiöön vaikuttavat samat tekijät kuin Pohjoismaiden paradoksiin, mutta Etelä-Euroopassa ne vaikuttavat päinvastoin. (Mackenbach 2017.) Etelä-Euroopassa palvelusektorin kasvu ja korkeakoulutuksen yleistymisen tapahtuivat muuta Eurooppaa myöhemmin. Samoin Etelä-Eurooppa alueena on ollut historiassa pitkään maastamuuttoaluetta, mutta 2000-luvulla se on suhteellisen nopeasti muuttunut suosituksi maahanmuuttokohteeksi. Tämä muutos alkoi erityisesti Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen 1990-luvulla. (Peixoto, Arango, Bonifazi, Finotelli, Sabino, Strozza & Triandafyllidou 2012.) Mackenbachin (2017) mukaan tämän vuoksi tällä hetkellä kuolleisuustilastoissa suurimpana ikäluokkana olevat vanhemmat sukupolvet eivät ole olleet pienituloisina tai kouluttamattomina sosiaalisesti marginalisoituja, vaan osa valtaväestöä. Tämän analyysin pohjalta voisikin arvioida, että terveyserot Etelä-Euroopassa ovat kasvamassa tulevaisuudessa. Tästä onkin saatu viitteitä tuoreessa tutkimuksessa, esimerkiksi Seraponi ja Hespanha (2023) tarkastelivat Etelä-Euroopan terveyseroja, ja havaitsivat niiden kasvaneen merkittävästi Covid-19-pandemian myötä.

Toinen Mackenbachin (2017) mukaan Etelä-Euroopan ihmettä selittävä tekijä liittyy myös yhteiskunnan modernisaatioon. Etelä-Euroopassa muutokset kulttuurissa, naisen roolissa sekä terveyskäyttäytymisessä kuten ruokavaliossa ja tupakoimisessa ovat myös tapahtuneet muuta Eurooppaa myöhemmin. Tämän vuoksi erityisesti tupakointiin liittyvät terveyserot ovat

erittäin pieniä eteläisissä Euroopan maissa. Esimerkiksi Espanjassa tupakointiin liittyvä kuolleisuus naisilla on toistaiseksi yleisempää korkeasti koulutetuilla, kuin matalasti koulutetuilla. Huomattavaa on kuitenkin, että vaikka Etelä-Euroopassa kuolleisuuserot ovat matalia, on terveyseroja silti huomattavissa esimerkiksi miesten ja naisten välillä.

(Mackenbach 2017.) Tämä voi johtua perinteisistä sukupuolirooleista, sillä erityisesti matalammissa sosioekonomisissa luokissa olevat naiset käyvät muita harvemmin töissä ja saavat enemmän lapsia. Mieselättäjämallin mukaan elävissä perheissä naisilla voi olla vähemmän vapaa-aikaa esimerkiksi liikunnalle ja omasta hyvinvoinnista huolehtimiselle. (Roskam, Kunst, van Oyen, Demarest, Klumbiene, Regidor, Helmert, Jusot, Dzurova & Mackenbach 2010.)

Etelä-Euroopassa on silti edelleen havaittu erittäin hyvää terveyttä verrattuna muuhun Eurooppaan. Terveyserojen on tunnistettu olevan siellä yksiä Euroopan pienimmistä (esim. Schneider, Roots & Rathmann 2021). Muutoksia ja eriarvoisuuksia löytyy kuitenkin edelleen, eli tutkimuksessa ei tule tuudittautua oletukseen, että Etelä-Euroopassa terveys on hyvää ja terveyserot aina pieniä. Tuoreessa tutkimuksessa havaittiinkin, että Etelä-Euroopassa on tulojen mukaan suurinta eriarvoisuutta rintasyövän ja paksusuolen syövän seuluntoihin osallistumisessa koko Euroopassa (Bozhar, McKee, Spadea, Veerus, Heinävaara, Anttila, Senore, Zielonke, de Kok, van Ravesteyn, Lansdorp-Vogelaar, de Koning & Heijnsijk 2022). Terveyttä ja sitä ennustavia tekijöitä tulee siis muistaa tarkastella useilla eri mittareilla.

2.2 Terveyserojen vähentäminen ja sen keinot

Terveyden merkitys sekä yksilöille että yhteiskunnalle on kiistaton. Ihmiset kokevat terveyden eri tavoin. WHO:n (1948) määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tila. Tämä on herättänyt kritiikkiä, sillä kyseinen ideaali on käytännössä mahdotonta saavuttaa (esim. Armitage 2023; Huber 2011), ja siksi terveydestä puhutaankin nykyään usein myös subjektiivisena kokemuksena. Tämän vuoksi useissa tutkimuksissa ja aineistoissa terveyttä tarkastellaankin diagnoosien lisäksi itsearvioidun terveyden kautta (esim. European Social Survey 2014). Ihmisten arvoja on länsimaissa tutkittu paljon, ja säännönmukaisesti terveys mainitaan yhtenä tärkeimmistä arvoista (esim. Bowling 1995, Hallamaa 2004.) Lisäksi heikosta terveydestä on ihmisille taloudellista sekä sosiaalista haittaa, jonka vuoksi hyvää terveyttä voidaan pitää tavoiteltavana asiana (De Nardi, Pashchenko & Porapakkarm 2024).

Kaikkien ihmisryhmien terveys on myös yhteiskunnan toimintakyvyn ja kansantalouden kannalta tavoiteltava asia. Esimerkiksi Suomessa työkyvyttömyyden hintalapuksi on vuonna 2014 arvioitu noin kahdeksan miljardia euroa (Rissanen & Kaseva 2014). Terveyttä pidetään siis tärkeänä sen itsensä takia, mutta sillä on myös välinearvoa sekä yksilöille että yhteiskunnalle. Terveiden edistäminen ja terveyserojen pienentäminen on siis tärkeää, ja sen keinoista onkin tehty paljon tutkimusta.

Clare Bambra (2021) analysoi tutkimuksessaan viittä esimerkkiä historiasta, joissa terveyseroja on onnistuttu vähentämään. Esimerkkeinä hän hyödynsi muun muassa pohjoismaisen hyvinvointimallin roolia, Brasilian demokratisointia sekä Itä- ja Länsi-Saksan yhdistymistä. Tutkimuksen tuloksena Bambra (2021) nosti esiin kolme tekijää, joiden avulla terveyseroja voidaan pienentää: hyvinvointivaltion laajentaminen, terveydenhuollon saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen sekä työväenluokan ja vähemmistöjen inkluusio politiikassa.

Terveyserojen vähentämisen strategioita ja niiden vaikuttavuutta on tutkittu myös meta-analyysien avulla. 2020 julkaistussa tutkimuksessa Garzón-Orjuela, Samacá-Samacá, Luque Angulo, Mendes Abdala, Reveiz & Eslava Schmalbach totesivat, että strategioiden vaikuttavuudessa merkittävää oli se, että ne läpäisivät terveydenhuollon kaikki kerrokset. Tutkimuksessa terveyserojen vähentämisen strategiat jaettiin kolmeen luokkaan, jotka eroavat Bambran (2021) jaottelusta: taloudelliset poliittiset muutokset (esim. tupakkaverot, koulutuspolitiikan kohdistaminen haavoittuvassa asemassa oleville), työn ja asutuksen roolien tunnistaminen terveyden sosiaalisina determinantteina ja sitä kautta työ- ja asumisolojen parantaminen. Kolmas luokka tutkimuksessa oli universaalinen terveydenhuollon takaaminen esimerkiksi verkossa tapahtuvien terveyspalveluiden sekä tiedon lisäämisen avulla. (Garzón-Orjuela ym. 2020.)

Vaikka tutkimuksessa on löydetty keinoja terveyserojen vähentämiseksi, on myös todettu, että niiden soveltaminen politiikassa on vajavaista ja haastavaa. Euroopan 13 maan terveystaloustieteiden tutkimuksessa todettiin, että terveyserojen vähentäminen jää yleensä politiikassa hyvien aikeiden tasolle ilman konkreettista toteutusta (Barsanti, Salmi, Bourgueil, Daponte, Pinzal & Meníval 2017). Barsanti ja kumppanit (2017) toteavat, että erilaisten interventioiden vaikuttavuudesta on vain vähän tietoa, joten on vaikeaa antaa käytännön suosituksia siitä, millaiset toimet ovat tehokkaita. Tähän liittyneekin terveyserojen

maine viheliäisenä ongelmana: aihetta on kyllä tutkittu paljon, mutta monimuotoisissa yhteiskunnissa ongelmaan ei ole olemassa selkeää ratkaisua.

Tutkimuksen lisäksi aiheesta on laadittu poliittisia ohjelmia, joilla pyritään siirtämään tutkimuksissa havaittuja keinoja kohti konkreettisia politiikkatoimia. Esimerkiksi Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tieteellisen asiantuntijaryhmän tekemään ehdotuksia terveyserojen vähentämiseksi politiikan tasolla. Keinoiksi esitettiin lapsiperheköyhyyden vähentämistä, kaikkien lasten varhaiskasvatusta 3-vuotiaasta alkaen, perusasteen tutkintoa jokaiselle, terveysperustaista veroa, terveellisen ruokavalion edistämistä, alkoholimarkkinoiden tiukkaa sääntelyä sekä psykiatrisen avohoidon saavutettavuuden lisäämistä. Lisäksi asiantuntijaryhmä nosti esiin parlamentaarisen komitean muodostamisen: kyseessä on kaikkia hallinnonaloja koskeva haaste, joten ongelmia tulee ratkoa yhteistyössä. (Rotko, Majlander & Mesiäislehto 2023.)

Myös EU:n tasolla terveyseroihin on kiinnitetty huomiota. EU:n terveysohjelma rahoittaa EU:n terveysstrategian mukaisia toimia. Näiden tavoitteena on tukea jäsenmaiden politiikkatoimia ja edistää kansalaisten terveyttä sekä vähentää terveyseroja. (Scholz 2020.)

2.3 Kriisien vaikutus terveyseroihin

Useat erilaiset kriisit ovat koetelleet yhteiskuntien hyvinvointia, ja erilaisilla kriiseillä on ollut vaihtelevia yhteyksiä terveyteen ja sen eriarvoisuuteen. Eräs merkittävimmistä Euroopan terveyseroja jakaneista tapahtumista on ollut Neuvostoliiton hajoaminen vuonna 1992. Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen terveyserot kasvoivat voimakkaasti Itä-Euroopassa, ja muun muassa Mackenbach (2019) on kutsunut ilmiötä Itä-Euroopan katastrofiksi. Kuolleisuus, erityisesti miesten, kasvoi erittäin voimakkaasti

Neuvostoliiton hajoamisen seurauksena useat Itä-Euroopan maat itsenäistyivät ja siirtyivät sosialistisesta yhteiskunnasta kapitalistiseen yhteiskuntarakenteeseen. Tämän seurauksena yhteiskunnat kohtasivat suuria taloudellisia ja sosiaalisia muutoksia, ja useiden ihmisten elinolot ja terveys heikkenivät (Kutsenko 2006). Kutsenko (2006) tarkasteli tutkimuksessaan kahdeksaa entiseen Neuvostoliittoon kuulunutta maata ja sitä, kuinka maiden kansalaisten terveys oli muuttunut erilaisten sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden mukaan. Köyhyys ja eriarvoisuus kasvoi maissa huomattavasti Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen, ja suurin osa ihmisistä eli köyhyysrajan läheisyydessä, kun taas pieni eliitti eli huomattavasti köyhyysrajan yläpuolella (Russell 2018). Kutsenko (2006) totesi tutkimuksessaan, että eliniänodotteet

laskivat useissa maissa Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen, ja muutokset olivat miehillä huomattavampia kuin naisilla. Mackenbach (2019) toteaa kuolleisuuden nousun olevan seurausta yhteiskunnan peruspilarien kuten sosiaaliturvan ja julkisen terveydenhuollon ja näihin liittyvien instituutioiden tuhoutumisesta yhteiskuntamallin muutoksen myötä. Kuolleisuuden eriarvoisuus saattaa olla seurausta tästä, sillä sen selittäviksi tekijöiksi on esitetty muun muassa liiallista alkoholin käyttöä, tupakointia sekä julkisen terveydenhuollon saatavuuden ja saavutettavuuden puutetta (Mackenbach 2019). Tämä näkyykin kuolemansyissä edelleen, ja erityisesti tupakointiin ja tulehduksiin liittyvät syövät ja niistä aiheutuvat kuolemat ovat painottuneet matalasti koulutettuihin itäisessä Euroopassa. (Vaccarella, Georges, Bray, Ginsburg, Charvat, Martikainen, Brønnum-Hansen, Deboosere, Bopp, Leinsalu, Artnik, Lorenzoni, De Vries, Marmot, Vineis, Mackenbach & Nusselder 2023.) Viime vuosina tilanne on kuitenkin alkanut parantumaan myös itäisessä Euroopassa, ja kuolleisuus on ollut laskussa (Mackenbach 2011; Mackenbach ym. 2018).

Vuoden 2008 finanssikriisi sai alkunsa Yhdysvaltain asuntolainoista ja niihin liittyvistä arvopapereista, mutta sillä oli laajoja vaikutuksia myös maan ulkopuolelle. Kriisi ei vaikuttanut vain maiden taloudelliseen hyvinvointiin, vaan sillä oli myös vaikutuksia yksilöiden hyvinvointiin ja terveyteen. Finanssikriisi olikin luonteeltaan yhtä aikaa asumiseen liittyvä kriisi sekä työttömyyskriisi. (Margerison-Zilko, Goldman-Mellor, Falconi & Downing 2016.) Tutkimuksessa on havaittu, että kriisi aiheutti tai oli yhteydessä useisiin terveydentilan muutoksiin sen aikana ja jälkeen. Ihmisten itsearvioitu terveys heikkeni, itsemurhatilastot kääntyivät kasvuun ja syntyvyys laski. Samaan aikaan ruokavaliot kääntyivät Yhdysvalloissa epäterveellisemmiksi. (Margerison-Zilko ym. 2016.)

Vuoden 2008 talouskriisillä oli myös merkittäviä vaikutuksia Eurooppaan ja eurooppalaisten terveyteen. Maynou ja Saez (2016) tarkastelivat tutkimuksessaan terveyseroissa tapahtuneita muutoksia talouskriisin jälkeen. Useimmilla tutkituilla osa-alueilla (eliniänodote, kuolleisuus, sepelvaltimotautikuolleisuus, keuhkosityöpäkuolleisuus) terveyserot pienenevät hetkellisesti kriisin aikana, mutta jatkoivat nousuaan vuonna 2010. Syöpäkuolleisuus oli ainoa tutkittu ilmiö, joka ei muuttunut merkittävästi ennen vuotta 2010, mutta nousi silti kyseisenä vuonna merkittävästi. (Maynou & Saez 2016.) Tutkimuksessa on tarkasteltu myös terveyden sosiaalista gradientin muutoksia. Espanjassa tarkasteltiin gradienttia ennen vuoden 2008 talouskriisiä ja se jälkeen. Tutkijat nostivat esiin kriisin vaikutuksen erityisesti nuoriin miehiin. Maan bruttokansantuote romahti, ja nuorten työttömyys kaksinkertaistui. Kiinnostavasti tutkimuksessa havaittiin, että terveyden eriarvoisuus kasvoi ennen kriisiä,

mutta sen jälkeen eriarvoisuus kääntyi laskuun. (Coveney, García-Gómez, Van Doorslaer & Van Ourti 2016.) Tulos on siis päinvastainen kuin Maynoun ja Saezin (2016) tutkimuksessa.

Mackenbach kumppaneineen (2018) totesivat 27 Euroopan maata kattaneessa tutkimuksessaan, että Eurooppa oli onnistunut välttämään Yhdysvaltojen kohtalon, eikä talouskriisi johtanut sosioekonomisten terveyserojen nousuun. Onkin kiinnostavaa, että eri tutkimuksissa on saatu hyvin erilaisia ja keskenään ristiriitaisia tuloksia talouskriisin roolista terveyserojen trendeissä. Sinänsä vaihtelu tässä ei kuitenkaan ole yllättävää, sillä on olemassa useita vanhempia tutkimuksia, joiden mukaan kuolleisuus ja eriarvoisuus laskee laman aikana (esim. Ruhm 1996). Uudemmissa tutkimuksissa tästä on kuitenkin saatu ristiriitaisia tuloksia. Ruhm (2015) on esittänyt, että yhteys heikon taloudellisen tilanteen ja kuolleisuuden välillä on heikentynyt 2000-luvulla. Osa tutkimuksista on puolestaan havainnut, että itsemurhien ja muiden väkivaltaisten kuolemien määrä kasvaa taloudellisten kriisien aikana, mutta kuolleisuus itsessään ei kasva (esim. Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, McKee 2009). Tutkimustulokset taloudellisten kriisien roolista terveyden suhteen ovat siis vaihtelevia. Kuolleisuus ei itsessään vaikuta kasvavan kriisien myötä, mutta myös terveyserojen muutoksesta on vaihtelevia tutkimustuloksia.

Fyysisen terveyden suhteen tutkimustietoa talouskriisistä on siis runsaasti. Mielen terveyden suhteen aihetta on tutkittu vähemmän. Marazziti, Avella, Mucci, Vecchia, Ivaldi, Palermo ja Mucci (2020) ovat kuitenkin katsausartikkelissaan tarkastelleet talouskriisin roolia mielen terveydessä ja sen terveyseroissa. He huomasivat mielen terveyden heikkenevän ja erityisesti masennuksen yleistyneen talouskriisin aikana. Tämä oli miehillä naisia voimakkaampaa, samoin pienituloisuus ja heikko sosiaalinen tuki olivat yhteydessä heikkoon mielen terveyteen. (Marazziti ym. 2020.) Espanjassa toteutetussa tutkimuksessa aihetta tarkasteltiin itsemurhatilastojen avulla. Tutkimuksessa huomattiin, että miehillä matala koulutustaso on voimakkaasti yhteydessä korkeampaa itsemurhariskiä, mutta naisilla tällaista yhteyttä ei ollut. Talouskriisillä ei tutkimuksen mukaan vaikuttanut olevan yhteyttä itsemurhatilastoihin tai niiden sosioekonomisiin terveyseroihin. (Borrell, Mari-Dell'Olmo, Gotsens, Calvo, Rodriguez-Sanz, Bartoll, Esnaola 2017.)

Eurooppaa on myös kohdannut niin kutsuttu maahanmuutto- tai pakolaiskriisi, kun vuonna 2015 turvapaikanhakijoiden määrä kasvoi Euroopassa voimakkaasti Syyriasta ja sen lähimaista (esim. Koroutchev 2016). Maahanmuuttoa Eurooppaan on toki ollut ennen kriisiäkin, mutta sen volyyymi kasvoi voimakkaasti Syyrian sisällissodan ja siitä seuranneiden

lähialueiden levottomuuksien myötä (Eurostat 2016). Turvapaikanhakijoita saapui Euroopan unionin alueelle lyhyessä ajassa yli miljoona, ja useat heistä sijoittuivatkin pakolaisleireille odottamaan pysyvämpää asuin- ja turvapaikkaa (Blitz, D'Angelo, Kofman & Montagna 2016).

Pakolaiskriisin roolia terveydessä ja terveyserojen kehityksessä on tutkittu vain vähän, sillä turvapaikanhakijoiden terveydestä ei ole saatavilla riittävästi yhtenäistä dataa (esim. Lebano, Hamed, Bradby, Gil-Salmerón, Durá-Ferrandis, Garcés-Ferrer, Azzedine, Riza, Karnaki, Zota & Linos 2020). Vertailututkimuksia ei siis juurikaan ole olemassa, mutta pakolaisstatuksella sekä turvapaikanhakijoina Eurooppaan tulleiden terveyden on havaittu olevan heikompaa kuin muilla maahanmuuttajilla, mille on esitetty erilaisia mahdollisia selityksiä (Humphris & Bradby 2017). Tutkimuksissa on havaittu, että erityisesti ei-tarttuvat, krooniset sairaudet ovat turvapaikanhakijoilla yleisiä, kun taas tarttuvat taudit eivät juurikaan selitä heikkoa terveyttä (Daynes 2016, Silbermann, Daher, Kebudi, Nimri, Al-Jadiry & Baidar 2016). Heikolle terveydelle onkin esitetty selitykseksi matkan aiheuttamaa räsitystä ja sitä, että vaarallisen matkan aikana sairauksista ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen on haastavaa, mikä voi näkyä terveydessä vielä myöhemminkin (Daynes 2016). Lisäksi useissa tutkimuksissa havaittiin, että turvapaikanhakijoiden oli vaikeampaa päästä terveydenhuollon pariin esimerkiksi lain asettamien rajoitteiden ja oikeuksien vuoksi (Lebano ym. 2020), ja silloinkin, kun terveydenhuollon piiriin pääsi, oli sen laatu esimerkiksi pakolaisleireillä usein heikkoa (Blitz ym. 2016). Tätä saattaa selittää resurssien puute: terveydenhuoltojärjestelmien oli vaikeaa kyetä tarjoamaan hoitoa nopeasti huomattavasti aiempaa suuremmalle väestölle (Abbas 2020.) Pakolaiskriisillä oli merkittävä rooli maahanmuuttajien, erityisesti turvapaikanhakijoiden terveyteen, ja matkan sekä kotimaassa mahdollisesti tapahtuneiden traumaattisten kokemusten on todettu lisäävän riskiä myös mielenterveysongelmille (Daynes 2016). Kriisi osoittaaakin hyvin sen, että maahanmuuttajat eivät ole homogeeninen ryhmä terveydenkään suhteen. Tutkimuksissa on myös havaittu, että kotimaastaan paken vuoksi lähteneiden terveys on usein vielä pidemmän ajan kuluttuakin heikkoa, eikä se välttämättä nouse samalle tasolle muiden kanssa (esim. Giuntella, Kone, Ruiz ja Vargas-Silva 2018). Humphris ja Bradby (2017) esittivät tälle mahdolliseksi selitykseksi sopeutumiseen ja yhteiskunnan vastaanottavuuteen liittyviä tekijöitä kuten ryhmän marginalisoitumista ja syrjäytymisriskiä.

Vaikka joissain tutkimuksissa on havaittu, että turvapaikanhakijoiden terveys on muita heikompaa, on toisissa tutkimuksissa havaittu myös, että heidän terveytensä asettuu

Euroopassa melko samalle tasolle kuin valtaväestön terveys, kenties siitä syystä, että huonokuntoiset ihmiset eivät ole voineet lähteä matkaan (Abbas 2020). Pakolaiskriisin vaikutuksesta synnyinmaassaan asuviin on tehty lähinnä asennetutkimusta, mutta varsinaista vertailevaa tutkimusta terveyden näkökulmasta ei juurikaan ole löydettävissä.

Koronapandemia puolestaan eroaa muista kriiseistä terveyserojen suhteen, sillä kyseessä oli nimenomaan terveyteen liittynyt kriisi. Sen vaikutukset terveyteen ja kuolleisuuteen ovat siis kiistattomat. Pandemiaan liittyen on tehty valtavasti tutkimusta, ja McGowan ja Bambra (2022) ovat katsausartikkelissaan havainneet, että Euroopassa sosioekonomisella huonosaisiudella on positiivinen yhteys COVID-19-kuolleisuuteen. Myös alueen sisäisellä eriarvoisuudella on merkitystä: Ranskassa COVID-19-kuolleisuus oli suurempaa niillä alueilla, joiden sisällä tuloerot olivat suuria, ja matalampia niillä alueilla, jossa tuloerot olivat pienempiä. Katsauksessa havaittiin kuitenkin alueellista vaihtelua, sillä mukaan valitut Espanjaa käsittelevät tutkimukset eivät saaneet samankaltaisia tuloksia. (McGowan & Bambra 2022 Esimerkiksi Garcían (2021) tutkimuksen mukaan Espanjassa sosioekonominen hyväosaisuus korreloi positiivisesti kuolleisuuden kanssa.

Koronapandemialla on myös ollut rooli mielenterveyteen liittyvissä terveyseroissa. Gibson, Schneider, Talamonti ja Forshaw (2021) havaitsivat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että nuori ikä, naiseus, seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluminen, taloudellinen epävarmuus sekä olemassa olevat sairaudet ovat yhteydessä mielenterveysongelmiin koronapandemian aikana. Koulutuksella puolestaan ei ole yksiselitteistä roolia tässä, sillä osa tutkimuksista, on havainnut korkean koulutuksen olevan riski mielenterveyshaasteille pandemian aikana (Mappa, Distefano & Rizzo. 2020), kun taas toisissa tutkimuksissa tällaista yhteyttä ei ole havaittu (esim. Moccia, Janiri, Pepe, Dattoli, Molinaro, De Martin, Chieffo, Janiri, Fiorillo, Sani & Di Nicola 2020), ja joissain tutkimuksissa matalan koulutuksen on havaittu olevan yhteydessä mielenterveyshaasteisiin pandemiaan liittyen (esim. Kokou-Kpolou, Megalakaki, Laimou, & Kousori 2020).

