

Ella Plaami

**SOSIOEKONOMISEN ASEMAN YHTEYS
YKSILÖN TERVEYSVALINTOIHIN**
Esimerkkeinä ravinto ja liikunta

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Toukokuu 2020

TIIVISTELMÄ

Ella Plaami: Sosioekonomisen aseman yhteys yksilön terveysvalintoihin – esimerkkeinä ravinto ja liikunta
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma
Toukokuu 2020

Terveysvalintojen tekeminen ja niistä muodostuva terveyskäyttäytyminen on muuttunut viime vuosina Suomessa yhä enemmän yksilölähtöiseksi ja pois terveydenhuollon keskiöstä. Yksilön sosioekonominen asema peilaa yhteiskunnassa vallitsevia rakenteita luoden epäoikeudenmukaisesti erilaiset valmiudet terveysvalintojen toteuttamiselle. Näiden valmiuksien luomat sosioekonomiset terveiserot ovat jatkaneet kasvuaan Suomessa lukuisista kansanterveyden ohjelmista ja politiikan linjauksista huolimatta.

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena on luoda monipuolinen ja ajankohtainen katsaus siitä, miten yksilön sosioekonominen asema on yhteydessä terveysvalintoihin ravinnon ja liikunnan näkökulmista suomalaisilla työikäisillä. Yhteyttä tarkastellaan kirjallisuuskatsauksena sosioekonomisen aseman pääindikaattorien, eli koulutuksen, ammattiaseman ja tulotason kautta.

Sosioekonominen asema määrittelee yksilölle konkreettiset valmiudet tehdä terveysvalintoja niihin käytettävien voimavarojen ja aineellisten resurssien kautta. Henkisten voimavarojen avulla luodaan mahdollisuuksia positiiviselle terveyskäyttäytymiselle ja positiivisen terveysajattelun juurtumiselle. Lisäksi sosioekonominen asema on yhteydessä yksilön terveyteen liittyvään osaamiseen, arvomaailmaan sekä itse käyttäytymiseen. Yksilön tekemät terveysvalinnat ovat sidoksissa sosioekonomisen aseman määrittämiin elinoloihin ja terveydenluketaitoon. Sosioekonominen asema luo myös terveysvalintoihin vaikuttavia viiteryhmiä sekä niihin samaistumisen tai erottumisen tarvetta.

Korkea sosioekonominen asema lisää ravintoon liittyvien valintojen terveellisyys ja abstraktisuuden painoarvoa samalla, kun epäterveellisiä valintoja voidaan pitää trendikkäänä. Matalassa sosioekonomisessa asemassa ravinnon valintoja selitetään enemmän esimerkiksi konkreettisuudella, edullisuudella sekä perinteikkyydellä. Korkea sosioekonominen asema vaikuttaa vastaavasti liikunnan valintoihin esimerkiksi minäpystyvyyden kokemuksen sekä terveystietämyksen kautta. Yksilön liikunnallisuus heijastaa sosioekonomista identiteettiä sekä arvomaailmaa ja asenteita. Liikunnan valintoja rajoittavat matalassa sosioekonomisessa asemassa esimerkiksi liikunnallisten oppien puutteellisuus, terveellisten tottumusten omaksumisen hitaus sekä liikuntapaikkojen turvattomuuden tunteen kokemus.

Tutkielman tulosten perusteella voidaan todeta, että yksilön sosioekonomisella asemalla on merkittävä painoarvo ravintoon ja liikuntaan liittyvissä terveysvalinnoissa. Katsaus vahvistaa, että yksilötason terveysvalintoihin liittyvä päätöksenteko on osittain rajattua ja näin ollen niitä ei voida yhdistää suoraan esimerkiksi yksilöautonomiaan. Sosioekonomisen aseman ja yksilön terveysvalintojen tarkastelua hankaloittaa se, miten väestön sosiaalinen rakenne muuttuu jatkuvasti ja ajankohtaisen tiedon saanti on näin ollen haasteellista. Sosioekonomisen aseman suuri painoarvo yksilön terveysvalintoihin tulee huomioida yhteiskuntapolitiikassa sekä alueellisessa ja kulttuurisessa kehityksessä niin, ettei luoda eriarvoisuusparadoksin ilmiötä.