Ukrainan sota on kirjoitushetkellä kenties uusin globaali kriisi, jolla on vaikutusta Euroopassa ihmisten terveyteen. Terveyserojen näkökulmasta siitä ei kuitenkaan ole vielä julkaistu englanninkielistä tutkimusta, joten kriisin roolia terveyseroissa ja niiden mahdollisissa muutoksissa ei ole mahdollista käsitellä tässä kattavasti. On kuitenkin tiedossa, että sodan vaikutukset ukrainalaisten terveyteen ovat olleet valtavia. Goton, Pinchukin, Kolodezhnyn, Pimenovan, Kanon sekä Skokauskasin (2024) tutkimuksessa todettiin, että yli 8000 tutkitusta

alaikäisestä 32 % kärsi keskivaikean tai vaikean masennuksen oireista. Määrä oli melko sama niin Ukrainassa asuvien kuin maasta paenneiden alaikäisten kohdalla.

Voidaankin todeta, että kriiseillä on moninaisia rooleja terveyserojen muutoksessa. Kriiseillä ei ole vain negatiivista tai vain positiivista vaikutusta terveyteen ja eriarvoisuuteen, vaan muutoksen suunta vaihtelee kriisistä ja terveysongelmasta riippuen. Aiemman tutkimuksen pohjalta lienee kuitenkin selvää, että kriiseillä on merkitystä ja että ne tulee huomioida mahdollisina selittävinä tekijöinä terveyserojen muutosta tarkastelevassa tutkimuksessa.

3 Terveyseroihin yhteydessä olevat tekijät

Terveyseroja voidaan tunnistaa esimerkiksi sukupuolen, asuinalueen, äidinkielen ja sosioekonomisen aseman mukaan eri väestöryhmissä (Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna 2017). Yleisesti ottaen terveyseroilla tarkoitetaan nimenomaan väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tässä luvussa esitellään ensin subjektiivinen terveys terveyden ja terveyserojen mittarina, jonka jälkeen tarkastellaan terveyseroihin yhteydessä olevia sosioekonomisia, demografisia sekä käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. Lisäksi tarkastellaan terveen maahanmuuttajan paradoksia sekä sen mahdollisia selittäviä tekijöitä. Lopuksi käsitellään vielä maiden välisiä terveyseroja Euroopassa. Teemat linkittyvät toisiinsa ja niiden väleillä on myös yhteyksiä, sillä kyseessä on monimutkainen yhtälö, jolla pyritään ymmärtämään terveyseroja ja niiden taustamekanismeja.

3.1 Subjektiivinen terveys terveyden ja terveyserojen mittarina

Terveyttä ja terveyseroja voidaan mitata useilla eri tavoilla. Näistä yleisimmin käytettyjä lienevät kuolleisuus, sairaudet sekä subjektiivinen terveys. Myös eliniänodotetta käytetään ajoittain tutkimuksissa mittarina. Eri mittareilla on etunsa, mutta niihin liittyy myös haasteita. Subjektiivisen terveyttä hyödynnetään monissa terveyttä vertailevissa tutkimuksissa kuten terveyden yhteyttä tuloihin (esim. Kaneva & Baidin 2022), sosioekonomiseen statukseen (esim. Furya, Kondo, Yamagata & Hashimoto 2015), ikään (esim. Layes, Asada & Kephart 2012) tai onnellisuuteen (esim. Adesanya, Rojas, Darboe & Beogo 2017) tarkastellessa.

Subjektiivisen terveyden käyttämiseen terveysmittarina liittyy joitakin etuja verrattuna esimerkiksi diagnoosien tai kuolleisuuden hyödyntämiseen terveyserotutkimuksessa. Se on helppokäyttöinen mittari, ja yleensä sitä mitataan jollain versiolla kysymyksestä: ”Millaiseksi arvioisit terveytesi yleisesti ottaen?” Subjektiivinen terveys on mittarina myös laajempi kuin tarkemmat, diagnooseihin liittyvät kysymykset (Au & Johnston 2014). Mittarina se tarjoaa tutkijalle yleisen kuvan vastaajan kokonaisvaltaisesta koetusta terveydestä, eikä se koske vain fyysistä terveyttä. Simon, De Boer, Joung, Bosma ja Mackenbach (2005) havaitsivat laadullisessa tutkimuksessaan, että 80 prosenttia vastaajista yhdisti koetun terveyden osa-alueiksi myös muita, kuin fyysiseen terveyteen liittyviä tekijöitä, kuten toimintakykyä, suhtautumista olemassa oleviin sairauksiin sekä yleistä hyvinvointia. Au ja Johnston (2014) havaitsivat, että keskeisimpänä subjektiivisen terveyden määrittäjänä ihmiset pitävät usein

yleistä elinvoimaa, kun taas heikon koetun terveyden kanssa korreloi erittäin voimakkaasti sairauden tai vamman haittaaminen liikkumista ja toimintaa sekä kipua.

Subjektiiivinen terveys on herättänyt ajoittain epäilyksiä, mutta sen on todettu mittaavan terveyden useita eri osa-alueita yllättävänkin hyvin. Sen on todettu ennustavan muun muassa sairaalahoidon ja kotihoidon tarvetta sekä reseptilääkkeiden käyttöä melko hyvin (Doiron, Fiebig, Johar & Suziadelyte 2015). Lisäksi se ennustaa väestöryhmien kuolleisuutta huomattavan hyvin (esim. DeSalvo, Bloser, Reynolds, He & Muntner 2006; Wuorela, Lavonius, Salminen, Vahlberg, Viitanen & Viikari 2020). Subjektiiivinen terveys on siis erittäin vahvasti yhteydessä myös muihin terveyden mittareihin. Se ei kuitenkaan ole kaikille elämänmuutoksille yhtä herkkä mittari, kuin muut terveyden mittarit. Esimerkiksi Au ja Johnston (2014) havaitsivat tutkimuksessaan, että yllättävä tulojen kasvu parantaa naisilla mielenterveyttä huomattavasti, mutta itsearvioidussa koetussa terveydessä vastaavaa muutosta ei havaita.

Subjektiiivisen terveyden ja muiden terveystittareiden välinen yhteys on siis vahvasti tutkimuksessa havaittavissa. Tälle yhteydelle ja ajoittaiselle vaihtelulle on esitetty useita erilaisia selityksiä. On havaittu, että positiivinen terveystyminen on yhteydessä hyvään koettuun terveyteen (esim. Manderbacka, Lundberg & Martikainen 1999; Sargent-Cox, Cherbuin, Morris, Butterworth & Anstey 2014). Aktiiviset toimet terveyden edistämiseksi ovat siis yhteydessä hyvään koettuun terveyteen. Voidaankin ajatella, että nämä toimet kuten urheilu, terveellisesti syöminen ja tupakoimattomuus edistävät ihmisten elinvoimaa, joka Aun ja Johnstonin (2014) tutkimuksessa havaittiin merkittävimmäksi koetun terveyden selittäjäksi.

Idler ja Benyamini ovat jo vuonna 1997 esittäneet neljä mahdollista selitystä subjektiiivisen terveyden toimivuudelle terveyden ennustamisessa. Ensimmäisenä on sen laajuus: subjektiiivinen terveys on yleisempi ja huomioi terveyden kaikki osa-alueet paremmin, kuin muut tutkimuksissa usein käytetyt kysymykset kuten diagnoosit. Toinen mahdollinen selitys on se, että kyseessä on dynaaminen terveyden mittari, se siis huomioi terveyden kehityksen, eikä pelkästään kyseisen hetken terveyttä. Kolmas tutkijoiden ehdottama selitys on käyttäytymiseen liittyvä: terveystyymisellä on vaikutus koettuun terveyteen. Viimeisen selitysehdoituksen mukaan koettu terveys peilaa resursseja, jotka ovat yhteydessä yksilön mahdollisuuksiin toimia oman terveytensä hyväksi. (Idler & Benyamini 1997.) Aun ja Johnstonin (2014) keskeinen havainto elinvoimasta tukee tätä selitysmallia.

Terveyserojen tutkimuksessa subjektiivinen terveys on mittarina selvästi lunastanut paikkansa. Se on mittarina osoittautunut luotettavaksi sekä helppokäyttöiseksi. Tästä huolimatta muita mittareita ei kannata hylätä, sillä koettu terveys ei mittarina havaitse kaikkea, mitä tarkemmat mittarit voivat tunnistaa. Muuttumattomuus koetussa terveydessä ei siis aina merkitse muuttumattomuutta kaikilla terveystittareilla.

3.2 Sosioekonomiset tekijät

Sosioekonomisia terveyseroja on tutkittu pitkään. Yksi aiheen pinnalle nostaneista julkaisuista on vuonna 1980 julkaistu the Black Report, jossa osoitettiin heikon terveyden ja kuoleman epätasainen jakautuminen Britannian väestössä. Raportissa todettiin, että syy ei ole terveystalouden epäonnistumisessa, vaan terveyseroja selittävät ennen kaikkea sosiaaliset ja rakenteelliset syyt kuten koulutus, tulot, asuinolot, työllisyys ja työolot. (Black, Smith & Townsend 1980). Sekä the Black Reportissa, että myöhemmässä tutkimuksessa sosioekonomisten terveyserojen perimmäiseksi syyksi on esitetty rakenteellisia tekijöitä, joita käsitellään tämän jakson lopuksi. Sosioekonomisten terveyserojen säännönmukaisuutta kuvataan usein terveyden sosiaalisen gradientin käsitteellä. Terveyden sosiaalisella gradientilla tarkoitetaan ilmiötä, jossa terveys ja sosiaalinen asema korreloivat positiivisesti, eli ne nousevat ja laskevat yhtä aikaa (THL 2024).

Tutkimuksissa on todettu, että terveyden sosiaalinen gradientti ulottuu itseä kauemmas seuraavaan sukupolveen. Suomessa tutkimuksessa on todettu, että kotitalouden tuloilla ja vanhempien koulutuksella on yhteys lasten mielenterveyden häiriöihin. Vanhemman sosioekonomisella asemalla on siis yhteys lapsen terveyteen. Samassa tutkimuksessa huomattiin, että sosioekonominen asema on yhteydessä myös vanhemman omaan mielenterveyteen ja sen häiriöihin. (Niemi, Vaalavuo & Suvisaari 2022.) Sosioekonomisella asemalla on siis merkitystä sekä fyysiselle terveydelle että mielenterveydelle.

Useissa sosioekonomisia terveyseroja käsittelevissä tutkimuksissa sosioekonomista statusta lähestytään tulojen kautta. Myös koulutustasoa käytetään yhtenä sosioekonomisen statuksen kuvaamisen muotona. Esimerkiksi Mackenbach ja kumppanit (2018) tarkastelivat sosioekonomisten terveyserojen trendejä Euroopan 27 maassa käyttäen sosioekonomisen statuksen mittarina koulutusta. Yhdysvalloissa absoluuttiset terveyserot ovat olleet kasvussa, mutta samaan aikaan vaikuttaa siltä, että Euroopassa ne ovat laskussa matalasti koulutettujen terveyden kohentamisen ansiosta (Mackenbach ym. 2018). On kuitenkin huomioitava, että

Eurooppa alueena ei ole homogeeninen, ja sosioekonomiset terveyserot vaihtelevat suuresti maiden välillä.

Tulojen merkitystä terveydelle on tutkittu paljon, ja usein niissä on päädytty yhteen kahdesta selitysmallista: absoluuttiseen tulojen hypoteesiin tai suhteellisten tulojen hypoteesiin. Absoluuttisella tulojen hypoteesilla tarkoitetaan tilannetta, jossa terveys (tai kuolleisuus) korreloi suoraan tulotason kanssa, eli tulojen parantuessa terveys paranee tai riski kuolleisuuteen laskee (Preston 1975). Esimerkiksi Marmot (2002) on esittänyt absoluuttisten tulojen mahdollisen kausaalisuuden terveyteen materiaalisien puutteen kautta. Teorian mukaan pienituloisilla ei ole materiaalisia resursseja terveeseen elämään, ja toisaalta pienituloisuus voi myös rajoittaa sosiaaliin tapahtumiin osallistumista (Marmot 2002). Suhteellisten tulojen hypoteesissa (tunnetaan myös nimellä Easterlinin hypoteesi) puolestaan huomioidaan absoluuttisten tulojen lisäksi myös yksilöiden tulojen suhde muiden tuloihin ja sen merkitys terveydelle (Easterlin 1961). Suhteellisiin terveyseroihin voidaankin liittää myös koettu tulotaso, jonka on havaittu olevan yhteydessä terveyteen ja selviytymiseen (esim. Li, Zhang & Muennig 2018). Vaikka molemmat teoriat ovat kymmeniä vuosia vanhoja, ovat ne edelleen terveyserojen tutkimuksessa relevantteja. Molemmat hypoteesit saavat tutkimuksissa edelleen tukea, ja usein havaitaan, että ne toimivat toistensa kanssa limittäin osana kokonaisuutta (esim. Adeline & Delattre 2017). Kiinalaista väestöä tarkastelevassa tutkimuksessa todettiin, että suhteellinen tulohypoteesi selittää iäkkäämmillä henkilöillä terveyttä ja sen eroja paremmin kuin absoluuttinen tulohypoteesi (Cui & Chang 2021). Adeline ja Delattre (2017) puolestaan havaitsivat eurooppalaisia yli 50-vuotiaita tutkiessaan absoluuttisilla tuloilla olevan merkitystä terveydelle. Ei siis ole olemassa yhtä tulojen mittauksen muotoa, joka riittäisi yksinään tutkimuksessa, sillä vaikka absoluuttiset tulot ja suhteelliset tulot ovat molemmat yhteydessä terveyteen, saattavat niiden taustoilla olevat mekanismit toimia hieman eri tavoin.

Yhteiskunnan rakenteiden sekä materiaalistien resurssien on havaittu selittävän sosioekonomisia terveyseroja, ja kyseessä onkin nykyään melko dominoiva selitystapa tutkimuksessa. Materialistiset tai rakenteelliset sosioekonomisten terveyserojen selitysmallit painottavat erityisesti taloudellisen ja siihen liittyvän sosio-rakenteellisten tekijöiden roolia terveyden määräytymisessä (Black ym. 1980). Rakenteellisiin tekijöihin voidaan liittää esimerkiksi maiden tai alueiden politiikkoja, joilla on yhteys terveyteen.

Clare Bamba (2016) on kirjoittanut politiikan ja poliittisen talouden roolista terveyseroissa. Pienituloisilla ei välttämättä ole varaa monipuoliseen ruokavalioon tai mahdollisuuksia liikkumiseen. Kyse rakenteellisesta eriarvoisuudessa on siis osittain siitä, että politiikkatoimilla ei puututa tällaiseen esimerkiksi huolehtimalla riittävästä toimeentulosta tai kontrolloimalla ruoan hintaa. Samaan aikaan esimerkiksi EU tukee maidontuotantoa vihannesten ja kasviproteiinien tuotannon sijaan. (Bamba 2016.)

Rakenteellisia selitysmalleja voidaankin tutkia erityisesti yksilöiden ja instituutioiden välisten suhteiden kautta. Esimerkiksi terveydenhuollon saavutettavuus ja laadukkuus voivat olla yhteydessä terveyseroihin: hyvätuloisten ja korkeasti koulutettujen tiedetään käyttävän enemmän yksityisen terveydenhuollon palveluita, kun taas matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät useammin julkisen terveydenhuollon palveluita, jossa hoitojonojen tiedetään olevan pidempiä (esim. Blomgren, Jäppinen & Lahdensuo 2022). Yksilötason toiminnalla, kuten terveystalvöiden käytöllä ja terveystalvötyymisellä on siis yhteys rakenteisiin. Näennäisen tasapuolisetkaan rakenteet eivät kuitenkaan ole kaikille yhtä saavutettavia. Tiedetään, että maahanmuuttajien ja muiden matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien henkilöiden terveystalvöiden käyttö muita matalampaa (esim. Yang & Hwang 2016). Tähän liittyy myös kulttuurintuntemus sekä tietoisuus terveystalvöista: maahanmuuttajat hyödyntävät muita vähemmän esimerkiksi mielenterveystalvöitä sekä syöpäseulontoja, mikä saattaa liittyä ennakkoluuloihin tai tietämättömyyteen (Koponen, Rask, Skogberg, Castaneda, Manderbacka, Suvisaari, Kuusio, Laatikainen, Keskimäki & Koskinen 2016).

Sosioekonomiset tekijät kiinnostavat myös maahanmuuttajien terveyttä käsitellessä. Maahanmuuttajien terveys on usein muuta väestöä parempaa, vaikka heidän sosioekonominen asemansa on muita heikompi (esim. Ichou & Wallace 2019). Euroopassa väestön koulutus on keskimäärin melko korkeaa, ja maahanmuuttajien koulutustasoa on väestön keskiarvoa jonkin verran matalampi. Vuoden 2023 tilastojen mukaan EU:n ulkopuolelta Euroopan unionin alueelle muuttaneista hieman yli 35 prosenttia, EU:n sisäisistä maahanmuuttajista hieman alle 39 prosenttia ja synnyinmaassaan asuvista hieman yli 44 prosenttia on suorittanut korkeakoulututkinnon (Eurostat 2024). Maahanmuuttajien terveyttä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä käsitellään tarkemmin jaksoissa 3.3 ja 3.4. Terveen maahanmuuttajan paradokseista on kuitenkin syytä mainita myös sosioekonomisista terveyseroista puhuttaessa, sillä ilmiön yllättävyys liittyy juuri siihen, että se ei istu terveyden sosiaaliseen gradienttiin. Ilmiötä on pyritty selittämään sillä, että sosioekonomisen aseman sijaan muut tekijät

määrittävät maahanmuuttajien terveyttä enemmän, kuin synnyinmaassaan asuvien kohdalla (esim. Moullan & Jusot 2014).

3.3 Demografiset tekijät

Demografisiksi tekijöiksi luetaan tutkimuksessa usein ihmisten piirteisiin ja ominaisuuksiin liittyviä tekijöitä kuten ikä, sukupuoli, siviilisääty, kieli tai maahanmuuttajastatus. Usein niihin luetaan myös sosioekonomiseen asemaan liittyvät tekijät kuten koulutus, tulotaso ja ammatti. (esim. Marmot & Wilkinson 2005; THL 2024.) Sosioekonomisen aseman merkitys terveydelle tunnustetaan kuitenkin niin merkittäväksi, että se on tässä tutkielmassa asetettu omaksi jaksokseen.

Sukupuolen roolista terveyseroissa on saatu vaihtelevia tuloksia. Kuolleisuuden suhteen on havaittu, että miesten absoluuttinen kuolleisuus oli eriarvoisempaa kuin naisten kuolleisuus sosioekonomisten ryhmien välillä. Samassa tutkimuksessa havaittiin kuitenkin kuolleisuuden suhteellista eriarvoisuutta tarkastellessa, että sen suhteen sukupuolten välillä ei ollut eroja. (Mustard & Etches 2003.) Esimerkiksi vuonna 2009 on havaittu, että sukupuolella on merkitystä sosioekonomisissa terveyseroissa, mutta kyseessä ei ole aina yksiselitteinen yhteys. Largo-Janssen, Lo Fo Wong ja van den Muijsenbergh (2009) havaitsivat tutkimuksessaan, että matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat naiset kärsivät useammin terveysongelmista kuin matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat miehet. Suomessa merkittäviä sosioekonomisia terveyseroja ei ole havaittu sukupuolen mukaan (esim. Karvonen ym. 2017). Naisten koettu terveys on kuitenkin tutkimuksissa havaittu miesten koettua terveyttä heikommaksi (esim. Franz, Finkel, Panizzon, Spoon, Christensen, Gatz, Kremen, Krueger, Neiderhiser, Reynolds, Pedersen 2016).

Iän roolia terveydessä on tutkittu paljon, ja iällä tiedetäänkin olevan selvä yhteys terveyteen. Iällä on merkitystä niin terveyden kuin tulotason suhteen: esimerkiksi Suomessa pienituloisimmassa tulokymmenyksessä suurin ikäryhmä oli vuonna 2022 18–24-vuotiaat, kun taas suurimmassa tulokymmenyksessä oli eniten 50–64-vuotiaita (Tilastokeskus 2023). Samaan aikaan iäkkäämmät kokevat yleensä terveytensä huonommaksi kuin nuoremmat (esim. Parikka ym. 2020). On havaittu, että iällä ja subjektiivisella terveydellä on kurvilineaarinen yhteys, jossa koettu terveys on nuorena parhaimmillaan, heikkenee iän myötä, ja paranee taas hieman yli 70-vuotiaana, joskin iäkkäämillä koetussa terveydessä on muita ikäryhmiä enemmän vaihtelua (Franz ym. 2016). Iän suhteen on myös joissain tutkimuksissa havaittu hyvinvoinnin jakautumista. Iäkkäiden koetun psykologisen ja

emotionaalisen hyvinvoinnin on havaittu olevan korkeampaa kuin nuorempien, siinä missä sosiaalinen hyvinvointi on korkeampaa nuorilla aikuisilla (Abdullahi, Orji, Kawu 2019). Vaikka iäkkäämpien fyysinen terveys on usein heikompaa kuin nuorten, ovat iäkkäillä ikäluokan sisäiset terveyserot esimerkiksi koulutuksen tai tulotason mukaan huomattavasti nuorempia ikäluokkia pienempiä (esim. van Zon, Bültmann, Mendes de Leon, Reijneveld 2015). Van Zon kumppaneineen (2015) havaitsivat tutkimuksessaan, että iäkkäiden mielenterveys oli huomattavasti nuorempia parempi. Iällä on siis selvä yhteys koettuun terveyteen.

Tutkimuksessa on säännönmukaisesti havaittu, että avioliitossa elävien terveys on parempaa ja he elävät pidempään verrattuna naimattomiin ihmisiin. Samalla on kuitenkin havaittu, että onneton avioliitto ei edistä terveyttä onnellisen avioliiton tavoin, vaan onnettomassa avioliitossa elävien terveys on heikompaa kuin eronneiden leskeytyneiden sekä naimattomien. (Lawrence, Rogers, Zajacova & Wadsworth 2018). Myös vanhemmuus vaikuttaa olevan yhteydessä terveysetuun: vähintään yhden lapsen vanhemmuuden on havaittu olevan yhteydessä matalampaan kuolleisuusriskiin yli 60-vuotiaana. Kyseisessä tutkimuksessa ilmiö oli voimakkaampi vastaajilla, jotka eivät olleet naimisissa. Mahdolliseksi selitykseksi esitettiin sosiaalisen tuen määrää. (Modig, Talbäck, Torssander & Ahlbom 2017.)

Ikä ja perhemuoto ovat myös toisiinsa kietoutuneita terveyttä tarkastellessa. Rattay ja von der Lippe (2020) havaitsivat tutkimuksessaan, että alle 30-vuotiaat lapsettomat naiset ovat terveempiä, kuin samanikäiset lapselliset naiset. 30–40-vuotiailla eroja ei juurikaan havaittu, mutta yli 40-vuotiailla lasten kanssa elävillä naisilla terveys ja terveystyötyminen on parempaa kuin yli 40-vuotiailla ilman lapsia elävillä. Miehillä tutkimuksessa havaittiin vastaavia tuloksia, mutta masentuneisuuden kohdalla merkitsevä ero löydettiin vain naisilla. (Rattay & von der Lippe 2020.)

Myös vanhemmuuden muodolla on merkitystä terveydelle. Tutkimuksissa on havaittu, että yksinhuoltajuus on yhteydessä heikompaan koettuun terveyteen (Berkman, Zheng, Glymour, Avendano, Börsch-Supan & Sabbath 2015). Erityisesti tuloksia on yksinhuoltajaitejä koskien, yksinhuoltajaisia on tutkittu huomattavasti vähemmän. Berkman kumppaneineen (2015) totesi tutkimuksessaan, että yksinhuoltajuus erityisesti varhaisaikuisuudessa toi suurimman riskin heikkoon terveyteen Yhdysvalloissa, Englannissa ja Skandinaviassa. Alueellinen vaihtelu on siis tässä näkyvää, ja riskit ovat samankaltaisia Skandinaviassa sekä Englannissa, joissa hyvinvointivaltio ja sitä kautta yhteiskunnan tuki yksinhuoltajille on hyvin erilaista.

Kiinnostavaa onkin havaita, että hyvinvointivaltion muodolla ei siis tässä tapauksessa ole juurikaan merkitystä terveyden kannalta.

Maahanmuuttajuudella on havaittu olevan yhteys terveyteen. Tutkimuksessa on havaittu terveen maahanmuuttajan paradoksiksi nimetty ilmiö. Kuten aiemmin mainittu, on sen ytimessä laajasti tunnistettu ilmiö, jossa maahanmuuttajien terveys on kohdemaan valtaväestöä parempaa, vaikka heidän sosioekonominen asemansa on usein muuta väestöä heikompaa. (Ichou & Wallace 2019.) Terveen maahanmuuttajan paradoksia on pyritty selittämään usein eri keinoin, mutta vaikuttaa siltä, että ilmiö on monimutkainen, eikä sille ole selkeää selittävää tekijää. Ilmiötä tutkitaan usein kuolleisuuden kautta (esim. Shor & Roelfs 2021), mutta sitä tarkastellaan myös koetun terveyden (esim. Constant, Carzía-Munoz, Neuman & Neuman 2018), kroonisten sairauksien ja muiden terveyshaasteiden kautta (esim. Ichou & Wallace 2019). Vaikka maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien välillä on havaittu selkeä ja toistuva yhteys, ovat siitä saadut tulokset eurooppalaisessa viitekehyksessä olleet vaihtelevia. Tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että maahanmuuttajavanhusten kuolleisuus oli suomalaissyntyisiä alhaisempaa syöpäkuolemista, sydän- ja verisuonitautien, hermostosairauksien, ruuansulatuksen sairauksien sekä ulkoisissa kuolinsyissä. (Kemppainen, Kemppainen, Raitanen, Aaltonen, Forma, Kouvonen & Pulkki 2024.) Toisaalta maahanmuuttajilla tiedetään olevan korottunut riski mielenterveysongelmista kärsimiseen johtuen muun muassa sosioekonomisista ja kulttuurisista tekijöistä. Näitä ovat esimerkiksi haasteet terveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin pääsyssä, rasismi sekä muita heikommat ja työolot ja -mahdollisuudet. (Elshahat, Moffat & Newbold. 2021.)

Terveen maahanmuuttajan paradoksia on pyritty ymmärtämään valinnan kautta. Sekä vastaanottavan maan että maahanmuuttajien valinnoilla on esitetty olevan merkitystä ilmiön synnyssä. Maahanmuuttajien valinnalla tarkoitetaan tilannetta, jossa maahanmuuttajat eivät ole satunnainen joukko ihmisiä, vaan uuteen maahan muuttavat ihmiset, jotka ovat paremmassa asemassa esimerkiksi terveyden tai sosioekonomisen aseman suhteen. Tämän ilmiön tutkiminen on kuitenkin haastavaa, sillä se vaatisi vertailukelpoista soveltuvaa tilastotietoa sekä lähtömaasta että kohdemaasta. Tutkimuksessa on kuitenkin saatu viitteitä positiivisesta valinnasta, jossa palkan suuruudella ja koulutuksella on positiivinen yhteys maahanmuuttoon (McKenzie & Rapoport 2010; Riosmena ym. 2017). Joissain tutkimuksissa on myös havaittu, että tilanteissa, joissa lähtö- ja kohdemaan kulttuurit ovat melko samanlaiset, selittää maahanmuuttajien oma valinta terveen maahanmuuttajan paradoksia

melko hyvin. Esimerkiksi Yhdysvaltojen, Kanadan, Australian sekä Iso-Britannian maahanmuuttoa tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että maahanmuuttajat olivat terveempiä ja koulutetumpia kuin ihmiset keskimäärin lähtö- tai kohdemaassa (Kennedy, Kidd, McDonald & Biddle 2015). Ainakin näissä maissa maahanmuuttajien positiivinen valinta selittää siis osaltaan maahanmuuttajien terveyttä.

Vastaanottavan maan valinnalla tarkoitetaan esimerkiksi maan asettamia kriteerejä maahanmuutolle sekä maan maahanmuutto- ja kotoutumispolitiikkaa. Esimerkiksi jo aiemmin mainittu Constant kumppaneineen (2018) havaitsi tutkimuksessaan, että Israeliin muuttaneiden terveys on huomattavasti valtaväestöä heikompaa. Valikoitumiseen liittyvät teoriat vaikuttavatkin siis toimivan ainakin jollain tasolla sosioekonomisten terveyserojen poikkeuksien selittämisessä, mutta itse ilmiötä ne eivät selitä erityisen hyvin. Teorioihin liittyy myös tutkimuksellinen haaste: ilman laadukasta pitkittäisaineistoa niiden selitysasteen tutkiminen on haastavaa.

Syrjintäkokemukset ovat myös voimakkaasti yhteydessä terveyden eri osa-alueisiin. Ihmiset voivat kohdata syrjintää esimerkiksi ihonvärin, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, sukupuolen tai muiden syiden perusteella. Syrjittyyn ryhmään kuulumisen tiedetään lisäävän stressiä (esim. Ong, Fuller-Rowell & Burrow 2009), ja stressin puolestaan olevan yhteydessä heikompaan terveyteen (Hintsa, Honkalampi & Flink 2019). Ei siis ole yllättävää, että syrjintä ja heikko terveys korreloivat useissa tutkimuksissa. Ihonväriin ja etnisyyteen kohdistuvan syrjinnän onkin havaittu selittävän näihin etnisyyteen perustuvia terveyseroja sekä fyysisen terveyden että mielenterveyden saralla (Williams, Lawrence, Davis & Vu 2019). Syrjinnän muodot voivat myös olla päällekkäisiä. Aasialaisia Yhdysvaltoihin muuttaneita maahanmuuttajia tarkastellessa havaittiin, että toisistaan irrallaan tarkasteltuna sekä kieleen että etnisyyteen perustuva syrjintä oli yhteydessä kroonisiin terveysongelmiin, mutta yhdessä tarkasteltuna vain kieleen liittyvä syrjintä oli tilastollisesti merkitsevä (Yoo, Cee & Takeuchi 2009). Samassa tutkimuksessa havaittiin, että kielellisen syrjinnän ja kroonisten terveysongelmien yhteys kasvoi maassa vietetyn ajan myötä (Yoo ym. 2009). Tämä voikin osaltaan selittää ilmiötä, jossa maahanmuuttajien terveys heikkenee uudessa maassa vietetyn ajan myötä. Syrjinnän merkitys terveydelle lieneekin kiistattomasti todistettu.

Onnellisuuden ja terveyden on havaittu olevan erittäin vahvasti yhteydessä toisiinsa. Joissain tutkimuksissa on jopa havaittu, että niitä selittävät samat tekijät (Borghesi & Vercelli 2010). Onnellisuuden tutkimuksissa on havaittu jo vanhan sanonnan mukainen ilmiö: raha ei tuo

onnea. Korkea bruttokansantuote ei siis takaa ihmisten onnellisuutta, vaan onnellisuus on korkeinta maissa, joissa sosiaalinen koheesio on korkeaa ja työn ja vapaa-ajan tasapaino hyvällä tasolla (Matusiewicz 2025). Borghesi ja Vercelli (2010) ovatkin esittäneet, että samat hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävät politiikat voivat edistää sekä onnellisuutta että terveyttä. Näistä päällekkäisyyksistä huolimatta terveys ja onnellisuus eivät ole sama asia, vaikka ne indikoivatkin toisiaan.

3.4 Terveyskäyttäytyminen

Terveyseroja on pyritty selittämään myös tutkimuksessa käyttäytymiseen ja kulttuuriin liittyvien teorioiden kautta. Näissä selitysmalleissa suurin selittävä rooli annetaan ideoille ja käytökselle. Kyseessä on yleensä melko yksilökeskeinen ajatusmalli, ja käytöksen aiheuttajana pidetään esimerkiksi ajattelemattomuutta tai tietämättömyyttä. Teorian ajatuksena on se, että ihmiset aiheuttavat tietämättömyyttään itselleen tai lapsilleen haittaa esimerkiksi tupakoimalla, liikkumalla liian vähän tai alihyödyntämällä terveydenhuoltoa ja rokotuksia. (Black ym. 1980.) Tietämättömyys käytöksen taustalla on osittain kyseenalaistettu tutkimuksessa, sillä vaikka eräässä tutkimuksessa havaittiin sen olevan yhteydessä matalaan sosioekonomiseen asemaan ja ylipainoon sekä epäaktiivisuuteen, oli sen yhteys terveyskäyttäytymiseen kuten alkoholin suurkulutukseen ja tupakointiin pientä (Svendsen, Kronborg Bak, Sørensen, Pelikan, Riddersholm, Skals, Mortensen, Maindal, Bøggild, Nielsen & Torp-Pedersen 2020).

Terveyskäyttäytymisen merkityksestä on paljon tutkimusta, ja päällekkäisillä toimilla on enemmän merkitystä kuin yksittäisillä. Tupakointi on havaittu merkittävimmäksi terveyteen negatiivisesti vaikuttavaksi tekijäksi. (Petrovic, de Mestral, Bochud, Bartley, Kivimäki, Vineis, Mackenbach & Stringhini 2018.) Tutkimuksessa on myös havaittu, että pariskuntien ja yksinasuvien terveyskäyttäytyminen eroaa toisistaan: pariskunnat tupakoivat harvemmin, syövät vähemmän pikaruokaa mutta enemmän kasviksia sekä kuluttavat vähemmän alkoholia (Schoeppe, Vandelanotte, Rebar, Hayman, Duncan & Alley 2018). Tämän vuoksi onkin tärkeää tarkastella sekä parisuhdestatusta että terveyskäyttäytymistä yhdessä toistensa kanssa, jotta tilanteesta voidaan saada paras mahdollinen tilannekuva.

Alkoholin kulutuksen yhteydestä terveyteen on saatu kiinnostavia tuloksia tutkimuksessa. Tutkimuksissa havaitaan johdonmukaisesti, että alkoholin kulutuksella ja terveydellä on yhteys ja terveys on parempaa kohtuullisesti alkoholia kuluttavilla verrattuna niihin, jotka eivät kuluta alkoholia lainkaan (esim. Fernández-Solá 2015; Ko, Chang, Kim, Kang, Shin,

Sung & Ryu 2021). Rungas kulutus on kuitenkin yhteydessä suurempaan sairastumisriskiin (Fernández-Solá 2015), ja tutkimuksissa on myös esitetty, että tämä näennäinen etu saattaisi johtua tutkimuksellisista puutteista. Tutkimuksissa on havaittu, että alkoholista täysi pidättäytyminen on yhteydessä pitkäaikaissairauksiin. Tutkijoiden mukaan tätä ei yleensä huomioda, kun verrataan kohtuukäyttäjiä niihin, jotka eivät ole koskaan käyttäneet alkoholia, jolloin kohtuullisesti alkoholia kuluttavien terveysetu näyttää todellisuutta suuremmalta. (Ng Fat, Cable, Marmot & Shelton 2014.) Tämä saattaa selittää osaltaan alkoholin kulutuksen ja terveyden kurvilineaarista yhteyttä.

Kasvien ja hedelmien syöminen on yhteydessä terveyteen. Euroopassa suurin osa ihmisistä ei syö kasviksia ja hedelmiä riittävästi, ja tämä on erityisen voimakasta matalammissa sosioekonomisissa luokissa (Craveiro, Marques, Zvěřinová, Máca, Ščasný, Chiabai, Suarez, Martinez-Juarez, Garcia de Jalón, Quigora & Taylor 2021). Ruokavaliolla on yhteys useisiin erilaisiin terveyden osa-alueisiin (esim. syöpä, mielenterveys, koettu terveys). Ruokavalioon terveystyhtymisen osa-alueena liittyy kuitenkin konkreettinen eriarvioisuuden mahdollisuus: eri sosiaalisilla ryhmillä on erilaiset mahdollisuudet terveelliseen ruokaan esimerkiksi ajan, varallisuuden ja maantieteellisen sijainnin vuoksi. (Friel, Hattersley, Ford, O'Rourke 2015.) Tämän vuoksi on olennaista muistaa, että vaikka ruokavalion ja muun terveystyhtymisen tutkiminen on tärkeää, tarvitaan tutkimuksessa tietoa myös taustalla vaikuttavista tekijöistä, jotta perimmäisiin syihin on mahdollista päästä kiinni.

Käyttäytymisellä ja sen mukautumisella on pyritty selittämään myös sitä, miksi maahanmuuttajien terveys heikkenee ajan myötä. Esimerkiksi Yhdysvalloista on paljon tutkimusta, jonka mukaan maahanmuuttajien ruokavalio muuttuu epäterveellisemmäksi maassa vietetyn ajan myötä (esim. Sanou ym. 2014, Myeck ym. 2020). Sama ilmiö on huomattu myös muussa terveystyhtymisessä kuten tupakoimisen lisääntymisessä ja aktiivisuuden vähentymisessä sekä oman etnisen tai kulttuurisen identiteetin häivyttämisessä (Lu, Denier, Wang & Kaushal 2017). Tämä liittyy kotoutumistutkimuksessa usein käytettyyn assimilaatioteoriaan, jossa maahanmuuttaja pyrkii sopeutumaan uuteen kotimaahan ja hylkäämään oman aiemman maahan liittyvän identiteettinsä (Berry 1980). Maahanmuuttajilla omasta kulttuurista kiinni pitäminen on siis joissain tapauksissa yhteydessä terveyteen.

Maahanmuuttajien kohdalla kulttuurilla ja lähtömaalla voi siis olla paitsi positiivisia, myös negatiivisia vaikutuksia terveyteen ja terveystyhtymiseen. Terveystutkimuksissa ja erityisesti terveydenhuollon saavutettavuutta käsittelevissä tutkimuksissa terveydenhuollon

käyttöä saatetaan käyttää mittarina. Tutkimuksissa on havaittu, että maahanmuuttajien lähtömaalla saattaa olla merkitystä terveydenhuollon käyttöasteeseen. Esimerkiksi Suomessa on havaittu, että somalialaistaustaiset maahanmuuttajat hyödyntävät avoterveyspalveluita vähemmän kuin muut maahanmuuttajaryhmät tai synnyinmaassaan asuvat. Samaan aikaan heidän on havaittu hyödyntävän erikoissairaanhoidon palveluita muuta väestöä enemmän muun muassa synnytysten vuoksi (Koponen ym. 2016.)

Muiden ihmisten tapaamista vapaa-ajalla voidaan pitää terveyskäyttäytymisen muotona. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu vahva kausaalinen yhteys sosiaalisten kontaktien määrän ja laadun sekä kuolleisuusriskin välillä (House, Landis & Umberson 1988). Myöhemmin tutkimuksessa on kuitenkin havaittu ristiriitaisia tuloksia, sillä joissain tutkimuksissa sosiaalisten tapaamisten määrä on yhteydessä subjektiiviseen terveyteen (esim. Fiorillo & Sabatini 2011), mutta osa tutkimuksista ei ole havainnut yhteyttä (esim. Pinillos-Franco & Kawachi 2018). Toisaalta joissain tutkimuksissa on havaittu, että selittävä tekijä voisi olla yksinäisyyden kokemus, eikä niinkään sosiaalisten kontaktien määrä (Rico-Uribe, Cabarello, Olaya, Tobiasz-Adamczyk, Koskinen, Leonardi, Haro, Chatterji, Ayuso-Mateos & Miret 2016). Tutkimuksissa on havaittu, että yksinäisyys ja yksin oleminen eivät ole sama asia, vaan ihminen voi kokea yksinäisyyttä, vaikka hän tapaisi muita ihmisiä, mikäli toivottu läheisten ystävien määrä ja todellinen läheisten ystävien määrä ei kohtaa (Russel, Cutrona, McRae & Gomez 2012). Yksinäisyyden ja sosiaalisten kontaktien tiedetään kuitenkin korreloivan keskenään sekä olevan yhteydessä terveyteen sekä hyvinvointiin (Kearns, Whitley, Tannahill & Ellaway 2015). Molemmilla mittareilla on siis arvoa terveyserojen tutkimuksessa.

Kiinnostavaa on, että käytöksen roolin suuruus vaihtelee alueittain, aiheesta tehdyssä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että terveyskäyttäytymisellä on suurempi rooli terveyseroihin Pohjois-Euroopassa sekä Pohjois-Amerikassa kuin Keski- ja Etelä-Euroopassa. Miehillä sillä on havaittu olevan suurempi merkitys kuin naisilla, samoin nuorilla ja keski-ikäisillä käytöksellä on suurempi rooli kuin vanhuksilla. (Petrovic ym. 2018.) Kaikilla ihmisryhmillä terveyskäyttäytymisen merkitys ei siis ole yhtä suurta. Tämän pohjalta voidaanankin todeta, että vaikka terveyskäyttäytymisellä on vahva yhteys sosioekonomisiin terveyseroihin, ei se liene viheliäisen ongelman perimmäinen syy.

3.5 Maiden väliset erot

Euroopan sisällä terveyseroja on huomattavasti. Tässä jaksossa tarkastellaan erilaisia tapoja jakaa Eurooppa terveyserojen tutkimuksessa sekä keskeisiä tuloksia siitä, millaisia eroavaisuuksia alueiden väleillä on. Joissain tutkimuksissa Eurooppaa toki tarkastellaan joko yhtenä kokonaisuutena tai yksittäisinä maina, mutta kenties yleisin tapa on jakaa se useampaan osaan joko maantieteellisen sijainnin tai hyvinvointivaltiomallin mukaan.

Eurooppa jaetaan terveystutkimuksessa usein hieman vaihtelevin tavoin. Usein jako tehdään Esping-Andersenin hyvinvointivaltioregiimien mukaan, jolloin maat jaetaan niiden hyvinvointimallien perusteella liberaalin mallin maihin, konservatiivis-korporatistisiin maihin sekä sosiaalidemokraattiseen malliin (Esping-Andersen 1990). Konservatiivis-korporatistista mallia kutsutaan myös bismarckilaiseksi malliksi sen syntyyn vaikuttaneen Otto von Bismarckin mukaan (Fay 1950). Tällaista jakoa käytetään usein, kun halutaan tarkastella erityisesti hyvinvointivaltion roolia terveydessä (esim. Eikemo, Huisman, Bambra & Kunst 2008). Usein Eurooppa jaetaan tutkimuksissa myös yksinkertaisesti Itä- ja Länsi-Eurooppaan (esim. Mackenbach ym. 2018). Tällöin pyritään tarkastelemaan eroja laajemmin, eikä oleellista ole niinkään hyvinvointimallin muoto.

Ehkä kaikkein yleisin tapa jakaa Eurooppa nykytutkimuksessa onkin yhdistellä maantieteellisiä ja hyvinvointimalliin liittyviä tekijöitä. Tällöin alueet ovat myös pienempiä, eikä yhteen alueeseen tule niin paljoa maita. Tällaisia jakoja ovat esimerkiksi jako Itä-, Etelä- ja Keski-Eurooppaan sekä Pohjoismaihin. Toisinaan Irlanti ja Yhdistyneet Kuningaskunnat erotetaan vielä omaksi anglosaksisten maiden ryhmäkseen (esim. Guarnizo-Herreño, Watt, Pikhart, Sheiham & Tsakos 2013).

Eikemo kumppaneineen (2008) tarkasteli terveyseroja Euroopassa laajennetun hyvinvointivaltioregiimijaon kautta. Tutkimuksessaan he havaitsivat, että bismarckilaisen mallin maissa terveyserot olivat pienempiä ja Etelä-Euroopassa suurimpia. Tämä haastaa muun tutkimuksen käsitystä Etelä-Euroopan pienistä sosioekonomisista terveyseroista (vrt. Mackenbach 2017). Itä-Euroopassa elinajanodotteen on todettu olevan muuta Eurooppaa matalampaa, ja samalla Itä-Euroopassa on Euroopan korkein sepelvaltimotautikuolleisuus. Vuosien 1995 ja 2009 välillä erojen havaittiin kuitenkin pienentyneen. (Maynou, Saez, Bacaria & Lopez-Casasnovas 2015.) Yleisesti ottaen tutkimuksessa Eurooppaa tutkittaessa on kuitenkin havaittu, että terveys on heikointa Itä-Euroopassa, ja eräässä tutkimuksessa havaittiinkin, että alueen kuolemista miehillä 48 prosenttia ja naisilla 57 prosenttia oli

seurausta sydän- ja verisuonitaudeista (Townsend, Kazakiewicz, Wright, Timmis, Huculeci, Torbica, Gale, Achenbach, Weidinger & Vardas 2021). Kyseessä on tautiryhmä, jonka riskitekijöitä ovat muun muassa ylipaino, kolesterolitasot sekä tupakointi (Laatikainen, Härkänen, Borodulin, Harald, Koskinen, Männistö, Peltonen, Sundwall, Valsta, Vartiainen & Jousilahti 2019). Elintavat vaikuttavat siis sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn. Tutkimuksessa onkin havaittu, että Itä-Euroopan perinteinen ruokavalio, kuten sianihrolla kokkaaminen ja rasvaisten maitotuotteiden kulutus, on yhteydessä heikompaan terveyteen, erityisesti sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen (Stefler, Brett, Sarkadi-Nagy, Kopczynska, Detchev, Bati, Scrob, Koenker, Aleksov, Douarin, Simonova, Malyutina, Kubinova, Pajak, Ruiz, Peasey, Pikhart & Bobak 2021).

Maaryhmien ja maiden välillä eroja on myös maahanmuuttajien terveydessä. Aiemmin tutkielmassa esitelty terveen maahanmuuttajan paradoksi on maailmalla laajasti tunnistettu ilmiö, mutta Euroopassa siinä on havaittu vaihtelua muun muassa maiden kotoutumispolitiikan mukaan. Niissä maissa, joissa maahanmuuttajiin suhtaudutaan positiivisesti ja politiikka tukee kotoutumista, on maahanmuuttajien terveys parempaa (esim. Malmusi 2015). Euroopassa on siis maita kuten Ruotsi, joissa maahanmuuttajien terveys on havaittu synnyinmaassaan asuvia paremmaksi, mutta joissain maissa, esimerkiksi Itävallassa tilanne on tutkimuksessa todettu päinvastaiseksi (Malmusi 2015)

Terveyserot eivät siis ole liikkumattomia, vaan ne voivat vaihdella ajan mukaan. Eurooppaa on myös terveyserotutkimuksessa jaoteltu politiikan mukaan, mikä on erityisen hyödyllistä silloin, kun halutaan tarkastella tiettyä osa-aluetta. Tästä esimerkkinä voidaan mainita yllä esitelty kotoutumispolitiikka, mutta tutkimuksia on tehty myös esimerkiksi alkoholi- tai tupakkapolitiikkojen mukaan (esim. Meier, Holmes, Angus, Ally, Meng & Brennan 2016).

4 Tutkimusasetelma

Tässä tutkielmassa tarkastellaan subjektiivista terveyttä sekä sen erojen selittäviä tekijöitä Euroopan 17 eri maassa. Tutkielmassa vertaillaan sosioekonomisia terveyseroja synnyinmaassaan asuvien sekä maahanmuuttajien välillä, ja tarkastellaan, onko ryhmien välinen terveys samalla tasolla vai onko siinä eroja. Lisäksi tarkastellaan sitä, selittävätkö samat tekijät terveyttä ryhmillä, vai onko selittävissä tekijöissä eroavaisuuksia. Tavoitteena on selvittää terveen maahanmuuttajan paradoksin näkyvyyttä ja laajuutta Euroopan eri maissa. Tutkielmassa keskitytään siis sekä mikro- että makrotason eroihin.

4.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymysten avulla pyritään löytämään vastauksia laajempaan tutkimusongelmaan.

Tutkielmassa on kaksi pääkysymystä ja kolme alakysymystä.

1. Miten subjektiivinen terveys on kehittynyt Euroopassa ja mitkä tekijät selittävät sen eroja?
 - a. Missä määrin subjektiivisen terveyden vaihtelua voidaan selittää sosioekonomisten ja demografisten tekijöiden tai terveyskäyttäytymisen perusteella?

Tätä tarkennetaan alakysymyksillä:

- b. Selittävätkö subjektiivista terveyttä samat tekijät maahanmuuttajilla ja synnyinmaassaan asuvilla?
 - c. Saako terveen maahanmuuttajan paradoksin teoria tukea Euroopassa?
2. Miten subjektiivinen terveys on kehittynyt Euroopan maaryhmissä ja mitkä tekijät selittävät maaryhmien subjektiivista terveyttä?

4.2 Aineisto ja muuttajat

Aineistona tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään European Social Survey -kyselyaineistoa (myöhemmin ESS). Kyseessä on kahden vuoden välein toteutettava yli 30 Euroopan ja sen lähialueiden maata kattava vertaileva kyselytutkimus. Se kartoittaa muun muassa yhteiskunnallisen muutoksen, käyttäytymisen ja asenteiden välisiä yhteyksiä ja suhteita.

Kyselylomake sisältää sekä joka kerta samanlaisena toistuvan ydinmoduulin että vaihtuvia moduuleita. Kyseessä on avoimesti ladattavissa oleva aineisto. (European Social Survey n.d.)

Tutkielmassa hyödynnetään ESS-aineiston kyselyitä vuosilta 2014 sekä 2023, sillä näinä vuosina kyselyssä on ollut mukana Social inequalities in health -moduuli. Moduulin kysymyksissä kartoitetaan terveydentilaa, terveydenhuollon saavutettavuutta sekä terveystyötyymistä. Näin ollen sen avulla voidaan tarkastella terveyden eri ulottuvuuksia sekä tekijöitä, joilla on yhteyttä terveyteen ja sitä kautta sosioekonomisiin terveyseroihin. Tutkielman selitettäväksi tekijäksi on valittu vastaajien subjektiivinen terveys. Kyseessä on viisiluokkainen kategorinen muuttuja, jota ei tarvinnut muokata analyysia varten.

Tutkielmassa käytetään selittävinä muuttujina jatkuvia, kategorisia sekä diskreettejä muuttujia. Diskreetillä muuttujalla tarkoitetaan muuttujaa, jonka mitta-asteikko etenee hyppäyksittäin, ja muuttuja voi saada vain kokonaislukuja arvoiksi (Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja n.d.).

Kaksiluokkaisia kategorisia muuttujia ei ole muokattu tutkielmaa varten lainkaan. Näitä ovat ESS-kyselykierros, sukupuoli, maassa syntyminen, syrjittyyn ryhmään kuuluminen sekä hoitoon pääsy. Sukupuoli valittiin mukaan vain binäärisenä, sillä muuksi kuin mieheksi tai naiseksi itsensä ilmoittaneita oli koko aineistossa 46 kappaletta. Tämä on 0,16 prosenttia vastaajista, ja näin pienen joukon kohdalla otantavirheen riski kasvaa, ja virheellisten päätelmien tekemisen todennäköisyys kasvaa (Tilastokeskus n.d.). European Social Surveyssä pyritään mahdollisimman hyvään edustavuuteen (European Social Survey n.d.), mutta muunsukupuolisten määräästä ei ole tietoa, jolloin tämän edustavuudesta ei voida olla varmoja.

Useampia luokkia sisältäviä kategorisia muuttujia on muokattu jonkin verran. Aluksi analyysit on tehty muokkaamatta näitä muuttujia, mutta esimerkiksi alkoholin kulutuksen kohdalla tässä vaiheessa havaittiin, että tilastollisia eroja ei havaittu päivittäin, useita kertoja viikossa ja kerran viikossa alkoholia käyttävien väliltä, joten nämä yhdistettiin yhdeksi arvoksi ”viikoittain”. Samalla perusteella kasvisten syömistä koskevan kysymyksen vastaukset ”vähintään kolme kertaa päivässä”, ”kahdesti päivässä” ja ”kerran päivässä” yhdistettiin yhdeksi arvoksi ”päivittäin”. Tupakointia koskevaa selittävää muuttujaa muokattiin, sillä kysymys ja sen vaihtoehdot olivat erilaiset kahden tutkimuskierroksen välillä. Kierroksella 7 (2014) kysymyksessä kysyttiin vain päivittäisestä tupakoinnista, kun kierroksella 11 (2023) päivittäiselle tupakoinnille oli kaksi vastausvaihtoehtoa ”tupakoin

päivittäin, yleensä vähintään 10 savuketta” sekä ”tupakoin päivittäin, yleensä enintään 9 savuketta”. Vertailukelpoisuuden edistämiseksi nämä yhdistettiin vastaukseksi ”päivittäin”.

Perhemuodon muuttuja luotiin kotitalouden jäseniä määrää ja luonnetta koskevista kysymyksistä ja koodattiin neliluokkaiseksi sisältämään kahden vanhemman lapsiperheet, yksinhuoltajaperheet, yksinasuvat sekä lapsettomat pariskunnat.

Tulotaso mitataan tutkielmassa neliluokkaisen koetun tulotason mittarilla. Koettu tulotaso valittiin mittariksi, sillä se ei vaadi eri maiden vastausten muokkaamista siten, että valuutat ja niiden arvot ovat vertailtavissa. Eri maissa samalla euromäärällä todellinen ostovoima voi olla hyvinkin erilainen. Lisäksi koettu tulotaso huomioi kotitalouksien käytettävissä olevat tulot, jolloin esimerkiksi mahdolliset velat voivat vaikuttaa vastauksiin. Tällöin vältytään tilanteelta, jossa kotitalouksien tulo vaikuttaa korkealta, mutta todellisuudessa pakolliset kulut vievät tuloista suuren osan, eikä elintaso välttämättä eroa pienituloisista.

Tutkielmaan otettiin mukaan kaikki 17 maata, jotka osallistuivat molemmille ESS-kierroksille. Maat on jaettu tutkielmassa viiteen maaryhmään. Euroopan eri alueista ei ole yksimielisyyttä, joten tässä tutkielmassa maajako on tehty hyvinvointivaltiomallien sekä alueiden poliittisen historian ja kulttuurin mukaan (Ervasti, Fridberg, Hjerm & Ringdal 2008).

Taulukko 1. Maiden jaottelu maaryhmiksi.

Maaryhmä	Ryhmään kuuluvat maat
Ryhmä 1 (Pohjoismaat)	Suomi, Ruotsi, Norja
Ryhmä 2 (Itä-Eurooppa)	Liittua, Unkari, Puola, Slovenia
Ryhmä 3 (Anglosaksiset maat)	Yhdistyneet Kuningaskunnat, Irlanti
Ryhmä 4 (Etelä-Eurooppa)	Espanja, Portugali
Ryhmä 5 (Keski- ja Länsi-Eurooppa)	Saksa, Belgia, Sveitsi, Ranska, Alankomaat, Itävalta

Diskreettejä selittäviä muuttujia tutkielmassa ovat onnellisuus, urheilun viikkomäärä sekä vapaa-ajan tapaamisten määrä. Vapaa-ajan tapaamisten määrä vaikuttaa aineistossa kategoriselta (7-luokkainen, sanalliset vaihtoehdot), mutta vastausvaihtoehdot ovat järjestysasteikolla ”en koskaan” – ”päivittäin”. Sekä tapaamisten määrä että urheilun viikkomäärä (myös 7-luokkainen) analysoitiin ensin kategorisina muuttujina, mutta molemmissa kehityksen havaittiin olevan lineaarista. Tämän vuoksi muuttujia käsitellään diskreetteinä muuttujina, jolloin taulukoiden ja analyysien luettavuus paranee.

Koulutusvuodet voidaan myös määritellä diskreetiksi muuttujaksi, sillä kysymyksen luonteen

vuoksi se voi saada vastaukseksi vain kokonaislukuja. Sitä käsitellään kuitenkin myös jatkuvana muuttujana, sillä koulutuksen ja terveyden suhde on aineistossa lineaarinen, ja koulutusvuosien määrä saa arvoja välillä 0–60. Tutkielmassa on mukana myös ikä sekä iän neliö, jotta koetun terveyden ja iän mahdollinen kurvilineaarinen yhteys voidaan huomioida.

4.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkielmassa hyödynnetään kahta eri kyselykertaa. Kyseessä on poikkileikkaustutkimus. Sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksessa hyödynnetään paljon pitkiä aikasarjoja (esim. Mackenbach ym. 2018) sekä pitkittäistutkimuksia (esim. Halleröd & Gustafsson 2011), mutta nämä vaativat joko valmista soveltuvaa aineistoa tai paljon resursseja omaan aineistonkeräykseen. Poikkileikkausasetelmalla saadaan päivitettyä tietoa terveyserojen tilanteesta ja sen avulla on mahdollista vertailla maita keskenään.

Tutkielman analyysissa hyödynnetään ristiintaulukointia, hierarkkista regressiota sekä yksitasoista regressioanalyysia, jotta tutkimuksen eri tasot (yksilöt ja maat) voidaan huomioida ja minimoida virheelliset tulkinnat. Ristiintaulukointi havainnollistaa ennen monimutkaisempia analyysieja ryhmien välisiä eroja koetussa subjektiivisessa terveydessä. Ristiintaulukoinnin avulla tarkastellaan maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien välisiä eroja sekä maaryhmien välisiä eroja koetussa subjektiivisessa terveydessä.

Tutkielmassa monitasomallia hyödynnetään laajimmassa analyysissa, jossa mukana ovat kaikki vastaajat. Samalla menetelmällä tarkastellaan myös maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien koettua subjektiivista terveyttä ja sen selittäviä tekijöitä. Tällä pyritään tunnistamaan se, selittävätkö subjektiivista terveyttä maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien välillä samat vai eri tekijät. Monitasomallien etuna on mahdollisuus analysoida hierarkkista aineistoa, jossa selittäviä tekijöitä on useammalla kuin yhdellä tasolla. Monitasomalleja hyödynnetään, kun selitettävä muuttuja on alimmalla tasolla, mutta selittäviä muuttujia ainakin kahdella tasolla. (Ellonen & Kaakinen n.d.) Tämän tutkielman tapauksessa tasoja on kaksi: maiden asukkaat eli vastaajat sekä maat. Selitettävänä muuttujana toimii subjektiivinen terveys, joka on yksilötason muuttuja. Koska maiden välillä on aiemmassa tutkimuksessa havaittu olevan eroja sosioekonomisessa terveydessä (esim. Maynou ym. 2015), on maat valittu mukaan selittäväksi muuttujaksi ja siten tutkielmassa on kaksi tasoa, joiden avulla ilmiötä pyritään selittämään.

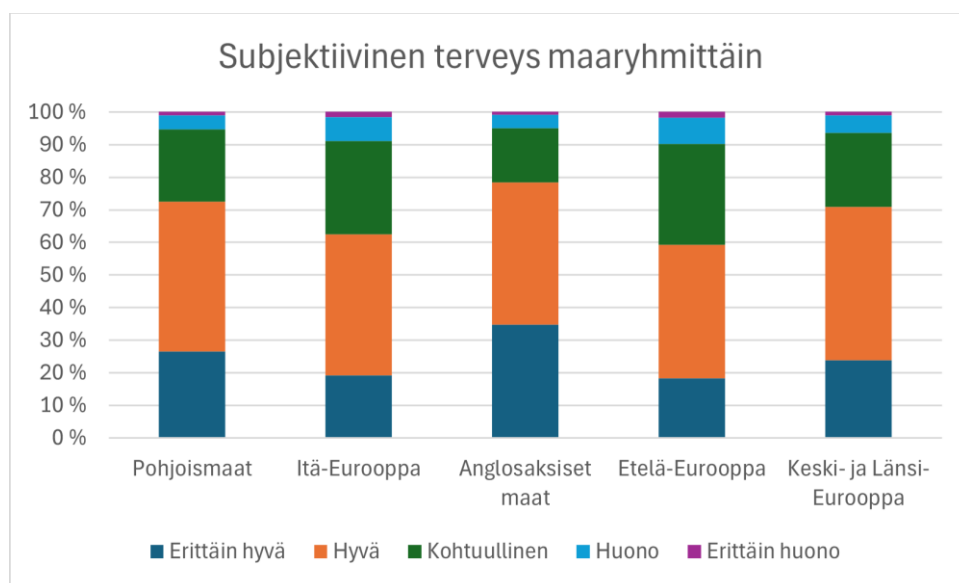
Yksitasoisia regressioita hyödynnetään maaryhmittäisessä analyysissä. Nämä analyysit on tehty myös monitasomallina hierarkkisena regressiona, mutta koska maaryhmissä on niin vähän maita, valikoitui lineaarinen regressio parhaaksi tutkimusmenetelmäksi. Nämä monitasoanalyysit löytyvät tutkielman liiteosasta liitteestä 1. On erimielisyyksiä siitä, kuinka paljon toisen tason muuttujia tarvitaan, jotta klusteroiminen on mielekästä. Useimmat ohjeistukset kehottavat vähintään 20–30 klusteriin, mutta myös kymmenen klusterin on ajoittain havaittu tuottavat päteviä ja luotettavia tuloksia (McNeish & Stapleton 2016). Tässä analyysissä anglosaksisten maiden muodostama pienin klusteri sisältäisi kuitenkin vain neljä uniikkia ryhmää, kaksi maata kahdella mittauskerralla. Jokaisesta maaryhmästä on tehty oma regressioanalyysinsä, jotka on yhdistetty tämän tutkielman jaksossa 5.4 yhdeksi taulukoksi luettavuuden helpottamiseksi.

5 Tulokset

Luvussa 5 käsitellään analyysin tuloksia, ja pohditaan niille mahdollisia selityksiä. Aluksi tarkastellaan kuvailevia tuloksia eli ristiintaulukointeja keskeisimpien muuttujien osalta. Tämän jälkeen siirrytään monitasoregressioihin sekä lineaariseen regressioon. Nämä tulokset käsitellään jaksoittain, ja mahdollisia selityksiä pohditaan, kun tulos saadaan ensimmäisen kerran. Toistensa kanssa linjassa olevien tulosten mahdollisia selityksiä ei siis toisteta, ellei niihin ole kontekstin vuoksi lisättävää.

5.1 Jakaumat ja ristiintaulukoinnit

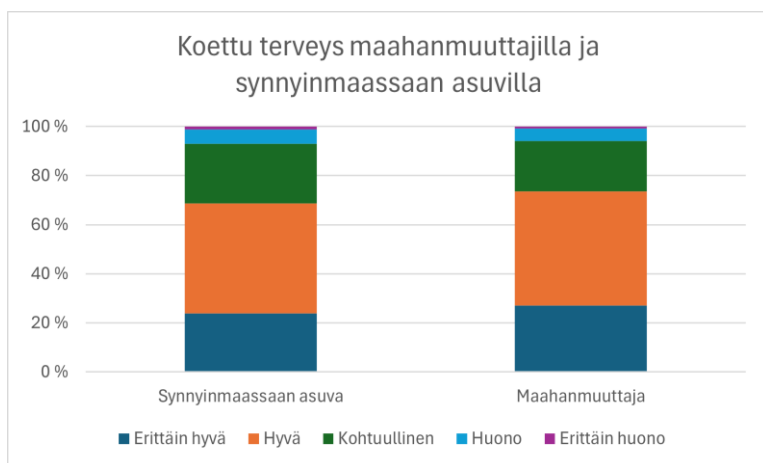
Jaksossa 5.1 käsitellään ristiintaulukoinnin tulokset. Kuviosta 1 käy ilmi koetun terveyden vaihtelu maaryhmittäin ja kuviossa 2 kuvataan koetun terveyden vaihtelua maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien välillä. Näin voidaan saada alustavia vastauksia tutkimuskysymyksiin terveyseroista maiden välillä sekä terveen maahanmuuttajan paradoksin näkyvyydestä. Kuvio 3 esittää koetun tulotason ja koetun terveyden välistä yhteyttä eli sosioekonomisia terveyseroja.



Kuva 1 Koettu terveydentila prosenteina maaryhmittäin (%).

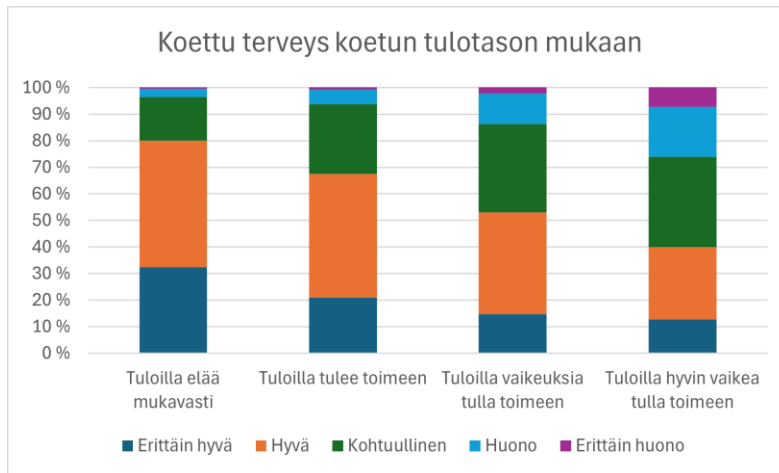
Kuviosta 1 huomataan, että maaryhmien välillä on eroja terveydessä. Vaikka terveytensä erittäin huonoksi kokevien määrä on hyvin pieni kaikissa maaryhmissä, on huonoksi ja kohtalaiseksi terveytensä kokevien määrässä jo enemmän vaihtelua. Koettu terveys vaikuttaa olevan heikointa Itä-Euroopassa ja Etelä-Euroopassa, eikä näiden kahden alueen välillä ole juurikaan eroja koetun terveyden jakaumassa. Tämä on kiinnostava havainto Itä-Euroopan

kriisin sekä Etelä-Euroopan ihmeen kannalta kiinnostavaa. Koettu terveys asettuu maissa melko samalle tasolle, vaikka terveyserojen tiedetään alueiden sisällä vaihtelevan huomattavasti: Etelä-Euroopassa ne ovat melko pieniä, kun taas Itä-Euroopassa ne ovat suuria aiemman tutkimuksen mukaan. Terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi kokevien määrä on anglosaksisissa maissa suurempaa kuin muissa maaryhmissä. Pohjoismaiden ja Keski- ja Länsi-Euroopan terveysjakaumat vaikuttavat myös keskenään hyvin samankaltaisilta. Ryhmien välillä ei ole suuria eroja, ja niiden terveys asettuu Itä- ja Etelä-Euroopan sekä anglosaksisten maiden väliin. Alueellista vaihtelua terveydessä voidaan siis havaita.



Kuva 2 Koettu terveys prosentteina maahanmuuttajastatuksen mukaan (%).

Kuvio 2 kuvaa maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien koettua terveyttä viidessä eri luokassa. Valtavia eroja ei ole kuvion perusteella havaittavissa, mutta maahanmuuttajien terveys vaikuttaa silti olevan hieman synnyinmaassaan asuvia parempaa. Maahanmuuttajista suurempi osa kokee terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi kuin synnyinmaassaan asuvista. Pelkkää terveyttä tarkastellessa terveen maahanmuuttajan ilmiö näyttäisi siis pitävän paikkaansa. Tämän pohjalta ei kuitenkaan voida vielä puhua terveen maahanmuuttajan paradoksista, sillä ristiintaulukoinnissa ei huomioida muita selittäviä tekijöitä. Jaksossa 5.3 kuvataan tarkemmin maahanmuuttajien ja muun väestön välisiä eroja terveydessä tarkemmin.



Kuva 3 Koettu terveys koetun tulotason mukaan (%).

Kuvio 3 esittää koetun terveyden ja koetun tulotason välistä yhteyttä. Tuloilla hyvin toimeen tulevien terveys on selvästi parempaa kuin muilla ryhmillä. Koettu terveys on heikompaa heikommin toimeen tulevilla, ja yhteys vaikuttaa kuvan perusteella lineaariselta. Kuvio osoittaa siis aineistossa olevan terveyden sosiaalisen gradientin ja sosioekonomisten terveyserojen olemassaolon. Tuloillaan mukavasti elävistä alle puoli prosenttia kokee terveytensä erittäin huonoksi samalla, kun taas suuria vaikeuksia toimeentulossa kokeville terveytensä erittäin huonoksi kokee yli seitsemän prosenttia vastaajista.

5.2 Subjekttiivinen terveys Euroopassa

Taulukossa 2 käydään läpi selittävien muuttujien yhteyksiä koettuun terveyteen Euroopassa. Tällä pyritään vastaamaan tutkimuskysymykseen 1 ja alakysymykseen 1a sekä saamaan hyvä yleiskuva terveydestä Euroopassa, jota tarkennetaan jaksoissa 5.3 ja 5.4. Valituista selittävästä demografisista tekijöistä sukupuoli, ikä, koulutusvuodet, syrjittyyn ryhmään kuuluminen sekä koettu tulotaso olivat tilastollisesti erittäin merkitsevässä yhteydessä koettuun terveyteen. Maaryhmät eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä koettuun terveyteen, mutta taulukosta 4 käy ilmi, että maaryhmien välillä on vaihtelua terveyden tason muutoksessa ja siinä, mitkä tekijät ovat yhteydessä subjektiiviseen terveyteen. Samoin käy ajalliselle muutokselle: ESS-kierroksella eli aineistonkeruun ajankohdalla ei ollut tässä analyysissä tilastollista merkitsevyyttä, mutta myöhemmin maaryhmäkohtaisissa regressioissa (taulukko 4) se on tilastollisesti merkitsevä.

Taulukossa 2 sukupuolen roolia tarkastellessa havaitaan, että naisten koettu terveys on heikompaa, kuin miesten koettu terveys. Aiemmassakin tutkimuksessa on havaittu tämä ilmiö, jonka mukaan naiset kokevat terveytensä miehiä heikommaksi (esim. Dahlin &

Härkönen 2013), mutta naisten eliniänodote on miehiä korkeampaa Euroopassa (Eurostat 2022).

Koulutus liittyy sosioekonomiseen asemaan ja sitä käytetäänkin usein sosioekonomisen aseman mittarina (esim. Eikemo ym. 2008). Tässä analyysissä koulutuksella oli odotetunlainen tilastollinen merkitsevyys, jossa koulutusvuosien määrä on positiivisesti yhteydessä koettuun terveyteen. Korkeammin koulutettujen terveys on siis keskimäärin parempaa kuin matalammin koulutettujen.

Taulukossa 2 perhemuodoissa analyysissä havaittiin tilastollinen yhteys vain kahden vanhemman lapsiperheiden sekä lapsettominen pariskuntien välillä. Lapsettomilla pariskunnilla terveys on heikompaa kuin lapsiperheillä. Aiemmassa tutkimuksessa perhemuodon roolista terveydelle on saatu vaihtelevia tuloksia erityisesti itsearvioidun terveyden ja mielenterveyden kohdalla (esim. von der Lippe & Rattay 2016; Namkung, Mitra & Nicholson 2019). Vuonna 2020 julkaistussa Saksaa koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että iällä oli merkitystä perhemuodon ja terveyden väliselle yhteydelle, sillä 45-54-vuotiaiden lasten kanssa asuvien terveys oli parempaa, kuin ilman lapsia asuvien. Alle 30-vuotiailla ero oli päinvastainen, ja näiden ikäryhmien välillä eroja ei juurikaan ollut. (Rattay & von der Lippe 2020). Perhemuodon pieni merkitys voi siis selittyä tällä, ja sen tarkastelu vaatisi ikäryhmittäistä analyysia. Lineaarista yhteyttä ei perhemuodon ja koetun terveyden välillä ei siis voida todeta olevan.

Sillä, onko vastaaja syntynyt asuinmaassaan, ei tässä analyysissä ole tilastollisesti merkitsevyyttä. Tämä selittynee taulukon 4 tuloksilla, sillä maahanmuuttajien terveys vaihtelee maittain. Joissain maaryhmissä maahanmuuttajat kokevat itsensä terveemmiksi, kun taas joissain heidän terveytensä on synnyinmaassaan asuvia heikompaa.

Taulukossa 2 syrjittyyn ryhmään kuulumisella on puolestaan tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys siten, että vastaajilla, jotka eivät kuulu syrjittyyn ryhmään, koettu terveys on parempaa. Koetulla syrjinnällä on aiemmin havaittu korreloivan mielenterveysongelmien kanssa, mutta somaattisen terveyden kohdalla havaittu yhteys ei ole saanut tutkimuksessa vahvaa tukea (Krieger 2014). Tämä voikin selittää yhteyttä myös tässä kontekstissa: vastaajien kokemukseen omasta terveydestä vaikuttaa sekä fyysinen että psyykinen hyvinvointi.

Vastaajien koetulla tulotasolla on tilastollisesti erittäin merkittävä yhteys koettuun terveyteen. Tulosten kerroin kasvaa lineaarisesti, eli terveys on sitä heikompaa, mitä haastavampaa kotitalouden tuloilla on tulla toimeen. Terveysden sosiaalinen gradientti on tunnistettu tutkimuksessa jo pitkään, eikä tämäkään tulos horjuta paradigmat aiheesta. Sosioekonomisen aseman mukaiset terveyserot ovat kiinnostaneet tutkimuksessa pitkään. Jo the Black Reportin (1980) aikaan sosioekonomisia terveyseroja on pyritty selittämään muiden tekijöiden kuten käyttäytymisen kautta. Tämä taulukon 2 tulos on kuitenkin linjassa muiden tuoreiden tutkimusten kanssa, jotka osoittavat, etteivät tällaiset ulkoiset tekijät selitä täysin tätä yhteyttä. Euroopassa on aiemmassa tutkimuksessa havaittu, että sosioekonomiset ja demografiset tekijät selittävät maiden välisistä terveyseroista noin kolmanneksen (Mazekaite, O'Dohongue & Sologon 2021).

Myös onnellisuus näyttyy tilastollisesti merkitseväksi koetun terveyden selittämisessä. Tämäkin tulos on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, sillä terveyden ja onnellisuuden välinen suhde on havaittu useissa tutkimuksissa. Matalan onnellisuuden on epäilty heikentävän ihmisten vastustuskykyä sekä lisäävän psykosomaattisia oireita ja sairauksia. (Borghesi & Vercelli 2010). Kymmenen vuoden takaisessa italialaisessa tutkimuksessa onnellisuuden todettiin jopa olevan terveyttä parhaiten selittävä ja ennustava tekijä (Sabatini 2014).

Onnellisuuden jälkeen taulukossa 2 siirrytään terveyskäyttäytymiseen ja -palveluihin. Tupakoinnilla on tilastollisesti merkittävä yhteys terveyteen siten, että tupakoimattomien vastaajien koettu terveys on parempaa kuin päivittäin tupakoivien. Myös säännöllisesti mutta harvemmin kuin päivittäin tupakoivien terveys on tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla parempaa kuin päivittäin tupakoivien. Aiemmassa tutkimuksessa on esitetty, että tupakointi on merkittävin terveyteen yhteydessä oleva terveyskäyttäytymisen muoto (Petrovic ym. 2018). Tupakoinnin selittävyttä taulukossa 2 tarkastellessa on kuitenkin muistettava, että siinä missä tavallisen tupakan kulutus on viime vuosina laskenut (esim. WHO 2018), on sähkö tupakan suosio noussut huimasti (esim. Tattan-Birch, Brown, Shahab, Beard & Jackson 2024). Tupakointia koskevassa kysymyksessä mukaan lasketaan valmiit ja itse käärityt savukkeet, mutta ei sähkö tupakkaa, piippua tai sikareita. Nikotiinin kulutus on siis muuttanut muotoaan, eikä tämän analyysin pohjalta voida todeta muiden nikotiinituotteiden merkityksestä terveydelle mitään.

Yllättävänä tuloksena havaitaan se, että alkoholin kulutuksella vaikuttaa olevan negatiivinen yhteys terveyteen: enemmän alkoholia juovat kokevat terveytensä paremmiksi kuin vähemmän alkoholia juovat. Alkoholin runsaan kulutuksen tiedetään lisäävän riskiä useisiin sairauksiin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin, kun taas kohtuullisen käytön on havaittu vähentävän näiden sairauksien riskiä. Samoin riskin on havaittu olevan korkeampi alkoholin käytön lopettaneilla, kuin aina alkoholista kieltäytyneillä. (Goel, Sharma & Garg 2018.) Kuten jaksossa 4.2 on selitetty, ei tämän analyysin ensimmäisessä mallissa havaittu eroja koetussa terveydessä päivittäisen ja viikoittaisen kulutuksen välillä, joten nämä vastausvaihtoehdot on lopullisessa analyysissä yhdistetty yhdeksi muuttujan arvoksi. Tätä eroa saattaa selittää toisensuuntainen selittävyys: terveys saattaa selittää alkoholin kulutusta eikä toisin päin. Tutkimuksessa on havaittu, että alkoholista täysi pidättäytyminen on yhteydessä pitkäaikaissairauksiin. Tutkijoiden mukaan tätä ei yleensä huomioida, kun verrataan kohtuukäyttäjiä niihin, jotka eivät ole koskaan käyttäneet alkoholia, jolloin kohtuullisesti alkoholia kuluttavien terveysetu näyttää todellisuutta suuremmalta. (Ng Fat ym. 2014.) Tätä ei voida huomioida myöskään tässä poikkileikkausanalyysissä, joten on mahdollista, että se selittää terveyden ja alkoholin kulutuksen välistä yhteyttä myös tässä analyysissä.

Hoitoonpääsillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys koettuun terveyteen. Jos hoitoonpääsyn kanssa ei ole ollut ongelmia, on vastaajien terveys parempaa kuin niillä vastaajilla, jotka eivät ole päässeet terveydenhuoltoon jostain syystä. Tässä ei tarkastella sen tarkemmin, minkä vuoksi vastaajat eivät ole päässeet hoitoon, mutta syyt voivat liittyä esimerkiksi vastaajan työaikoihin, hoitojonojen pituuteen tai hoidon hintaan.

Hoitoonpäässeiden terveys on parempaa kuin hoitoonpääsystä haasteita kohdanneiden, mikä vaikuttaa loogiselta: kun terveysongelmia hoidetaan, voi terveys parantua. Mikäli hoitoon ei pääse, jää potilas vaivansa kanssa yksin ja se voi pahentua.

Taulukosta 2 nähdään, että kasvien säännöllinen syöminen on tilastollisesti merkittävässä yhteydessä vastaajien koettuun terveyteen. Yhteys on tässä analyysissä lineaarinen, kasvien syöminen harvemmin tai ei lainkaan on yhteydessä heikkoon koettuun terveyteen. Kasvien syömisellä tiedetään olevan terveyttä edistäviä vaikutuksia, joten tämä tulos on odotettu.

Urheilun viikkomäärä on tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla positiivisesti yhteydessä koettuun terveyteen. Tämä ei ole yllättävää, sillä urheilun on jo pitkään tiedetty olevan yhteydessä paitsi fyysiseen terveyteen, myös mielenterveyteen. Kausaalisuus saattaakin tässä

tapauksessa toimia molempiin suuntiin: liikunta edistää terveyttä, mutta esimerkiksi vakavasti sairaat ihmiset eivät välttämättä pysty urheilemaan useita kertoja viikossa. Tällöin urheilun määrä ei selitä terveyden tilaa, vaan terveyden tila urheilun määrää.

Vapaa-ajan tapaamisilla havaittiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys koettuun terveyteen. Aiheesta on ristiriitaisia tuloksia aiemmassa tutkimuksessa, sillä joissain tutkimuksissa sosiaalisten kontaktien määrällä on havaittu yhteys koettuun terveyteen (esim. Fiorillo & Sabatini 2011), kun taas toisissa yhteyttä ei ole havaittu (esim. Pinillos-Franco & Kawachi 2018). Tämä voi kuitenkin selittyä muilla valituilla muuttujilla: Pinillos-Fracon ja Kawachin (2018) tutkimuksessa hyödynnettiin myös muita lähekkäisiä kysymyksiä, kuten läheisten ihmisten määrää, poliittiseen tai aktivistitoimintaan osallistumista sekä samanikäisten tapaamista. Nämä voivat heikentää yksittäisen muuttujan tilastollista merkitsevyyttä. Tässä analyysissä ei kuitenkaan ole muita vastaavia muuttujia, jotka vaikuttaisivat tulokseen. Tapaamiset voivat edistää henkistä hyvinvointia ja ehkäistä syrjäytymistä, minkä kautta terveyden ja tapaamisten määrän yhteys voi selittyä.

Nämä tupakointiin, kasvien syömiseen sekä urheiluun liittyvät tulokset osoittavat, että terveystyytymisellä on merkitystä koetun terveyden kannalta. Ne eivät kuitenkaan selitä sosioekonomisia terveyseroja, sillä koulutus ja koettu tulotaso ovat samassa mallissa tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen.

Taulukko 2 Selittävien muuttujien yhteys subjektiiviseen terveyteen Euroopassa, vuodet 2014 ja 2023. Hierarkkinen lineaarinen regressio, painotettu.

Subjektiivinen terveys	Kerroin	Keskivirhe
ESS-kierros (ref. 7)		
Kierros 11	-0,019	0,021
Maaryhmä (ref. Itä-Eurooppa)		
Pohjoismaat	-0,088	0,062
Anglosaksiset maat	0,158	0,116
Etelä-Eurooppa	-0,855	0,064
Keski-/Länsi-Eurooppa	-0,037	0,085
Sukupuoli (ref. mies)		
Nainen	-0,048***	0,011
Ikä	-0,013***	0,002
län neliö	-0,000	0,000
Koulutusvuodet	0,019***	0,002
Syntynyt maassa (ref. kyllä)		
Ei	0,035	0,028
Perhemuoto (vertailuna 2 vanhemman lapsiperhe)		
Lapseton pariskunta	-0,036**	0,012
Yksinhuoltaja	0,017	0,023
Yksinasuva	-0,026	0,018
Syrjittyyn ryhmään kuuluminen (ref. kyllä)		
Ei	0,125***	0,016
Koettu tulotaso (ref. hyvä koettu toimeentulo)		
Kotitalouden tuloilla pärjää	-0,109***	0,012
Kotitalouden tuloilla pärjääminen on haastavaa	-0,234***	0,021
Kotitalouden tuloilla pärjääminen erittäin haastavaa	-0,378***	0,035
Onnellisuus	0,117***	0,006
Kasvisten syöminen (ref. päivittäin)		
Vähintään 4x viikossa	-0,028*	0,014
Vähintään 1x viikossa	-0,060***	0,017
Harvemmin kuin 1x viikossa	-0,095***	0,020
Ei koskaan	-0,217**	0,069

Taulukko 2 jatkuu edelliseltä sivulta.

Subjektiiivinen terveys	Kerroin	Keskivirhe
Tupakointi (ref. päivittäin)		
Säännöllistä, mutta ei päivittäistä	0,049*	0,023
Aiemmin tupakoinut	0,052**	0,019
Tupakoinut vain yksittäisiä kertoja	0,104***	0,020
Ei koskaan tupakointia	0,142***	0,018
Alkoholi (ref. viikoittain)		
2–3 kertaa kuukaudessa	-0,32**	0,009
Kerran kuukaudessa	-0,090***	0,015
Harvemmin kuin 1x kuukaudessa	-0,122***	0,016
Ei koskaan	-0,159***	0,019
Hoitoon pääsy epäonnistunut (ref. kyllä)		
Ei	0,248***	0,021
Urheilun viikkomäärä	0,041***	0,003
Sosiaaliset tapaamiset	0,018***	0,003

p < 0,05 * p < 0,01 ** p < 0,001 ***

5.3 Subjektiiivisen terveyden selittävät tekijät maahanmuuttajilla ja synnyinmaassaan asuvilla

Tässä jaksossa tarkastellaan subjektiiivisen terveyden selittäviä tekijöitä synnyinmaassaan asuvilla ja maahanmuuttajilla. Tarkoituksena on löytää vastaus tutkimuskysymykseen siitä, selittävätkö kahden ryhmän terveyttä saman tekijät, vai onko tässä vaihtelua. Taulukko 3 on luotu kahden eri analyysimallin avulla, joten tulosten tulkinnassa tulee olla varovainen, eikä rinnastaa niitä suoraan toisiinsa esimerkiksi ilmiöiden voimakkuuden suhteen.

Kiinnostavaa on, että maahanmuuttajien terveydelle asuinmaalla vaikuttaa olevan enemmän merkitystä. Anglosaksisissa maissa sekä Keski- ja Länsi-Euroopassa asuvien maahanmuuttajien terveys on tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla parempaa kuin Itä-Euroopassa asuvien. Synnyinmaassaan asuvilla tällaista eroa ei ole. Maahanmuuttajien terveyteen on todettu vaikuttavan muun muassa vastaanottomaan kotoutumispolitiikka (esim. Malmusi 2015), joka saattaa selittää tätä eroa. Sukupuolella ei ole havaittavissa suuria eroja synnyinmaassaan asuvien ja maahanmuuttajien välillä: molemmissa ryhmissä naisten terveys

on heikompaa kuin miesten, ja tulos on maahanmuuttajilla tilastollisesti merkitsevä ja synnyinmaassaan asuvilla erittäin merkitsevä.

Ikä ja koulutusvuodet ovat myös molemmilla ryhmillä samankaltaiset selittäjät. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että maahanmuuton aikaisella iällä on merkitystä iäkkäämpien maahanmuuttajien terveyteen, ja nuorempana maahan muuttaneiden terveys on yleensä myöhemmällä iällä maahan muuttaneita parempaa (Gubernskaya 2015). Tällaista tutkimusta ei kuitenkaan ole Euroopasta, ja saattaakin olla, että iän merkitys on monimutkaisempi, kuin tämä taulukon 3 tulos antaa ymmärtää.

Syntymämaassaan asuvien tulos perhemuodon merkityksestä on samankaltainen kuin taulukossa 2. Lapsettomassa parisuhteessa oleminen on yhteydessä heikompaan terveyteen verrattuna kahden vanhemman lapsiperheessä elämiseen, mutta muilla perhemuodoilla ei ole tilastollista merkitsevyyttä. Maahanmuuttajilla perhemuodolla ei puolestaan ole lainkaan tilastollista merkitsevyyttä. Vuonna 2023 Euroopan unionin alueella maahanmuuttajat asuivat useammin kahden vanhemman lapsiperheissä kuin muut (Eurostat 2025). Tämä ryhmien välinen perheiden erilaisuus voi osaltaan selittää eroja tuloksessa.

Syrjittyyn ryhmään kuulumisen selittää heikompaa terveyttä sekä maahanmuuttajilla että synnyinmaassaan asuvilla. Synnyinmaassaan asuvilla tämä tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ja maahanmuuttajilla merkitsevä. Myös kotitalouden koetulla tulotasolla on samankaltainen korrelaatio sekä synnyinmaassaan asuvilla että maahanmuuttajilla, jossa huonoksi koettu tulotaso ennustaa heikompaa terveyttä. Onnellisuus puolestaan on molempien ryhmien kohdalla taulukossa 3 linjassa taulukon 2 kanssa. Korkeampi onnellisuus on yhteydessä parempaan subjektiiviseen terveyteen.

Terveyskäyttäytymistä koskevissa tekijöissä synnyinmaassaan asuvien ja maahanmuuttajien välillä näkyy enemmän eroja. 1–3 kertaa viikossa ja harvemmin kasviksia syövien synnyinmaansa asukkaiden terveys on heikompaa kuin useammin kasviksia syövien. Maahanmuuttajilla vastaava tilastollinen merkitsevyys näkyy vain 1–3 kertaa viikossa kasviksia syöville, mutta ei harvemmin kasviksia syöville. Synnyinmaassaan asuvilla suunta on lineaarinen. Vastaava ero näkyy myös tupakoinnin suhteen ryhmien välillä.

Synnyinmaassaan asuvilla ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa terveydessä sen mukaan, tupakoiko päivittäin vai säännöllisesti, mutta harvemmin kuin päivittäin. Muissa tilanteissa, eli niissä, joissa vastaaja on lopettanut tupakoinnin, tupakoinut yksittäisiä kertoja tai ei koskaan, on koettu terveys tilastollisesti merkitsevällä tasolla parempaa. Maahanmuuttajilla

ainoa tilastollisesti melkein merkitsevä ero päivittäin tupakoiviin löydettiin niillä vastaajilta, jotka eivät ole tupakoineet koskaan. Tupakoinnin yleisyydessä on paljon alueellisia eroja, esimerkiksi Kanadassa, Yhdysvalloissa, Australiassa ja Yhdistyneissä Kuningaskunnissa maahanmuuttajien on havaittu tupakoivan huomattavasti synnyinmaassaan asuvaa väestöä vähemmän (Kennedy ym. 2015). Ranskassa ilmiö puolestaan on päinvastainen (Mahdjoub, Héron, Gomajee, Ducarroz, Melchior & El-Khoury Lesuer 2023). Nämä erot voivat selittää sitä, että tilastollista yhteyttä ei tässä analyysissä löydy. Esimerkiksi maissa, joissa maahanmuuttajia on melko vähän ja heidän tupakointinsa vähäistä, ei luotettavia päätelmiä voitaisi tehdä analyysistä, sillä vastausten määrä olisi niin pientä.

Myös alkoholin kulutuksella vaikuttaa olevan maahanmuuttajien kohdalla hieman vähemmän merkitystä kuin synnyinmaassaan asuvien kohdalla koettuun terveyteen. Synnyinmaassaan asuvilla tulos on samankaltainen kuin taulukossa 2, eli jokainen alkoholin kulutusta mittaava vaihtoehto on tilastollisesti merkitsevästi tai erittäin merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Maahanmuuttajilla tämä on lievempää, eikä 2–3 kuukaudessa alkoholia käyttävien terveys eroa tilastollisesti merkitsevästi useammin alkoholia käyttävistä. Suunta on taulukoissa 2 ja 3 kuitenkin sama, pienempi alkoholin kulutus on yhteydessä heikompaan koettuun terveyteen.

Taulukossa 3 hoitoon pääsyssä, urheilun viikkomäärässä tai sosiaalisten kontaktien määrässä ei ole eroavaisuuksia merkitsevyydessä tai suunnassa synnyinmaassaan asuvien ja maahanmuuttajien välillä, vaan kaikki ovat samansuuntaisesti tilastollisesti erittäin merkitseviä. Kiinnostava tulos on se, että maahanmuuttajien koetulle terveydelle terveyskäyttäytymisellä vaikuttaa olevan vähemmän merkitystä kuin synnyinmaassaan asuvilla. Muut tekijät selittävät silloin enemmän maahanmuuttajien terveyttä.

Taulukko 3 Selittävien muuttujien yhteys subjektiiviseen terveyteen Euroopassa, vuodet 2014 ja 2023. Hierarkkinen lineaarinen regressio, painotettu.

Subjektiivinen terveys	Synnyinmaassaan asuvat		Maahanmuuttajat	
	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe
ESS-kierros 11	-0,022	0,023	-0,000	0,021
Maaryhmä (ref. Itä-Eurooppa)				
Pohjoismaat	-0,018	0,064	0,123*	0,048
Anglosaksiset maat	0,167	0,122	0,196*	0,079
Etelä-Eurooppa	-0,099	0,066	0,111*	0,054
Keski-/Länsi-Eurooppa	-0,015	0,087	0,136*	0,058
Sukupuoli (ref. mies)				
Nainen	-0,040***	0,001	-0,099**	0,035
Ikä	-0,013***	0,002	-0,017**	0,005
län neliö	-0,000	0,000	0,000	0,000
Koulutusvuodet	0,020***	0,002	0,017***	0,004
Perhemuoto (ref. 2 vanhemman lapsiperhe)				
Lapseton pariskunta	-0,034**	0,012	-0,034	0,030
Yksinhuoltaja	0,023	0,024	-0,005	0,047
Yksinasuva	-0,020	0,019	-0,042	0,030
Syrjittyyn ryhmään kuuluminen (ref. kyllä)				
Ei	0,142***	0,017	0,084**	0,030
Koettu tulotaso (ref. hyvä koettu toimeentulo)				
Kotitalouden tuloilla pärjää	-0,114***	0,013	-0,076*	0,033
Kotitalouden tuloilla pärjääminen on haastavaa	-0,248***	0,024	-0,172***	0,030
Kotitalouden tuloilla pärjääminen erittäin haastavaa	-0,405***	0,037	-0,268***	0,053
Onnellisuus	0,118***	0,007	0,101***	0,009

Taulukko 3 jatkuu edelliseltä sivulta.

Subjektiiivinen terveys	Synnyinmaassaan asuvat		Maahanmuuttajat	
	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe
Kasvien syöminen (ref. päivittäin)				
Vähintään 4x viikossa	-0,026	0,016	-0,031	0,041
Vähintään 1x viikossa	-0,047**	0,015	-0,157**	0,042
Harvemmin kuin 1x viikossa	-0,094***	0,025	-0,072	0,073
Ei koskaan	-0,184**	0,068	-0,470	0,218
Tupakointi (ref. päivittäin)				
Säännöllistä, mutta ei päivittäistä	0,052	0,029	0,007	0,062
Aiemmin tupakoinut	0,055**	0,020	0,011	0,051
Tupakoinut vain yksittäisiä kertoja	0,114***	0,022	0,004	0,047
Ei koskaan tupakointia	0,144***	0,019	0,108*	0,044
Alkoholi (ref. viikoittain)				
2–3 kertaa kuukaudessa	-0,290**	0,010	-0,044	0,029
Kerran kuukaudessa	-0,088***	0,017	-0,105**	0,032
Harvemmin kuin 1x kuukaudessa	-0,119***	0,017	-0,149***	0,033
Ei koskaan	-0,170***	0,022	-0,122***	0,031
Hoitoon pääsy epäonnistunut (ref. kyllä)				
Ei	0,246***	0,021	0,256***	0,039
Urheilun viikkomäärä	0,042***	0,003	0,032***	0,006
Sosiaaliset tapaamiset	0,018***	0,004	0,017***	0,005

p < 0,05 * p < 0,01 ** p < 0,001 ***

5.4 Subjektiiivisen terveyden selittävät tekijät maaryhmittäin Euroopassa

Taulukossa 4 kuvataan subjektiiivisen terveyden kehitystä sekä sitä, mitkä tekijät selittävät subjektiiivisen terveyden eroja viidessä Euroopan maaryhmässä. Samoin kuin taulukossa 3, tulee tuloksia vertailla varauksella, sillä jokainen maaryhmä on analysoitu omana mallinaan ja

yhdistetty luettavuuden helpottamiseksi yhteen taulukkoon. Tämän analyysin avulla pyritään tarkastelemaan sitä, saako terveen maahanmuuttajan paradoksi tukea Euroopan eri maaryhmissä.

Taulukosta 4 huomataan, että maaryhmien välillä on vaihtelua ajallisessa muutoksessa. Anglosaksisissa maissa ja Pohjoismaissa koettu terveys on heikentynyt vuodesta 2014 vuoteen 2023. Itä-Euroopassa ja Etelä-Euroopassa koettu terveys on kuitenkin korkeammalla tasolla vuonna 2023 kuin se oli vastauskierroksella 7 vuonna 2014. Keski- ja Länsi-Euroopassa ei havaita tässä analyysissä tilastollisesti merkitsevää muutosta ajallisesti. Olisi odotettavissa, että Itä-Euroopassa koettu terveys olisi heikentynyt, sillä se on alueena kohdannut poikkeuksellisen paljon ja voimakkaita kriisejä aineistokierrosten välillä, mutta silti alueella koettu terveys on parantunut. Vaikuttaakin siltä, että terveyserot maiden välillä kaventuvat. Kun tätä tulosta verrataan kuvioon 1, havaitaan, että subjektiivinen terveys on parantunut niillä alueilla, joissa sen keskiarvo on ollut matalin. Kuvion 1 mukaan parasta terveys on ollut anglosaksisissa maissa, jossa terveys on heikentynyt aineistokierrosten välillä. Kenties eurooppalaisten terveys yhtenäistyy hiljalleen: ainakin tässä analyysissä havaitut suunnat viittaavat siihen.

On kiinnostavaa, että Itä-Eurooppa ja Etelä-Eurooppa ovat aineiston ainoat alueet, jossa tässä analyysissä havaitaan terveyden parantumista vuosien 2014 ja 2023 välillä. Itä-Euroopan katastrofi vaikuttaa siis olevan katoamassa. Tällaisia tuloksia on viime aikoina havaittu myös muissa aihetta käsittelevissä tutkimuksissa (Mackenbach ym. 2018). Covid-19-kriisi sijoittuu myös aineistonkeruukierrosten välille. Aiemmissä tutkimuksissa on tarkasteltu paljon terveydenhuoltoa, ja esimerkiksi Lupu ja Tiganasu (2022) havaitsivat, että läntisessä Euroopassa terveydenhuoltojärjestelmät onnistuivat koronakuolleisuuden ehkäisyssä tehokkaammin kuin Itä-Euroopassa. Itä-Euroopan katastrofi vaikuttaa siis olevan pienenemään päin. Kuviosta 1 havaitaan, että Etelä- ja Itä-Euroopan terveydet ovat melko lailla samalla tasolla, eikä taulukossa 4 ole suuria eroja koetun tulotason merkityksessä Itä-Euroopan ja Pohjoismaiden välillä.

Pohjoismaissa, Itä-Euroopassa, Etelä-Euroopassa sekä Keski- ja Länsi-Euroopassa sukupuoli on tilastollisesti merkitsevä tekijä koetun terveyden kohdalla siten, että naissukupuoli on yhteydessä heikompaan koettuun terveyteen. Anglosaksisissa maissa sukupuolella puolestaan ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa subjektiivisen terveyden kohdalla. Kuten jaksossa 5.2 mainitaan, on aiemmassa tutkimuksessa yleisenä ilmiönä havaittu naisten kokema heikompi

terveys. Harnois ja Bastos (2018) havaitsivat Yhdysvaltoja koskeneessa tutkimuksessaan, että kokemukset syrjinnästä työpaikalla olivat yhteydessä heikompaan mielenterveyteen ja kokemukset seksuaalisesta häirinnästä olivat yhteydessä heikompaan fyysiseen terveyteen naisilla, mutta miehillä vastaavaa tulosta ei löydetty. Harnois ja Bastos (2018) totesivat tämän selittävän osan sukupuolten välisistä terveyseroista. Tässä tutkielmassa tämä ei kuitenkaan selitä eroa ainakaan erityisen hyvin, sillä sekä sukupuoli että syrjintäkokemukset (sisältäen myös sukupuolen), että sukupuoli ovat tutkielmassa tilastollisesti merkitseviä terveyttä selittäviä tekijöitä, eivätkä nämä siis ole ilmiöinä täysin päällekkäisiä.

Ikä oli kaikissa maaryhmissä tilastollisesti merkitsevällä tai erittäin merkitsevällä tasolla. Iän neliö sai tilastollisesti merkitsevän arvon ainoastaan Itä-Euroopassa, ja sen perusteella vaikuttaa, että koettu terveyden heikkeneminen voimistuu iän myötä, eikä yhteys siis ole suoran lineaarinen. Myös koulutusvuodet korreloivat positiivisesti subjektiivisen terveyden kanssa kaikissa maaryhmissä.

Terveen maahanmuuttajan paradoksin kannalta kiinnostavaa on havaita se, että yhteyden suunta vaihtelee maaryhmästä riippuen taulukossa 4. Etelä-Euroopassa ja Pohjoismaissa maahanmuuttajien terveys on synnyinmaassaan asuvia parempaa merkitsevällä tasolla ja Keski- ja Länsi-Euroopassa erittäin merkitsevällä tasolla. Itä-Euroopassa ja anglosaksisissa maissa terveen maahanmuuttajan paradoksia ei ole nähtävissä, sillä Itä-Euroopassa maahanmuuttajuudella ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä koettuun terveyteen ja anglosaksisissa maissa maahanmuuttajien terveys on tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla heikompaa kuin synnyinmaassaan asuvilla vastaajilla. Tulos on kiinnostava aiemman tutkimuksen valossa. Aiemmin on havaittu, että maahanmuuttajat ovat terveempiä maissa, joissa kotoutumispolitiikka pohjautuu monikulttuurisuuteen, ja heikompaa maissa, joissa se pohjautuu sulauttamiseen tai on ulossulkevaa. (Malmusi 2015.) Tämän tutkielman maaryhmiä ei kuitenkaan ole jaoteltu kotoutumispolitiikkojen suhteen, minkä vuoksi vertailu on haastavaa. On siis mahdollista, että maahanmuutto- ja kotoutumispolitiikoilla on merkitystä maahanmuuttajien terveydelle, mutta tässä tutkielmassa sitä ei voida havainnoida, sillä tutkielman maaryhmissä on ristikkäin erilaisia kotoutumispolitiikkoja kuten Pohjoismaissa Tanskan ulossulkevuus ja Suomen monikulttuurisuus tai Yhdistyneiden Kuningaskuntien monikulttuurisuus ja Irlannin selkeän taktiikan puute. Tämän tutkielman tulosten perusteella ei siis voida päätellä maahanmuutto- tai kotoutumispolitiikkojen merkityksestä juurikaan.

Perhemuodon merkitys koetun terveyden tilassa vaihtelee maaryhmien välillä. Pohjoismaissa, Itä-Euroopassa tai Etelä-Euroopassa perhemuoto ei ole tilastollisesti merkitsevällä tasolla yhteydessä koettuun terveyteen, mutta anglosaksisissa maissa sinkkuus ja lapsettomassa parisuhteessa eläminen ovat tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla yhteydessä huonompaan koettuun terveyteen verrattuna kahden lapsen lapsiperheisiin. Anglosaksisissa maissa myös yksinhuoltajuus näyttyy tilastollisesti melkein merkitsevänä siten, että yksinhuoltajien terveys on heikompaa kuin kahden vanhemman lapsiperheissä asuvien. Keski- ja Länsi-Euroopassakin ja lapsettomien parisuhteessa elävien koettu terveys on vertailuryhmää heikompaa tilastollisesti merkitsevällä tasolla, samoin yksin asuminen melkein merkitsevällä tasolla. On kiinnostavaa, että perhemuodolla on näin selkeä merkitys subjektiiviselle terveydelle anglosaksisissa maissa, eikä esimerkiksi Etelä-Euroopassa, jossa tuen ja hoivan vastuu on perinteisesti ollut perheellä. On kuitenkin mahdollista, että iän mukainen tarkastelu paljastaisi Etelä-Euroopastakin uutta, esimerkiksi iäkkäämmillä yhteys saattaa olla olemassa, vaikka koko väkijoukossa sitä ei havaita.

Yllättävänä tuloksena voidaan myös nostaa esiin syrjinnän kokemuksen merkitys. Etelä-Euroopassa syrjittyyn ryhmään kuulumisen ei ole yhteydessä heikompaan koettuun terveyteen, mutta kaikissa muissa maaryhmissä syrjittyyn ryhmään kuulumattomuus on yhteydessä parempaan terveyteen, ja tulos on kaikissa maaryhmissä tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Kotitalouden koetulla tulotasolla on kaikissa maissa tilastollisesti merkitsevä yhteys koettuun terveyteen. Suunta on kaikilla alueilla samansuuntainen: heikkoa toimeentuloa kokevat arvioivat myös terveytensä paremmin toimeentulevia heikommaksi. Yhteys on lineaarinen kaikissa maaryhmissä Etelä-Eurooppaa lukuun ottamatta, jossa vain toimeentulot vaikeudet ja suuret vaikeudet olivat tilastollisesti merkitsevällä tasolla yhteydessä heikompaan koettuun terveyteen verrattuna tilanteeseen, jossa kotitalouden tuloilla tulee mukavasti toimeen. Tämä viittaa siihen, että terveyden sosiaalinen gradientti ei ole Etelä-Euroopassa yhtä voimakasta kuin muilla Euroopan alueilla. Tämä tukee aiemmin esiteltyä Etelä-Euroopan ihmettä, eli gradientti ei ole erityisen voimakas julkisten palveluiden suppeudesta huolimatta (Mackenbach 2017). Kertoimet ovat Pohjoismaissa melko suuria viitaten siihen, että Pohjoismaissa terveyden gradientti on melko voimakas, kuten Pohjoismaiden paradoksin mukaan voidaan olettaakin (Mackenbach 2017). Onnellisuuden merkitys on kaikissa maaryhmissä samankaltaista: korkeampi onnellisuus on yhteydessä parempaan koettuun terveyteen.

Taulukossa 4 terveystyötyymistä tarkastellessa havaitaan joitakin eroja maaryhmien välillä. Kasvisten kulutuksen määrällä on Pohjoismaissa tilastollisesti merkitsevä tai erittäin merkitsevä yhteys koettuun terveyteen, kun kasviksia syödään jollain tasolla säännöllisesti. Harvemmin kasviksia syövät kokevat terveytensä keskimäärin huonommaksi. Hieman yllättäen ei koskaan kasviksia syövien koetussa terveydessä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa niiden vastaajien koettuun terveyteen, jotka syövät kasviksia päivittäin. Itä-Euroopassa kasvisten syöminen on Pohjoismaiden kanssa samansuuntaisesti yhteydessä koettuun terveyteen. Poikkeuksen Itä-Euroopassa tässä tekee kasvisten syöminen harvemmin kuin kerran viikossa, sillä se ei ole tilastollisesti merkitsevällä tasolla yhteydessä koettuun terveyteen. Kasvisten täysi syömättömyys kuitenkin on Itä-Euroopassa tilastollisesti merkitsevällä tasolla yhteydessä heikompaan subjektiiviseen terveyteen. Anglosaksisissa maissa kasvisten syömisellä on vähemmän merkitystä terveyden kannalta: kasvisten kohdalla ainoastaan täysi syömättömyys on tilastollisesti merkitsevä heikompa koettua terveyttä selittävä vastaus. Vähintään kerran viikossa, mutta alle neljä kertaa viikossa kasvisten syöminen on anglosaksisissa maissa tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla heikompa, kuin niillä, jotka syövät kasviksia päivittäin. Myöskään Etelä-Euroopassa kasvisten syöminen ei selitä koettua terveyttä erityisen hyvin, ainoastaan kasvisten täysi syömättömyys on tilastollisesti melkein merkitsevä heikomman koetun terveyden selittämisessä. Keski- ja Länsi-Euroopassa tilastollisesti merkitseviä ovat kasvisten syöminen 4–6 kertaa viikossa sekä kasvisten syöminen harvemmin kuin kerran viikossa. Kasvisten syömisellä vaikuttaa siis olevan erilainen merkitys koettuun terveyteen maaryhmien välillä. Pohjoismaissa merkitys on suurin, kun taas muissa maaryhmissä merkitys oli pienempää eikä yhtä lineaarista. Tämä voi liittyä alueiden vaihteleviin ruokakulttuureihin.

Kun tupakointia tarkastellaan taulukossa 4 havaitaan sen roolissa eroja verrattuna taulukon 2 tuloksiin. Keski- ja Länsi-Eurooppa on ainoa maaryhmä, missä säännöllisellä, mutta ei päivittäisellä tupakoinnilla on tilastollisesti merkitsevä yhteys koettuun terveyteen verrattuna päivittäiseen tupakointiin. Ylipäätään tupakoinnilla vaikuttaa olevan eniten merkitystä terveyteen Keski- ja Länsi-Euroopassa, jossa päivittäiseen tupakointiin verrattuna säännöllinen mutta ei päivittäinen tupakointi, aiempi tupakointi, tupakointi yksittäisinä kertoina sekä tupakoinnin välttäminen aina ovat yhteydessä koettuun terveyteen. Yhteys näyttää lineaariselta, mutta koska tupakointia kartoittavassa kysymyksessä vastausvaihtoehdot eivät asetu samanlaiseen arvoasteikkoon kuin esimerkiksi kasviksien syöminen, ei tällaista päätelmää voida luotettavasti tehdä.

Pohjoismaissa ja anglosaksisissa maissa tupakoinnilla on keskenään melko samankaltainen merkitys: yksittäisinä kertoina tupakointi sekä tupakoinnin välttäminen aina ovat yhteydessä parempaan terveyteen verrattuna päivittäiseen tupakointiin tilastollisesti merkittävällä tai erittäin merkittävällä tasolla. Myös Itä-Eurooppa ja Etelä-Eurooppa saavat keskenään samankaltaisia tuloksia. Vain tupakoinnin välttäminen aina on tilastollisesti merkitsevällä tavalla yhteydessä koettuun parempaan terveyteen verrattuna päivittäiseen tupakointiin. Tupakoinnilla on siis Keski- ja Länsi-Euroopassa merkittävä rooli koetun terveyden selittämisessä, samoin Pohjoismaissa sekä anglosaksisissa maissa. Idässä ja etelässä merkitys on vähäisempää, ellei kyse ole tilanteesta, jossa ei ole koskaan tupakoitu.

Alkoholin kulutuksessa Itä-Eurooppa sekä Etelä-Eurooppa poikkeavat muista maaryhmistä taulukossa 4. Itä-Euroopassa ainoastaan alkoholin vähäisellä kulutuksella tai nollakulutuksella on tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys koettuun terveyteen. Etelä-Euroopassa puolestaan ainoastaan alkoholin nollakulutus on yhteydessä koettuun terveyteen. Taulukossa 4 kaikki tilastollisesti merkitsevät tulokset ovat samansuuntaisia: pienempi alkoholin kulutus on siis yhteydessä heikompaan terveyteen. Alkoholin käyttö 2–3 kertaa kuukaudessa oli tilastollisesti melkein merkitsevä ainoastaan Pohjoismaissa. Alkoholin kulutus kerran kuukaudessa on tilastollisesti merkitsevää tai erittäin merkitsevää Pohjoismaissa, anglosaksisissa maissa sekä Keski- ja Länsi-Euroopassa. Harvempi kuin kuukausittainen alkoholin kulutus on tilastollisesti erittäin merkitsevää Pohjoismaissa, anglosaksisissa maissa sekä Keski- ja Länsi-Euroopassa. Täysi alkoholista kieltäytyminen on kaikkien maaryhmien kohdalla tilastollisesti erittäin merkitsevässä yhteydessä koettuun terveyteen. Tilastollisesti merkitsevät tulokset ovat Pohjoismaissa sekä Keski- ja Länsi-Euroopassa lineaarisia. Erityisesti Etelä-Euroopan tulos on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa havaitaan, että niillä jonkin verran alkoholia käyttävien terveys on parempaa kuin niillä, jotka eivät kuluta alkoholia lainkaan.

Hoitoon pääsyssä ei ole taulukon 4 mukaan maaryhmien välillä eroja, vaan ongelmattomuus hoitoon pääsyssä on kaikissa maissa tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla yhteydessä parempaan koettuun terveyteen. Samoin urheilun viikoittainen määrä on kaikissa maaryhmissä tilastollisesti erittäin merkitsevä koetun terveyden determinantti.

Anglosaksisissa maissa sosiaaliset kontaktit eivät ole tilastollisesti merkitseviä koetun terveyden suhteen, mutta muissa maaryhmissä ne näyttävät tilastollisesti vähintään melkein merkitsevinä siten, että sosiaalisten kontaktien määrä on positiivisesti yhteydessä koettuun terveyteen. Anglosaksiset maat poikkeavatkin muista maaryhmistä useiden

selittävien tekijöiden kohdalla: se on ainoa maaryhmä, jossa sukupuoli tai sosiaalisten kontaktien määrä eivät ole tilastollisesti merkitseviä tekijöitä koetussa terveydessä. Samoin se on ainoa maaryhmä, jossa perhemuodolla on säännönmukaisesti tilastollisesti merkitsevä rooli: lapsiperheissä asuvat kokevat terveytensä paremmaksi kuin mikään muu perhemuoto. Anglosaksiset maat ovat myös ainoa maaryhmä, jossa maahanmuuttajien terveys on tilastollisesti merkitsevällä tasolla heikompaa kuin synnyinmaassaan asuvien. Kyseinen maaryhmä poikkeaa kiinnostavalla tavalla siis muista, ja selityksiä näille yksilötason muutoksille voidaankin etsiä rakenteellisista tekijöistä.

Taulukko 4 Selittävien tekijöiden yhteys koettuun terveyteen maaryhmittäin.

Subjektiiivinen terveys	Pohjoismaat		Itä-Eurooppa		Anglosaksiset maat		Etelä-Eurooppa		Keski-/Länsi-Eurooppa	
	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe
ESS-kierros (ref. 7)										
Kierros 11	-0,068***	0,017	0,100***	0,014	-0,055**	0,020	0,061**	0,022	-0,008	0,013
Sukupuoli (ref. mies)										
Nainen	-0,069***	0,017	-0,075***	0,016	0,004	0,020	-0,013***	0,023	-0,040**	0,012
Ikä	-0,008**	0,003	-0,014***	0,003	-0,009**	0,003	-0,012***	0,004	-0,014***	0,002
län neliö	-0,000	0,000	-0,000**	0,000	-0,000	0,000	-0,000	0,000	0,000	0,000
Koulutusvuodet	0,024***	0,003	0,022***	0,002	0,018***	0,003	0,019***	0,002	0,011***	0,002
Syntynyt maassa (ref. kyllä)										
Ei	0,78**	0,029	-0,059	0,036	-0,065*	0,027	0,090**	0,034	0,088***	0,018
Perhemuoto (ref. 2 vanhemman lapsiperhe)										
Parisuhde, ei lapsia	-0,032	0,224	-0,009	0,019	-0,093***	0,026	-0,022	0,029	-0,055**	0,016
Yksinhuoltaja	0,010	0,050	0,038	0,038	-0,098*	0,043	0,080	0,048	0,058	0,031
Yksinasuva	0,027	0,025	-0,005	0,003	-0,121***	0,027	0,053	0,031	-0,043*	0,018
Syrjittyyn ryhmään kuuluminen (ref. kyllä)										
Ei	0,154***	0,034	0,127***	0,034	0,175***	0,036	0,045	0,046	0,121***	0,024

Taulukko 4 jatkuu edelliseltä sivulta.

Subjektiiivinen terveys	Pohjoismaat		Itä-Eurooppa		Anglosaksiset maat		Etelä-Eurooppa		Keski- ja Länsi-Eurooppa	
Koettu toimeentulo (ref. hyvä koettu toimeentulo)										
Kotitalouden tuloilla pärjää	-0,149***	0,018	-0,057**	0,018	-0,067**	0,022	-0,34	0,026	-0,117***	0,013
Kotitalouden tuloilla pärjääminen on haastavaa	-0,339***	0,035	-0,171***	0,025	-0,0169***	0,033	-0,173***	0,034	-0,187***	0,024
Kotitalouden tuloilla pärjääminen erittäin haastavaa	-0,555***	0,096	-0,369***	0,047	-0,198***	0,055	-0,315***	0,056	-0,375***	0,049
Onnellisuus	0,147***	0,007	0,102***	0,004	0,096***	0,006	0,094***	0,006	0,127***	0,005
Kasvisten syöminen (ref. päivittäin)										
Vähintään 4x viikossa	-0,077**	0,025	0,065***	0,017	-0,029	0,030	-0,001	0,029	-0,053**	0,017
Vähintään 1x viikossa	-0,174***	0,039	0,070**	0,023	-0,094*	0,044	-0,081	0,036	-0,039	0,027
Harvemmin kuin 1x viikossa	-0,177**	0,066	-0,07	0,042	-0,073	0,063	-0,106	0,066	-0,142**	0,053
Ei koskaan	-0,275	0,157	-0,202*	0,118	-0,364**	0,139	-0,248*	0,109	-0,077	0,122

Taulukko 4 jatkuu edelliseltä sivulta.

Subjektiiivinen terveys	Pohjoismaat		Itä-Eurooppa		Anglosaksiset maat		Etelä-Eurooppa		Keski- ja Länsi-Eurooppa	
Tupakointi (ref. päivittäin)										
Säännöllistä, mutta ei päivittäistä	0,074	0,047	0,003	0,035	0,043	0,059	-0,009	0,076	0,091**	0,033
Aiemmin tupakoinut	0,053	0,031	0,003	0,023	0,026	0,034	-0,056	0,036	0,109***	0,020
Tupakoinut vain yksittäisiä kertoja	0,095**	0,032	0,027	0,026	0,150***	0,044	0,033	0,052	0,147***	0,023
Ei koskaan tupakointia	0,134***	0,031	0,086***	0,195	0,186***	0,031	0,100**	0,030	0,212***	0,019
Alkoholi (ref. viikoittain)										
2–3 kertaa kuukaudessa	-0,56*	0,022	0,002	0,024	-0,038	0,030	0,012	0,039	-0,033	0,018
Kerran kuukaudessa	-0,133***	0,022	-0,001	0,025	-0,121**	0,039	-0,052	0,046	-0,105***	0,022
Harvemmin kuin 1x kuukaudessa	-0,145***	0,025	-0,043*	0,022	-0,192***	0,033	-0,024	0,035	-0,161***	0,020
Ei koskaan	-0,196***	0,030	-0,055*	0,021	-0,095***	0,026	-0,122***	0,028	-0,184***	0,019
Hoitoon pääsy epäonnistunut (ref. kyllä)	0,293***	0,023	0,252***	0,021	0,323***	0,032	0,223***	0,028	0,237***	0,019
Urheilun viikkomäärä	0,046***	0,004	0,025***	0,003	0,057***	0,004	0,033***	0,004	0,036***	0,002
Sosiaaliset tapaamiset	0,017*	0,007	0,013**	0,005	0,010	0,007	0,020*	0,007	0,019***	0,005

p < 0,05 * p < 0,01 ** p < 0,001 ***

6 Johtopäätökset

Yhteiskunnat kohtaavat tänä päivänä useita erilaisia haasteita, jotka vaikuttavat joko suoraan tai monimutkaisten mekanismien kautta ihmisten terveyteen. Tiedetään, että usein nämä haasteet ja kriisit vaikuttavat maihin ja ihmisryhmiin eri tavoin. Viimeisen kymmenen vuoden aikana Eurooppa on edelleen elänyt finanssikriisin jälkimainingeissa, kohdannut pakolaiskriisin, koronapandemian sekä Ukrainan sodan. Osittain pakolaiskriisin sekä Ukrainan sodan myötä maahanmuutto Eurooppaan on kasvanut runsaasti. Maahanmuutto on myös yleistä opiskelun, työn tai perheen vuoksi.

Aiemmasta tutkimuksesta tiedetään, että terveyserot ovat kasvaneet maailmalla terveyden ja eliniänodotteiden kasvusta huolimatta. Lisäksi tiedetään, että terveydentila ja terveyserot vaihtelevat maittain Euroopan sisällä. Tässä tutkielmassa on pyritty löytämään syitä koetun terveydentilan eroille. Lisäksi on pyritty tarkastelemaan, onko terveyden tasossa tapahtunut muutosta Euroopan eri alueilla vuosien 2014 ja 2023 välillä. Tutkielmassa on tarkasteltu terveyttä ja sitä selittäviä tekijöitä maahanmuuttajien ja syntyperäisten asukkaiden välillä sekä Euroopan eri maaryhmien väleillä.

Tutkielmassa saadut tulokset subjektiiviseen terveyteen yhteydessä olevista tekijöistä ovat melko pitkälti linjassa aiemman tutkimuksen kanssa. Jakaumia tarkastellessa havaitaan, että Itä-Euroopassa ja Etelä-Euroopassa terveys on muita alueita heikompaa. Tämä selittyy kuitenkin muilla tekijöillä kuten sosioekonomisella asemalla, demografisilla tekijöillä sekä terveyskäyttäytymisellä, sillä kun ne vakioidaan, ei maaryhmällä enää ole merkitystä koetussa terveydessä. Tämä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, sillä vaikka Itä-Euroopassa terveys on usein ollut Euroopan huonointa (Townsend ym. 2021), on alueen ruokailutottumusten todettu olevan yhteydessä heikkoon terveyteen ja korkeaan kuolleisuuteen (Stefler ym. 2021). Terveyskäyttäytyminen ja tottumukset voivatkin osaltaan selittää tätä terveyseroa

Kuten aiemmin on jo todettu, ovat sosioekonomiset tekijät sekä demografiset tekijät koetun terveyden selittäjinä tässä tutkielmassa linjassa aiemman tutkimuksen kanssa. Naiset kokevat terveytensä heikommaksi, terveys heikkenee iän myötä sekä koettu tulotaso korreloi voimakkaasti subjektiivisen terveyden kanssa. Myös korkeampi koulutustaso on yhteydessä parempaan koettuun terveyteen.

Naisten heikompaa koettua terveyttä on pyritty selittämään muun muassa sukupuolten epätasa-arvolla sekä biologisilla tekijöillä (Boerma, Hosseinpoor, Verdes & Chatterji 2016). Tätä on kuitenkin tutkimuksessa myös haastettu, ja maiden väliset erot eivät kaikissa tutkimuksissa selity tasa-arvolla, sillä sukupuolten välinen ero ei ole aina pienempää tasa-arvoisissa maissa (Dahlin & Härkönen 2013). Tämänkin tutkielman pohjalta voidaan ajatella, että selitys terveyseroille löytyy jostakin muualta, sillä Pohjoismaissa tasa-arvo on anglosaksisia maita korkeammalla tasolla, mutta naisten terveys on Pohjoismaissa miehiä heikompaa, kun taas anglosaksisissa maissa tällaista eroa ei ole havaittavissa. Sukupuolten välinen ero vaatiikin tarkempaa tarkastelua jatkossa. Tiedetään, että tasa-arvoisemmissakin maissa naiset tekevät palkkatyönsä päälle miehiä enemmän palkkatonta työtä ja kantavat hoivavastuuta (esim. Samtleben & Müller 2022), ja tämä kuormitus saattaa selittää naisten heikompaa koettua terveyttä.

Sosioekonomisen aseman voimakas yhteys koettuun terveyteen on vahvasti jo aiemmin dokumentoitu ilmiö. Myös tässä tutkimuksessa havaittiin, että sekä koulutus että koettu tulotaso ovat yhteydessä koettuun terveyteen. Aikaisemmin tätä yhteyttä on selitetty muun muassa sillä, että korkeammin koulutettujen elintavat ovat matalasti koulutettuja parempia (esim. Brunello, Schneeweis & Winter-Ebmer 2015). Lisäksi on ajateltu, että taustalla ovat rakenteelliset tekijät, jotka vaikuttavat myös yksilöiden käyttäytymiseen (Bambra 2016; Blomgren ym. 2022). Vaikka tutkielmassa on analysoitu sekä mikro- että makrotason eroja, ei tutkielmassa ole tarkasteltu yhteiskunnan rakenteita, joten niiden selitystason arvioiminen on haastavaa. On kuitenkin yleisesti tunnistettu, että terveys ja sen ylläpitäminen vaatii resursseja kuten varallisuutta ja aikaa, ja näiden resurssien puute saattaa altistaa matalammassa sosioekonomisissa asemassa olevat ihmiset heikommalle terveydelle.

Terveyskäyttäytymisen tuloksissa alkoholin tulos yllättää. Tutkielmassa havaittiin lineaarinen yhteys alkoholin kulutuksen ja koetun terveyden kanssa Pohjoismaissa ja Keski- ja Länsi-Euroopassa. Etelä-Euroopan tulos oli linjassa aiemman tutkimuksen kanssa. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että kohtuullisesti alkoholia kuluttavilla on terveysetu verrattuna heihin, jotka eivät juo lainkaan alkoholia (Ko ym. 2021). Tässä tutkielmassa havaittiin kuitenkin selkeä yhteys, jossa enemmän alkoholia kuluttavat kokevat terveytensä paremmiksi. Tämä tulos on ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa, ja vaatiikin lähempää tarkastelua. Muista poiketen Itä-Euroopassa yhteys oli pientä ja tämä poikkeavuus muista alueista voi liittyä siihen, että Itä-Euroopassa alkoholia kulutetaan huomattavasti muuta Eurooppaa

enemmän (Popova, Rehm, Patra & Zatonski 2007; OECD 2023), mutta toimintamekanismit tämän taustalla vaativat tarkempaa tutkimusta.

Maahanmuuttajien määrän nopea kasvu Euroopassa tekee kyseisen ryhmän terveydestä ja sen selittävästä tekijöistä kiinnostavan ryhmän kansanterveyden kannalta. Maahanmuuttajien ja syntyperäisten asukkaiden kohdalla havaittiin joitakin kiinnostavia eroja subjektiivisen terveyden selittäjissä. Asuinmaalla vaikuttaa olevan maahanmuuttajille enemmän merkitystä kuin syntyperäisillä asukkailla, sillä anglosaksisissa maissa ja Keski- ja Länsi-Euroopassa asuvien maahanmuuttajien terveys on parempaa, kuin Itä-Euroopassa asuvien maahanmuuttajien. Aiemmassa tutkimuksessa onkin todettu, että kotoutumispolitiikalla sekä maahanmuuton syyllä voi olla merkitystä sille, poikkeako maahanmuuttajien terveys syntyperäisistä asukkaista. (esim. Malmusi 2015; Giuntella ym. 2018). Saattaakin olla, että tämä poikkeavuus selittyy osittain näillä: viime vuosina Yhdistyneiden Kuningaskuntien maahanmuutto on perustunut suurimmaksi osaksi terveys- ja hoiva-alan työntekijöihin sekä opiskelijoihin (Sumption, Walsh & Brindle 2024). Samoin Euroopan suurinta maahanmuuttoa kohtaava Saksa on toki viime vuosina vastaanottanut huomattavan määrän tilapäisen suojelun tai turvapaikan vuoksi maahan saapuneita ihmisiä, mutta viimeisen viidentoista vuoden aikana suurin osa (65 %) maahanmuuttajista on saapunut EU:n vapaan liikkuvuuden direktiivin tai työn vuoksi (OECD 2024).

Kiinnostava havainto maahanmuuttajien ja syntyperäisten asukkaiden välillä on myös terveyskäyttämisen merkitys. Aiemmassa tutkimuksessa on epäilty, että maahanmuuttajien hyvä terveys selittyisi syntyperäisiä asukkaita paremmilla elintavoilla. Tässä tutkielmassa kuitenkin havaittiin, että kasvisten syöminen ja tupakointi olivat syntyperäisillä asukkailla lineaarisesti yhteydessä koettuun terveyteen, kun taas maahanmuuttajilla vastaavaa yhteyttä ei löydetty. Vaikuttaa siis siltä, että terveyskäyttämisen selittää maahanmuuttajien koettua terveyttä heikommin kuin syntyperäisten asukkaiden kohdalla.

Tutkielmassa on tarkasteltu terveen maahanmuuttajan paradoksia ja sen näkyvyyttä Euroopassa. Tulosten perusteella voidaan todeta, että terveen maahanmuuttajan paradoksia ei havaita Euroopassa kokonaisuutena, mutta joissain maaryhmissä maahanmuuttajien terveys on syntyperäisiä asukkaita parempaa. Näitä maaryhmiä ovat Pohjoismaat, Etelä-Eurooppa sekä Keski- ja Länsi-Eurooppa. Anglosaksisissa maissa maahanmuutto on puolestaan yhteydessä heikompaan koettuun terveyteen. Tämä tulos yhdessä sen kanssa, että koko Euroopan tasolla maahanmuutto ei ollut tilastollisesti merkitsevä selittäjä, osoittaa, että

kyseessä ei ole yksiselitteinen ilmiö, joka näkyisi kaikkialla. Tämä on kiinnostava tulos yhdessä asuinmaan merkityksen kohdalla maahanmuuttajille: Anglosaksisissa maissa asuvien maahanmuuttajien terveys on parempaa kuin Itä-Euroopassa asuvien maahanmuuttajien, mutta silti heikompaa, kuin anglosaksisissa maissa asuvien syntyperäisten asukkaiden. Aiemmassa tutkimuksessa on ehdotettu, että tutkimuksessa tulisi lopettaa terveen maahanmuuttajan paradoksin kyseenalaistaminen ja siirtyä sen syiden tutkimiseen (Wallace & Wilson 2020). Tämän tutkielman pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että vaikka taustasyiden tutkiminen on toki tärkeää, on ensin selvitettävä, poikkeako maahanmuuttajien terveys synnyinmaassaan asuvista. Euroopan kontekstissa terveen maahanmuuttajan paradoksi ei siis vaikuta olevan yleinen ilmiö, ja onkin mahdollista, että sen näkyvyys joillakin alueilla selittyy esimerkiksi maahanmuuttajien valikoitumisella tai kotoutumispolitiikkojen tehokkuudella kuten aiemmassa tutkimuksessa on ehdotettu (Malmusi 2015; Giannoni, Franzini & Masiero 2016).

Tutkielmassa oltiin kiinnostuneita myös ajallisesta muutoksesta subjektiivisessa terveydessä. Anglosaksisissa maissa ja Pohjoismaissa koettu terveys heikentyi vuosien 2014 ja 2023 välillä, kun taas Itä-Euroopassa ja Etelä-Euroopassa suunta oli päinvastainen. Kriisien merkityksen terveydelle tiedetään olevan ajasta ja paikasta riippuvaista. Tässä analyysissä ajallisen muutoksen tulokset ovat yllättäviä: olisi ollut oletettua, että Ukrainan sodan kriisi näkyisi erityisesti Itä-Euroopassa, sillä juuri sinne Eurooppaan sotaa paenneet ihmiset ensimmäisenä saapuivat. Esimerkiksi Puola muuttui erittäin nopeasti maastamuuttomaasta maahanmuuttomaaksi, kun yli kahdeksan miljoonaa sotaa paennutta kulki Ukrainan kautta ensimmäisen vuoden aikana, ja vuoden lopuksi yli miljoona heistä oli edelleen Puolassa (Duszczuk, Górny, Kaczmarzyk & Kubisiak 2023). Aineistokierrosten välillä erityisesti Itä-Eurooppaan on vaikuttanut myös Krimin niemimaan valtaus.

Kuten luvun alussa todettiin, Eurooppa on kohdannut viimeisen kymmenen vuoden aikana useita kriisejä, ja aiemmassa tutkimuksessa on saatu vaihtelevia näkemyksiä kriisien rooleista terveydelle. Talouskriisin tiedetään heikentäneen ihmisten terveyttä (Margerison-Zilko ym. 2016), mutta terveyserot eivät Euroopassa kääntyneet sen myötä nousuun (esim. Mackenbach ym 2018). Koronapandemia puolestaan oli luonteeltaan hyvin poikkeava kriisi, sillä se kohdistui ensisijaisesti terveyteen ja vasta toissijaisesti talouteen ja muihin yhteiskunnan osa-alueisiin. Sen aikana kuolleisuus kuitenkin kasvoi, ja McGovan ja Bambra (2022) havaitsivat huono-osaisuuden olevan yhteydessä koronakuolleisuuteen. Kriiseihin liittyen Itä-Eurooppa on vastaanottanut valtavan määrän Ukrainan sotaa paenneita (esim. Duszczuk ym. 2023), ja

sodalla tiedetään olleen valtavia vaikutuksia sitä paenneiden terveyteen (esim. Goton ym. 2024). Tästä huolimatta Itä-Euroopassa terveys on parantunut kyselykertojen välillä. Alueella on siis onnistuttu Etelä-Euroopan lisäksi ainoana siinä, mihin koko Eurooppa on pyrkinyt. Tämä on erityisen kiinnostavaa, sillä Itä-Euroopassa terveyden on tiedetty olevan heikkoa ja terveyserojen suuria Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen. Tätä eroa muihin alueisiin on kuitenkin onnistuttu kuromaan.

Jatkotutkimuksessa kiinnostavaa olisi pureutua erityisesti alkoholinkulutuksen ja terveyden yhteyteen sekä sen selittäjiin. Alkoholien korkean kulutuksen tiedetään olevan yhteydessä useisiin terveysongelmiin (Fernández-Solá 2015), mutta toisaalta on myös havaittu, että alkoholia korkeammin kouluttautuneet kuluttavat alkoholia matalasti kouluttaneisiin verrattuna (Vrabcová, Svačinová & Pechheoldová 2020). Näiden suhteen analysointi vaatii jatkotutkimusta, jonka avulla voidaan tunnistaa, onko alkoholien kulutuksen ja terveyden välinen lineaarinen yhteys vain tässä tutkielmassa havaittu ilmiö, vai tunnistetaanko lähes lineaarinen yhteys myös muita aineistoja ja maajakoja käsittelevässä tutkimuksessa. Näin voidaan tarkastella sitä, löytyykö havaitun ilmiön suunnalle jokin selitys, jota ei tämän tutkielman tulosten perusteella pystytä esittämään.

Tutkielmassa havaittiin, että sosioekonomisella asemalla ja koetulla tulotasolla on vahva yhteys koettuun terveyteen. Tämä on ollut tiedossa jo aiemmista tutkimuksista. Sekä näiden tuloksien että aiemman tutkimuksen (esim. Pickett & Wilkinson 2015) perusteella voidaankin todeta, että tuloerojen pienentäminen ja riittävän toimeentulon takaaminen kaikille voisivat edistää terveyttä ja pienentää terveyseroja. Tämän saavuttaminen on käytännössä kuitenkin haastavaa, eivätkä pienet tuloerot ole automaattinen avain onneen. Esimerkiksi Pohjoismaissa tuloerot ovat verrattain pieniä, mutta sosioekonomiset erot yllättävän suuria (esim. Mackenbach 2017).

Tutkielmassa havaittiin, että terveydenhuollon piiriin pääsyllä sekä terveyskäyttäytymisellä on vahva yhteys koettuun terveyteen. Urheilu, terveellinen ruokavalio ja tupakoimattomuus ovat yhteydessä parempaan koettuun terveyteen. Urheilumahdollisuuksien tarjoaminen sekä muuten terveellisiin elintapoihin kannustaminen ovatkin pitkään olleet keinoja, joilla kansanterveyttä on pyritty edistämään (esim. Rotko ym. 2023). Tärkeää olisi mahdollistaa nämä myös eri kohderyhmille. Tämä ei tarkoita ainoastaan esimerkiksi urheilupaikkojen rakentamista vaan niiden saavutettavuuden huomioimista: eri ihmisryhmillä on erilaisia tarpeita, jotka tulee pyrkiä huomioimaan mahdollisimman hyvin jo uusia tiloja tai palveluita

suunnitellessa. Näin hyöty on mahdollisimman suuri. Tätä on pyritty tekemään muun muassa osallistamalla alueen asukkaita esimerkiksi asukasbudjettien tai työpajojen muodossa (esim. Turun kaupunki 2025). Myös terveydenhuollon saavutettavuudesta tulee pitää kiinni: aikoja tulee olla mahdollista saada joustavasti ja riittävän nopeasti. Sekä terveyskäyttäytyminen että terveydenhuoltoon pääsy voivat luoda kehän: mikäli esimerkiksi loukkaantumisen jälkeen tai sairauden edetessä ei pääse hoidon piiriin, ei liikkuminen välttämättä enää onnistu.

Liikkumattomuus puolestaan altistaa uusille terveysongelmille.

Tutkielmassa havaittiin myös, että terveyden kehityksen suunta vaihteli maaryhmien välillä. Tämä osoittaa, että vaikka kriiseillä saattaa olla vaikutusta terveydentilaan, ei vaikutus ole kaikkialla välttämättä näkyvää tai edes samansuuntaista. Itä-Euroopan kehitys on erittäin positiivinen ilmiö, jonka tekijöitä olisi kiinnostavaa tutkia tarkemmin. Aiemmin on saatu viitteitä siitä, että vaikka Itä-Euroopan tyypillinen ruokavalio on yhteydessä terveysongelmiin, noudattaa sitä nykyään melko harva (Stefler ym. 2021). Terveyskäyttäytymisen muutos saattaakin selittää tätä osaltaan. Jatkotutkimuksessa olisikin hyvä tarkastella ajallista muutosta terveyden selittävässä tekijöissä. Näin voitaisiin havaita muutoksia esimerkiksi ruokavaliossa ja alkoholin kulutuksessa. Tämän pohjalta voidaan myös tehdä politiikkojen vaikuttavuusarviointia, ja kehittää terveystaloutta paikallisesti. Ajallisen muutoksen tarkastelu on tärkeää, sillä Euroopan asukasrakenne useissa maissa on muuttunut huomattavasti maahanmuuton yleistymisen myötä. Tutkimuksessa olisikin kiinnostavaa tarkastella sitä, miten maahanmuuttajien ja synnyinmaassaan asuvien väliset terveyserot ja terveyden selittäjät kehittyvät ajan myötä, kun maahanmuuton syyt muuttuvat.

Yhteenvedon voidaan todeta, että saavutettavat, kattavat ja houkuttelevat julkiset palvelut voivat olla hyvä keino terveyden edistämiseksi. On kuitenkin aluekohtaista, millaiset palvelut ovat tarpeellisia. Tämän 17 Euroopan maata kattavan tutkielman pohjalta ei voida antaa yleistä politiikkasuositusta siitä, mitkä tekijät ovat kaikista olennaisimpia kaikkialla. Se kuitenkin antaa viitteitä siitä, että tasa-arvoisessa yhteiskunnassa ihmisten terveyskin olisi parempaa. Tämä on yleinen tavoite yhteiskunnassa ja mainitaankin myös EU:n yhtenä arvona. Jatkossa koettua terveyttä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä voitaisiinkin tutkia juuri tasa-arvon ja palveluiden saavutettavuuden näkökulmasta.

7 Lähteet

- Abbas, M. (2020) After Crisis: health, politics and reflections on the European refugee crisis. *Medicine, Conflict and Survival* 35 (4).
- Abdullahi, A. M., Orji, R., & Kawu, A. A. (2019). Gender, Age and Subjective Well-Being: Towards Personalized Persuasive Health Interventions. *Information* 10 (10) 301.
- Abraido-Lanza, A., Dohrenwend, B., Ng-Mak D. & Turner, J. (1999) The Latino mortality paradox: a test of the “salmon-bias” and healthy migrant hypothesis. *American Journal of Public Health* 89.
- Adeline, A. & Delattre (2017) Some microeconomic evidence on the relationship between health and income. *Health Economics Review* 7 (27).
- Adesanya A. O, Rojas BM, Darboe A, Beogo I (2017) Socioeconomic differential in self-assessment of health and happiness in 5 African countries: Finding from World Value Survey. *PLoS ONE* 12 (11).
- Armitage, R. (2023) The WHO’s definition of health: a baby to be retrieved from the bathwater? *British Journal of General Practice* 73 (727), s. 70-71.
- Au, N. & Johnston, D. (2014) Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? *Social Science & Medicine* 121, s. 21–28.
- Bambra, C. (2016) *Health Divides: Where you Live can Kill You*. Bristol: Policy Press.
- Bambra, C. (2021) Levelling up: Global examples of reducing health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 50 (7).
- Barsanti, S., Salmi, L-R., Bourgueil, Y., Daponte, A., Pinzal, E. & Menival, S. (2017) Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey. *Global health Research and Policy* 2 (18).
- Berkman, L. F., Zheng, Y., Glymour, M. M., Avendano, M., Börsch-Supan, A., & Sabbath, E. L. (2015) Mothering alone: cross-national comparisons of later-life disability and health among women who were single mothers. *Journal of Epidemiology & Community Health* 69 (9), 865–872.
- Berry, J. (1980) Acculturation as varieties of adaptation. Teoksessa Padilla, AM, (toim.) *Acculturation: Theory, models, and some new findings*. Westview: Boulder, CO.
- Black, D., Smith, M. & Townsend, C. (1980) Inequalities in Health: The Black Report. Lontoo: National Health Services.

- Blitz, B., D'Angelo, A. Kofman, E. & Montaga, N. (2017) Health Challenges in Refugee Reception: Dateline Europe 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (12).
- Blomgren, J., Jäppinen, S & Lahdensuo, K. (2022) Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. *Lääkärilehti* 77 (314).
- Boerma, T., Hosseinpoor, A., 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 (675).
- Borghesi, S. & Vercelli, A. (2010) Happiness and Health: Two Paradoxes. *Journal of Economic Surveys* 26 (2), s. 203–233.
- Borrel C., Mari-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., Calvo, M., Rodríguez-Sanz, M., Bartoll, X. & Esnaola, S. (2017) Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. *BMC Public Health* 17 (1).
- Bowling, A. (1995) What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science & Medicine* 41 (10).
- Bozhar, H., McKee, M., Spadea, T., Veerus, P., Heinävaara, S., Anttila, A., Senore, C., Zielonke, N., de Kok, I., van Ravesteyn, N., Lansdorp-Vogelaar, I., de Koning, H. & Heijnsdijk, E. (2022) Socio-economic inequality of utilization of cancer testing in Europe: A cross-sectional study. *Preventive Medicine Reports* 26.
- Brunello, G., Fort, M., Schneeweis, N. & Winter-Ebmer, R. (2016) The Causal Effect of Education on Health: What is the Role of Health Behaviors? *Health Economics* 25 (3), s. 314–336.
- Castaneda, A. (2017) Sanoista teoiksi – Miten maahanmuuttoon liittyvä terminologia luo todellisuutta ympärillämme? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54 (3), s. 181–183.
- Constant, A.F., García-Muñoz, T., Neuman, S. & Neuman T. A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter. *European Journal of Health Economics* 19 (1).
- Consolazio, D., Sarti, S. & Terraneo, M (2022) Nordic paradox in action: The complicated relation between social mobility and health inequalities in an international comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health* 52 (2).

- Coveney, M., García-Gómez, P., Van Doorslaer, E., & Van Ourti, T. (2016). Health disparities by income in Spain before and after the economic crisis. *Health economics* 25, s. 141–158.
- Craveiro, D., Marques, S., Zvěřinová, I., Máca, V., Ščasný, M., Chiabai, A., Suarez, C., Martinez-Juarez, P., García de Jalón, S., Quiroga, S. & Taylor, T. (2021) Explaining inequalities in fruit and vegetable intake in Europe: The role of capabilities, opportunities and motivations. *Appetite* 165.
- Cui, X. & Chang, C. (2021) How Income Influences Health: Decomposition Based on Absolute Income and Relative Income Effects. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (20).
- 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* 98 (1982). s. 24–28.
- Daynes, L. (2016). The health impacts of the refugee crisis: a medical charity perspective. *Clinical medicine* 16 (5), s. 437–440.
- De Nardi, M., Pashchenko, S., & Porapakarm, P. (2024) The lifetime costs of bad health. *Review of Economic Studies*.
- DeSalvo, K., Bloser, N., Reynolds, K., He, J. & Muntner, P. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine* 21. s. 267–275.
- Doiron, D., Fiebig, D. G., Johar, M., & Suziedelyte, A. (2014). Does self-assessed health measure health? *Applied Economics* 47 (2), s. 180–194.
- Duszczuk, M., Fórny, A., Kazmarczyk P. & Kubisiak, A. (2023) War refugees from Ukraine in Poland – one year after the Russian aggression. Socioeconomic consequences and challenges. *Regional Science Policy & Practice* 15 (1), s. 181–199.
- Eikemo, TA., Huisman, M., Bambra, C. & Kunst, AE. (2008) Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health and Illness* 4, 565–582.
- Elshahat, S., Moffat, T. & Newbold, K. B. (2022) Mental health triggers and protective factors among Arabic-speaking immigrants and refugees in North America: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 24 (2).
- Ellonen, N. & Kaakinen, M (n.d.) Monitasomallit Teoksessa Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). [online] <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 27.2.2025.

- Ervasti, H., Fridberg, T., Hjerm, M. & Ringdal, K. (2008) *Nordic Social Attitudes in a European Perspective*. Cornwall: MPG Books.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- European Social Survey (2014) ESS round 7 - 2014. Immigration, Social inequalities in health. [online] <https://ess.sikt.no/en/study/ccd56840-e949-4320-945a-927c49e1dc4f> Viitattu 10.4.2025.
- European Social Survey (n.d) About ESS. [online] <https://www.europeansocialsurvey.org/about-ess> Viitattu 3.4.2025.
- European Social Survey (n.d.) Sampling. [online] <https://www.europeansocialsurvey.org/methodology/sampling> Viitattu 10.4.2025.
- 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.
- 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.
- Eurostat (2016) Asylum in the EU Member States. Record number of over 1.2 million first time asylum seekers registered in 2015. [online] <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7203832/3-04032016-AP-EN.pdf/> Viitattu 9.4.2025.
- Eurostat (2025) EU population diversity by citizenship and country of birth. [online] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=EU_population_diversity_by_citizenship_and_country_of_birth Viitattu 8.4.2025.
- Eurostat (2024) Foreign-born people and their descendants - household composition. [online] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Foreign-born_people_and_their_descendants_-_household_composition Viitattu 28.3.2025.
- Eurostat (2022) Life expectancy higher for women in all EU regions. Luxemburg: Eurostat. [online] <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20221118-1> Viitattu 4.4.2025.
- Eurostat (2024) Migrant integration statistics – education. [online] <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

- explained/index.php?title=Migrant_integration_statistics_-_education Viitattu 6.5.2025.
- Fay, S. (1950) Bismarck's Welfare State. *Current History* 18 (101), s. 1–7.
- Fernández-Solà, J. (2015) Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nature Reviews. Cardiology* 10, s. 576–587.
- Fiorillo, D. & Sabatini, F. (2011) Quality and quantity: The role of social interactions in self-reported individual health. *Social Science & Medicine* 73 (11), s. 1644–1652.
- Franz, C. E., Finkel, D., Panizzon, M. S., Spoon, K., Christensen, K., Gatz, M., Kremen, W., Krueger, R., Neiderhiser, J., Reynolds, C. & Pedersen, N. L. (2016) Facets of Subjective Health From Early Adulthood to Old Age. *Journal of Aging and Health* 29 (1), s. 149–171.
- Friel, S., Hattersley, L., Ford, L. & O'Rourke, K. (2015) Addressing inequities in healthy eating. *Health Promotion International* 30 (2) s. 77–88.
- Furya, Y., Kondo, N., Yamagata, Z., Hashimoto, H. (2015) Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International* 30 (3).
- Garzón-Orjuela, N., Samacá-Samacá, D. F., Luque Angulo, S. C., Mendes Abdala, C. V., Reveiz, L., & Eslava-Schmalbach, J. (2020) An overview of reviews on strategies to reduce health inequalities. *International journal for equity in health* 19, s. 1–11.
- Giannoni, M., Franzini, L. & Masiero, G. (2016) Migrant integration policies and health inequalities in Europe. *BMC Public Health* 16.
- Gibson, B., Schneider, J., Talamonti, D. & Forshaw, M. (2021) The Impact of Inequality on Mental Health Outcomes During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Canadian Psychology* 62 (1).
- Giuntella, O., Kone, Z., Ruiz, I. & Vargas-Silva, C. (2018) Reasons for immigration and immigrant's health. *Public Health* 158.
- Goel, S., Sharma, A. & Garg, A. (2018) Effect of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health. *Current Cardiology Reports* 20.
- Goto, R., Pinchuk, I., Kolodezhny, O., Pimenova, N., Kano, Y. & Skokauskas, N. (2024) Mental health of adolescents exposed to the war in Ukraine. *JAMA pediatrics* 178 (5), 480–488.
- Guarnizo-Herreño, C., Watt, R., Pikhart, H., Sheiham, A. & Takos, G. (2023) Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *Journal of Epidemiology & Community Health* 67 (9).

- Bubernskaya, Z. (2015) Age at Migration and Self-Rated Health Trajectories After Age 50: Understanding the Older Immigrant Health Paradox. *The Journals of Gerontology: Series B* 70 (2), s. 279–290.
- Hallamaa, J. (2004) Yhteisön arvot ja yksilön terveys. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 120 (12), s. 1439–1444.
- Halleröd, B. & Gustafsson, J-E. (2011) A longitudinal analysis of the relationship between changes in socio-economic status and changes in health. *Social Science & Medicine* 71 (1), s. 116–123.
- Harnois, C. & Bastos, J. (2018) Discrimination, Harassment, and Gendered Health Inequalities: Do Perceptions of Workplace Mistreatment Contribute to the Gender Gap in Self-reported Health? *Journal of Health and Social Behavior* 59 (2).
- Heiskala, L., Erola, J. & Kilpi-Jakonen, E. (2021) Compensatory and Multiplicative Advantages: Social Origin, School Performance, and Stratified Higher Education Enrolment in Finland. *European Sociological Review* 37 (2), s. 171–185.
- Hintsa, T., Honkalampi, K. & Flink, N. (2019) Stressi, allostaattinen kuormitus ja terveysriskit. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135 (20).
- Honko, M. (2017) Kieli- ja kielitaitokäsitykset tutkivan opettajan kenttäpäiväkirjamerkinnöissä. *Puhe ja kieli*. 37 (4), s. 215–238.
- House J., Landis, K., Umberson, D. (1988) Social Relationships and Health. *Science* 241 (4865), s. 540–545.
- Hu, Y., van Lenthe, F., Borsboom, G., Looman, C., Bopp, M., Burström, B., Dzúrová, D., Ekholm, O., Klumbiene, J., Lahelma, E., Leinsalu, M., Regidor, E., Santana, P., de Gelder, R. & Mackenbach, J. (2016) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *Journal of Epidemiology & Community Health* 70 (7), s. 644–652.
- Huber, M. (2011) How Should We Define Health? *BMJ* 343.
- Humphris, R. & Bradby, H. (2017) Health Status of Refugees and Asylum Seekers in Europe *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health* s. 1–29.
- 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), s. 21–37.
- Kangas, O. & Kvist, J. (2018) Nordic Welfare States. Teoksessa Greve, B. (toim.) *Routledge Handbook of the Welfare State*. Lontoo: Routledge.
- Kaneva, M. & Baidin, V. (2022) Income Inequality and Health Self-Assessment in Russia. *Problems of Economic Transition* 63 (1–3), s. 77–91.

- Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. 2017. Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. *Suomen sosiaalinen tila 3/2017*. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C. & Ellaway, A. (2015) Loneliness, social relations and health and well-being in deprived communities. *Psychology, Health & Medicine* 20 (3).
- Kemppainen, L., Kemppainen, T., Raitanen, J., Aaltonen, M., Forma, L., Kouvonon, A. & Pulkki, J. (2024) All-cause and cause-specific mortality among older migrant and non-migrant adults in Finland: a register study on all deaths, 2002–2020. *European Journal of Public Health* 34 (6).
- Kennedy, S., Kidd, M., McDonald, J. & Biddle, N. (2015) The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Journal of International Migration and Integration* 16.
- Kestilä, L., Karvonen, S., Jauhiainen, S. & Mikkola, H. (2023) Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023: tavoitteena sosiaalisesti kestävä Suomi. *THL: Työpaperi 14/2023* [online]
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146429/TY%c3%962023_014_12042023e.pdf?sequence=19&isAllowed=y Viitattu 9.4.2024.
- Kieseppä, V. & Lehti, V. (2021) Katsaus: Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttö, erot kantaväestöihin ja erojen taustatekijät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58, s. 78–88.
- Kokou-Kpolou, C. K., Megalakaki, O., Laimou, D., & Kousouri, M. (2020). Insomnia during COVID-19 pandemic and lockdown: Prevalence, severity, and associated risk factors in French population. *Psychiatry Research* 290.
- Koponen, P., Rask, S., Skogberg, N., Castaneda, A., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Kuusio, H., Laatikainen, T., Keskimäki, I. & Koskinen, S. (2016) Suomessa vakituisesti asuvat maahanmuuttajat käyttävät vaihtelevasti terveyspalveluja. *Suomen Lääkärilehti* 71 (12–13), s. 907–914.
- Korouchev, R. (2016) The Syrian Refugee Crisis in Europe. *Journal of Liberty and International Affairs* 1 (1).
- Krieger, N. (2014) Discrimination and Health Inequalities. *International Journal of Health Services* 44 (4).
- Kutsenko, O. (2006) Impact of transformation on living condition and health inequalities in the former USSR countries. Teoksessa K.-S. Rehberg (toim.), *Soziale Ungleichheit*,

- kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München.
- Kvantitatiivisen tutkimuksen käsikirja (n.d) Mittaaminen: muuttujien ominaisuudet. Tampere: *Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto*
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 19.3.2025.
- Laatikainen, T., Härkänen, T., Borodulin, K., Harald, K., Koskinen, S., Männistö, S., Peltonen, M., Sundvall, J., Valsta, L., Vartiainen, E. & Jousilahti, P. (2019) Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät 1992–2017: laskusuunta jatkunut, mutta hidastunut. *Lääkärilehti* 74 (35), s. 1886–1890.
- Lahelma, E. (2020) Terveyserojen säilyminen on hyvinvointivaltioiden paradoksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 85 (3), s. 323–329.
- Largo-Janssen, T., Lo Fo Wong, S. & van den Muijsenbergh, M. (2008) The Importance of Gender in Health Problems. *European Journal of General Practice* 14 (1).
- Lawrence, El., Rogers, R., Zajacova, A. & Wadsworth, T. (2019) Marital Happiness, Marital Status, Health, and Longevity. *Journal of Happiness Studies* 20, s. 1539–1561.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D. & Linos, A. (2020) Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* 20.
- Li, S., Zhang, Q. & Muennig, P. (2018) Subjective assessments of income and social class on health and survival: An enigma. *SSM – Population Health* 6, s. 295–300.
- Lu, Y., Denier, N., Wang, J. S.-H., & Kaushal, N. (2017). Unhealthy assimilation or persistent health advantage? A longitudinal analysis of immigrant health in the United States. *Social Science & Medicine* 195.
- Lupu, D. & Tiganasu, R. (2022) COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. *Health Economics Review* 12.
- Mackenbach, J. (2019) *Health Inequalities. Persistence and Change in European Welfare States*. Oxford: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. (2017) Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *European Journal of Public Health* 27 (4).
- Mackenbach, J., Valverde, J., Artnik, B., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., Rychtaríková, J., Rodriguez-Sanz, M., Vineis, P., White, C., Wojtyniak, B., Hu, Y. &

- Nusselder, W. (2018) Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 115 (25).
- Mahdjoub, S., Héron, M., Gomajee, R., Ducarroz, S., Melchior, M. & El-Khoury Lesueur, F. (2023) Evolution of smoking rates among immigrants in France in the context of comprehensive tobacco control measures, and a decrease in the overall prevalence. *BMC Public Health* 23 (1).
- Majlander, S., Kuusio, H., Kauppinen, T., Kilpeläinen, K., Koskela, T. & Rotko, T. (2021) Health monitoring and reducing health inequalities in Finland – observations of health inequalities and practical measures. Research in brief 70/2021. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- Malmusi, D. (2015) Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *European Journal of Public Health* 25 (2).
- Manderbacka, K., Lundberg, O. & Martikainen, P. (1999) Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Social Science & Medicine* 48 (12), s. 1713–1720.
- Mappa, I., Distefano, F. A., & Rizzo, G. (2020). Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: A prospective observational study. *Journal of Perinatal Medicine* 48.
- Marazziti, D., Avella, M. T., Mucci, N., Della Vecchia, A., Ivaldi, T., Palermo, S., & Mucci, F. (2021). Impact of economic crisis on mental health: a 10-year challenge. *CNS spectrums* 26 (1), s. 7–13.
- Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A. & Downing, J. (2016) Health Impacts of the Great Recession: A Critical Review. *Current Epidemiological Reports* 3 (1)
- Marmot, M. (2002) The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. *Health Affairs* 21 (2).
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2005) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Matusiewicz, M. (2025) Endless Growth Does Not Bring Joy: Income Inequality, Human Development, and Happiness—A Cross-Country Analysis With a Focus on Europe. *The American Journal of Economics and Sociology* s. 1–12.
- Maynou, L. & Saez, M. (2016) Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union. *International Journal for Equity in Health* 15 (135).

- Maynou, L., Saez, M., Bacaria, J. & Lopez-Casasnovas, G. (2015) Health inequalities in the European Union: an empirical analysis of the dynamics of regional differences. *European Journal of Health Economics* 5, s. 542–559.
- Mazeikaite, G., O’Donoghue, C. & Sologon, D. (2021) What Drives Cross-Country Health Inequality in the EU? Unpacking the Role of Socio-economic Factors. *Social Indicators Research* 155.
- McKenzie, D. & Rapoport, H. (2011) Can migration reduce educational attainment? Evidence from Mexico. *Journal of Population Economics* 24, s. 1221–1358.
- McGowan, V. & Bambra, C. (2022) COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *The Lancet Public Health* 7 (11).
- McNeish, D. & Stapleton, L.M. (2016). Modeling clustered data with very few clusters. *Multivariate Behavioral Research* 51, s. 495–518.
- Meier, P., Holmes, J., Angus, C., Ally, A., Meng, Y. & Brennan, A. (2016) Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study. *PLOS Medicine* 13 (2).
- Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiri, L., Fiorillo, A., Sani, G., & Di Nicola, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: An early report on the Italian general population. *Brain, Behavior, and Immunity* 87.
- Modig, K., Talbäck, M., Torssander, J., & Ahlbom, A. (2017). Payback time? Influence of having children on mortality in old age. *Journal of Epidemiology & Community Health* 71 (5), s. 424–430.
- Murray, C. (1996) Charles Murray and the Underclass: The Developing Debate. *The IEA Health and Welfare Unit*.
- Mustard, C. & Etches, J. (2003) Gender differences in socioeconomic inequality in mortality. *Journal of Epidemiology & Community Health* 57 (12).
- Myeck, M., Hardison-Moody, A., Bloom, D., Bowen, S. & Elliot, S. (2020) Learning to eat the “right” way: examining nutrition socialization from the perspective of immigrants and refugees *Food, Culture & Society* 23 (1).
- Namkung, E., Moitra, M. & Nicholson, J. (2019) Do disability, parenthood, and gender matter for health disparities?: A US population-based study. *Disability and Health Journal* 12 (4).

- Ng Fat, L., Cable, N., Marmot, M. & Shelton, N. (2014) Persistent long-standing illness and non-drinking over time, implications for the use of lifetime abstainers as a control group. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68 (1).
- Niemi, R., Vaalavuo, M. & Suvisaari, J. (2022) Sosioekonomiset erot mielenterveyden häiriöissä ilmenevät jo elämäntulon alussa lapsilla ja nuorilla. *Tutkimuksesta tiiviisti* 38/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nordic Statistics Database (2024) Integration, migration and education. [online] Nordic Statistics database viitattu 6.5.2025
- OECD (2024) international Migration Outlook 2024. [online] https://www.oecd.org/en/publications/international-migration-outlook-2024_50b0353e-en.html viitattu 20.4.2025.
- OECD (2023). Number of liters of alcohol consumed per capita in selected European countries in 2021 [Graph]. Statista. <https://www.statista.com/statistics/755502/alcohol-consumption-in-liters-per-capita-ineu/> Viitattu 12.4.2025.
- Ong, A. D., Fuller-Rowell, T., & Burrow, A. L. (2009). Racial discrimination and the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology* 96 (6), s. 1259–1271.
- Pareliusson, J. & Robling, P. (2018) Demographic Change and Inequality Trends in the Nordic Countries. teoksessa Aaberhe, R., André, C. Boschini, A., Calmfors, L., Gunnarson, K., Hermansen, M., Langørgen, A., Lindgren, P., Orsetta, C., Pareliusson, J., Robling P., Roine, J. & Søgaaard, J. (toim.) Increasing Income Inequality in the Nordics. Kööpenhamina: Nordic Council of Ministers.
- Parikka S, Koskela T, Ikonen J, Kilpeläinen H, Hedman L, Koskinen S, & Lounamaa A. Kansallisen terveystutkimuksen, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [online] <https://www.terveytemme.fi/finsote/2020/index.html> Viitattu 8.5.2025.
- Parikka, S., Martelin, T., Koskela, T., Härkänen, T., Kilpeläinen, K., Tarkiainen, L., & Koskinen, S. (2017). Tuloluokkienväliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. *Tutkimuksesta tiiviisti* 5/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pehkonen, A. & Heikkilä, E. (2024) Maahanmuuttajien toimijuus työmarkkinoilla Kainuussa, Kymenlaaksossa ja Pohjois-Savossa. *Focus Localis* 52 (3), s. 41-61.
- Peixoto, J., Arango, J., Bonifazi, C., Finotelli, C., Sabino, C., Strozza, S. & Triandafyllidou, A. (2012) Immigrants, markets and policies in Southern Europe. teoksessa Okólski, M. (toim.) European Immigrations. Trends, Structures and Policy Implications. Amsterdam: Amsterdam University Press.

- Peltoniemi, J., Lahtinen, H. & Wass, H. (2019) Kirjeääni matkalla maailmalta: Ulkosuomalaisten poliittisen osallisuuden toteutuminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (2), s. 179–187.
- Petrovic, D., de Mestral, C., Bochud, M., Bartley, M., Kivimäki, M., Vineis, P., Mackenbach, J. & Stringhini, S. (2018) The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Preventive Medicine* 113.
- Pinillos-Franco, S. & Kawachi, I. (2018) The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries. *Social Science & Medicine* 219, s. 30–35.
- Popova, S., Rehm, J., Patra, J. & Zatonski, W. (2007) Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol and Alcoholism* 42 (5), s. 465–473.
- Preston, S. (1975) The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development. *A Journal of Demography* 29 (2).
- Rahkonen, O. & Lahelma, E. (2017) Sosiaalinen rakenne ja terveys. teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. (toim.) *Terveys sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rask, S. (2017) Miten maahanmuutto ja suomalaisuus näyttäytyvät tulevaisuuden terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 54 (3), s. 255–260.
- Rattay, P. & von der Lippe, E. (2020) Association between Living with Children and the Health and Health Behavior of Women and Men. Are There Differences by Age? Results of the “German Health Update” (GEDA) Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (9).
- Rico-Urbe LA, Caballero FF, Olaya B, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, Leonardi M, et al. (2016) Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS ONE* 11 (1).
- Riosmena, F., Kuhn, R., Jochem, W. C. (2017) Explaining the Immigrant Health Advantage: Self-selection and Protection in Health-Related Factors Among Five Major National-Origin Immigrant Groups in the United States. *Demography* 54 (1).
- Rissanen, K. & Tanskanen, E. (2014) Menetetyн työpanoksen kustannus. [online] [https://stm.fi/documents/1271139/1332445/Menetetyн+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+\(2\)+\(2\).pdf/63af9909-0232-474d-bf2e-aa4c50936c33/Menetetyн+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+\(2\)+\(2\).pdf?t=1431067062000](https://stm.fi/documents/1271139/1332445/Menetetyн+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+(2)+(2).pdf/63af9909-0232-474d-bf2e-aa4c50936c33/Menetetyн+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+(2)+(2).pdf?t=1431067062000) Viitattu 8.5.2025

- Roskam, A-J. R., Kunst, A. E., Van Oyen, H., Demarest, S., Klumbiene, J., Regidor, E., Helmert, U., Jusot, F., Dzurova, D. & Mackenbach, J. P. (2010) Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 39 (2).
- Rotko, T., Majlander, S. & Mesiäislehto M. (2023) Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä: Ratkaisuja terveysterojen vähentämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ruhm, C. (1996) Are Recessions Good for Your Health? *National Bureau of Economic Research* 115 (2).
- Ruhm, C. (2015) Recessions, healthy no more? *Journal of Health Economics* 42 (1).
- Russel, D., Cutrona, C., McRae, C. & Gomez, M. (2012) Is Loneliness the Same as Being Alone? *The Journal of Psychology* 146 (1–2), s. 7–22.
- Russell, M. (2018) Socioeconomic inequality in Russia. [online] [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2018/620225/EPRS_ATA\(2018\)620225_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2018/620225/EPRS_ATA(2018)620225_EN.pdf) *Euroopan Parlamentti*. Viitattu 8.5.2025.
- Rönkkö, E. (2022) Valtarakenteet tunnistettava maahanmuuttajien liikunnassa. *Liikunta ja tiede* 59 (2), s. 58–59.
- Sabatini, F. (2014). The relationship between happiness and health: evidence from Italy. *Social Science & Medicine* 114, 178–187.
- Samtleben, C. & Müller, K-U. (2022) Care and careers: Gender (in)equality in unpaid care, housework and employment. *Research in Social Stratification and Mobility* 77.
- Sanou, D., O'Reilly, E., Ngnie-Teta, I., Batal, M., Mondain, N., Andrew, C., Newbold, B. & Bourgeault, I. (2014) Acculturation and nutritional health of immigrants in Canada: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health* 16 (1).
- Sargent-Cox, K., Cherbuin, N., Morris, L., Butterworth, P. & Anstey, K. (2014) The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: A longitudinal cohort study. *Preventive Medicine* 58, s. 75–80.
- Schneider, S., Roots, A. & Rathmann, K. (2021) Health Outcomes and Health Inequalities. teoksessa Immergut, E., Anderson, K., Devitt, C. & Popic, T. (toim.) *Health Politics in Europe: A Handbook*. Oxford: Oxford University Press.
- Schoeppe, S., Vandelanotte, C., Rebar, A., Hayman, M., Duncan, M. & Alley, S. (2018) Do singles or couples live healthier lifestyles? Trends in Queensland between 2005-2014. *PLOS One* 13 (2).

- Scholz, N (2020) Addressing health inequalities in the European Union. Concepts, action, state of play. Brysseli: European Parliamentary Research Service.
- Seraponi, M. & Hespanha, P. (2023) The Pandemic and Health Inequalities in Southern European Countries. An Overview. *e-cadernos CES* 39.
- Silbermann, M. Daher, M., Kebudi, R., Nimri, O., Al-Jadiry, M. & Baider, L. (2016) Middle Eastern Conflicts: Implications for Refugee Health in the European Union and Middle Eastern Host Countries. *Journal of Global Oncology* 2 (6).
- Simon, J., De Boer, J., Joung, I., Bosma, H. & Mackenbach, J. (2005) How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health* 15 (2), s. 200–208.
- Shor, E. & Roelfs, D. (2021) A Global Meta-analysis of the Immigrant Mortality Advantage. *International Migration Review* 55 (4), s. 999–1028.
- Slacalek, J., Perez, J. R., Kolndrekaj, A., Propst, M & Dossche, M. (2022) Immigrants and the distribution of income and wealth in the euro area. CEPR. [online] <https://cepr.org/voxeu/columns/immigrants-and-distribution-income-and-wealth-euro-area> Viitattu 18.11.2024.
- Stefler, D., Brett, D., Sarkadi-Nagy, E., Kopczynska, E., Detchev, S., Bati, A., Scrob, M., Koenker, D., Aleksov, B., Douarin, E., Simonovva, G., Malyutina, S., Kubinova, R., Pajak, A., Ruiz, M., Peasey, A., Pikhart, H. & Bobak, M. (2021) Traditional Eastern European diet and mortality: prospective evidence from the HAPIEE study. *European Journal of Nutrition* 60, s. 1091–1100.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, McKee, M. (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 374 (9686).
- Sumption, M., Walsh, P. & Brindle, B. (2024) Net Migration to the UK. The Migration Observatory: Oxford [online] <https://migrationobservatory.ox.ac.uk/resources/briefings/long-term-international-migration-flows-to-and-from-the-uk/> Viitattu 12.4.2025.
- Svendsen, M., Bak, C., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S., Skals, R., Mortensen, R., Maindal, T., Bøggild, H., Nielsen, G. & Torp-Pedesen, C. (2020) Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* 20 (1).

- Tattan-Birch, H., Brown, J., Shahab, L., Beard, E. & Jackson, S. Trends in vaping and smoking following the rise of disposable e-cigarettes: a repeat cross-sectional study in England between 2016 and 2023. *The Lancet Regional Health – Europe* 42 (1).
- THL (2024) Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Keskeisiä käsitteitä. [online] <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointi-ja-terveyserot/keskeisia-kasitteita> Viitattu 9.4.2025
- Tilastokeskus (n.d) Käsitteet. Otantavirhe. [online] <https://stat.fi/meta/kas/otantavirhe.html> Viitattu 10.4.2025.
- Tilastokeskus (2023) Tuloerojen kehitys Suomessa 1966–2022. [online] <https://stat.fi/julkaisu/clq0xqdl00fdu0buvs4ayxmb8> Viitattu 8.5.2025
- Townsend, N., Kazakiewicz, D., Lucy Wright, F., Timmis, A., Huculeci, R., Torbica, A., Gale, CP., Achenbach, S., Weidinger, F. & Vardas, P. (2022) Epidemiology of cardiovascular disease in Europe. *Nature Reviews. Cardiology* 19 (2), s. 133–143.
- Turra, C. & Goldman, N. (2007) Socioeconomic Differences in Mortality Among U.S. Adults: Insights Into the Hispanic Paradox. *The Journals of Gerontology: Series B* 62 (3).
- Turun kaupunki (2025) Asukasbudjetti. [online] <https://www.turku.fi/osallistu-ja-vaikuta/asukasbudjetti> Viitattu 16.4.2025.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2025) Kotoutumisen sanasto 2. laitos. *Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja*. Helsinki, s. 25.
- Törmälehto, V-M. (2019) Tulo-, kulutus- ja varallisuuseroista Suomessa. *Kansantalouden aikakauskirja* 115 (1).
- Vaccarella, S., Georges, D., Bray F., Ginsburg, O., Charvat, H., Martikainen, P., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., Bopp, M., Leinsalu, M., Artnik, B., Lorenzoni, V., De Vries, E., Marmot, M., Vineis, P., Mackenbach, J. & Nusselder, W. (2023) Socioeconomic inequalities in cancer mortality between and within countries in Europe: a population-based study. *The Lancet Regional Health – Europe* 28 (25).
- van Zon, S., Bültmann, U., Mendez de Leon, C., Reijneveld, S. (2015) Absolute and Relative Socioeconomic Health Inequalities across Age Groups. *PLoS ONE* 10 (12).
- Vrabcová, J., Svačinová, K. & Pechholdová, M. (2020) Alcohol Consumption in Selected European Countries. *Demography of Population Health, Aging and Health Expenditures* 50, s. 187–200.

- Wallace, M. & Wilson, B. (2020) Age variations and population over-coverage: Is low mortality among migrants merely a data artefact? *A Journal of Demography* 76 (1).
- Williams, D., Lawrence, J., Davis, B. & Vu, C. (2019) Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research* 54 (52), s. 1374–1388.
- WHO (1948) Constitution. [online] <https://www.who.int/about/governance/constitution> viitattu 7.5.2025
- WHO (2018) WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2025. [online] <https://escholarship.org/content/qt4dc4t5d9/qt4dc4t5d9.pdf> Viitattu 27.3.2025.
- 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 (120).
- Yang, P. Q. & Hwang, S. H. (2016). Explaining Immigrant Health Service Utilization: A Theoretical Framework. *SAGE Open* 6 (2).
- Yoo, H., Cee, G. & Takeuchi, D. (2009) Discrimination and health among Asian American immigrants: Disentangling racial from language discrimination. *Social Science & Medicine* 68 (4), s. 726–732.

Liitteet

Liite 1. Selittävien muuttujien yhteys subjektiiviseen terveyteen Euroopan maaryhmiin, vuodet 2014 ja 2023. Hierarkkinen lineaarinen regressio, painotettu.

Subjektiivinen terveys	Pohjoismaat		Itä-Eurooppa		Anglosaksiset maat		Etelä-Eurooppa		Keski- ja Länsi-Eurooppa	
	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe
ESS-kierros (ref. 7)										
Kierros 11	-0,068***	0,009	0,078	0,089	-0,074**	0,023	0,054	0,036	-0,034*	0,013
Sukupuoli (ref. mies)										
Nainen	-0,070***	0,014	-0,071**	0,025	0,004	0,038	-0,112***	0,026	-0,039***	0,008
Ikä	0,008**	0,003	-0,014	0,009	-0,009***	0,001	-0,012***	0,001	-0,017***	0,003
län neliö	-0,000	0,000	-0,000	0,000	-0,000***	0,000	-0,000***	0,000	0,000	0,000
Koulutusvuodet	0,025**	0,008	0,020**	0,007	0,015**	0,005	0,020***	0,005	0,016***	0,003
Syntynyt maassa (ref. kyllä)										
Ei	0,056*	0,023	-0,031	0,045	0,045	0,055	0,064	0,036	0,070	0,036

Liite 1 jatkuu edelliseltä sivulta

Subjektiiivinen terveys	Pohjoismaat		Itä-Eurooppa		Anglosaksiset maat		Etelä-Eurooppa		Keski- ja Länsi-Eurooppa	
Perhemuoto (ref. 2 vanhemman lapsiperhe)										
Lapseton pariskunta	-0,026	0,019	-0,011	0,008	-0,066	0,059	-0,024**	0,008	-0,052*	0,022
Yksinhuoltaja	0,009	0,012	0,066	0,049	-0,086	0,068	0,044	0,050	-0,052	0,045
Yksinasuva	0,047*	0,016	-0,007	0,023	-0,107*	0,049	0,045***	0,011	-0,055***	0,013
Syrjittyyn ryhmään kuuluminen (ref. kyllä)										
Ei	0,153**	0,048	0,142***	0,015	0,119	0,064	0,028	0,036	0,119***	0,017
Koettu tulotaso (ref. hyvä koettu toimeentulo)										
Kotitalouden tuloilla pärjää	-0,116***	0,029	-0,112***	0,002	-0,084***	0,014	-0,052***	0,013	-0,123***	0,021
Kotitalouden tuloilla pärjääminen on haastavaa	-0,302***	0,578	-0,247***	0,020	-0,196***	0,046	-0,181***	0,022	-0,209***	0,035
Kotitalouden tuloilla pärjääminen erittäin haastavaa	-0,525***	0,123	-0,425***	0,086	-0,249***	0,016	-0,341***	0,061	-0,385***	0,053

Liite 1 jatkuu edelliseltä sivulta.

Subjektiiivinen terveys	Pohjoismaat		Itä-Eurooppa		Anglosaksiset maat		Etelä-Eurooppa		Keski- ja Länsi-Eurooppa	
	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe
Onnellisuus	0,151***	0,006	0,096***	0,012	0,095***	0,019	0,100***	0,014	0,123***	0,017
Kasvisten syöminen (ref. päivittäin)										
Vähintään 4x viikossa	-0,079***	0,019	0,041	0,029	-0,020	0,025	-0,001	0,008	-0,045*	0,035
Vähintään 1x viikossa	-0,174***	0,023	0,018	0,028	-0,061	0,028	-0,067**	0,023	-0,036***	0,009
Harvemmin kuin 1x viikossa	-0,174***	0,028	-0,021***	0,006	-0,040	0,099	-0,114***	0,013	-0,112**	0,035
Ei koskaan	-0,284	0,306	-0,494***	0,034	-0,333**	0,099	.0,179	0,061	-0,057	0,104
Tupakointi (ref. päivittäin)										
Säännöllistä, mutta ei päivittäistä	0,075	0,041	0,002	0,063	0,065	0,113	0,030	0,086	0,084*	0,035
Aiemmin tupakoinut	0,042	0,030	-0,004	0,043	0,057*	0,028	-0,032	0,027	0,112***	0,018
Tupakoinut vain yksittäisiä kertoja	0,085**	0,032	0,020	0,035	0,199*	0,080	0,073	0,046	0,149***	0,019
Ei koskaan tupakointia	0,125***	0,033	0,078***	0,005	0,193**	0,063	0,100***	0,011	0,193***	0,020

Liite 1 jatkuu edelliseltä sivulta.

Subjektiiivinen terveys	Pohjoismaat		Itä-Eurooppa		Anglosaksiset maat		Etelä-Eurooppa		Keski- ja Länsi-Eurooppa	
	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe	Kerroin	Keskivirhe
Alkoholi (ref. viikoittain)										
2–3 kertaa kuukaudessa	-0,054**	0,016	0,017	0,035	-0,047***	0,011	0,004	0,017	-0,033	0,020
Kerran kuukaudessa	-0,126**	0,041	-0,003	0,032	-0,137*	0,064	-0,026	0,021	-0,086***	0,020
Harvemmin kuin 1x kuukaudessa	-0,136**	0,039	-0,035	0,041	-0,180***	0,018	-0,020	0,021	-0,133***	0,016
Ei koskaan	-0,187***	0,041	0,062	0,079	-0,112	0,083	-0,124***	0,012	-0,175***	0,022
Hoitoon pääsy epäonnistunut (ref. kyllä)										
Ei	0,289***	0,052	0,244***	0,024	0,276***	0,028	0,222***	0,011	0,197***	0,049
Urheilun viikkomäärä	0,048***	0,003	0,028***	0,004	0,056***	0,009	0,033***	0,005	0,039***	0,004
Sosiaaliset tapaamiset	0,011**	0,004	0,028***	0,003	0,019***	0,005	0,013	0,007	0,016**	0,005

p < 0,05 * p < 0,01 ** p < 0,005 ***