Avainsanat: sosioekonominen asema, terveysvalinta, sosioekonomiset terveiserot, terveyskäyttäytyminen

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	1
2	SOSIOEKONOMINEN ASEMA	4
	2.1 SOSIOEKONOMINEN ASEMA KÄSITTEENÄ	4
	2.2 SOSIOEKONOMISEN ASEMAN MÄÄRITTÄJÄT	5
	2.3 SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT	6
3	SOSIOEKONOMISEN ASEMAN YHTEYS YKSILÖN TERVEYSVALINTOIHIIN	9
	3.1 TERVEYTEEN LIITTYVIEN VALINTOJEN MAHDOLLISUUDET	9
	3.2 RAVINTOON LIITTYVÄT VALINNAT	13
	3.3 LIIKUNTAAN LIITTYVÄT VALINNAT	18
4	POHDINTA	23
	LÄHDELUETTELO	30

1 JOHDANTO

Sosioekonomiset terveyserot ovat jatkaneet kasvuaan Suomessa lukuisista kansanterveyden ohjelmista ja politiikan linjauksista huolimatta (Lahelma & Rahkonen 2017, 37–38). Eroja voidaan nähdä yksilöiden elämän eri osa-alueilla, kuten toimintakyvyssä, sairastavuudessa ja sairauksien riskitekijöissä, kuten epäterveellisissä elintavoissa (Palosuo ym. 2006, 155). Kasvavat terveyden sosiaaliset erot ovat johtaneet kuolleisuudessa havaittaviin eroihin, ja suomalaisten jatkuvasta elinajanodotteen noususta ovat hyötynneet eniten juuri korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013b, 271). Näin ollen voidaan todeta, että sosioekonomiset terveyserot luovat tasa-arvoon pyrkivälle yhteiskuntapolitiikalle sekä kansanterveyden kentälle eriarvoistavan (Lahelma & Rahkonen 2017, 37) ja näin ollen merkittävän tutkimus- ja kehityskohteen.

Suomessa terveyskäyttäytyminen nähdään länsimaisella tavalla hyvin yksilölähtöisenä (Kauhanen ym. 2013b, 262). Samalla modernissa kansanterveydessä toiminnan painopiste on viime vuosina siirtynyt pois terveydenhuollon keskiöstä, ja näin ollen yksilön vastuu omasta terveydestä ja sen edistämisestä on korostunut (Rimpelä 2011, 17). Näitä ajatuksia tukien yksilön terveysvalintojen toteuttamisen mahdollisuudet ovat osa terveystoimijuutta ja tukevat autonomiaa sekä pohjautuvat itsemääräämisoikeuteen (Moilanen, Pietilä & Kangasniemi 2015, 268; Palosuo 2016). Yksilö ei kuitenkaan voi olla täydessä moraalisisessa vastuussa omista terveysvalinnoistaan, sillä sosioekonomisen aseman luomien puitteiden vuoksi yksilö ei kykene täysin kontrolloimaan ja vapaasti valitsemaan terveyden edistämiseen liittyvää toimintaansa (Moilanen, Pietilä & Kangasniemi 2015, 268–269).

Terveysvalinnat peilaavat yksilön konkreettisia valmiuksia edistää omaa terveyttään yhteiskunnan tarjoamissa puitteissa (Koivusilta 2011, 123). Sosioekonominen asema vaikuttaa siihen, millaisia resursseja oman terveyden edistämiseen yksilöllä on käytettävissä (Loman 2015, 10). Samaan aikaan yhteiskunnan rakenteisiin liittyvät tekijät, kuten työmarkkinat, koulutusjärjestelmät sekä tulonjako, vaikuttavat yksilön sosioekonomisen aseman muodostumiseen ja täten vaikuttavat muun muassa ravintoon ja liikuntaan liittyvien valintojen tekemiseen (Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 15–16). Näin ollen nämä sosioekonomiset terveyserot ovat epäoikeudenmukaisia ja tarpeettomia. Lisäksi voidaan

nähdä, että ne loukkaavat ihmisoikeutta terveyteen. (Whitehead, Povall & Loring 2014, 2–3.)

Sosioekonomisen aseman moninaisuuden vuoksi on haastavaa tunnistaa juuri ne tekijät, jotka ovat yhteydessä yksilön terveyden edistämisen mahdollisuuksiin ja siinä tehtäviin valintoihin. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi arjen kulttuuri ja perinteet sekä mainonta ja tiedotusvälineet (Koivusilta 2011, 130–131; Marmot & Wilkinson 2005, 120). Lisäksi haasteita luo se, miten sosioekonomisen aseman luomat terveysvaikutukset voidaan erottaa perinteisemmistä terveyden määrittäjistä, kuten biologiasta ja psykologiasta (Lahelma & Rahkonen 2017, 19).

Tutkielmani perustuu ajatukseen siitä, miten heikomman sosioekonomisen aseman omaavalla on keskimääräisesti enemmän haasteita hyvinvoinnin eri osa-alueilla (Maunu 2014, 23) ja näin ollen myös terveysvalintojen tekemisessä ravinnon ja liikunnan näkökulmista. Samaan aikaan on otettava huomioon, että alemman sosioekonomisen aseman omaavat yksilöt ovat alttiimpia erilaisille terveysriskeille, joita epäterveellinen ravinto ja vähäinen liikunta luovat (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 189). Nämä edellä mainitut tekijät kuuluvat merkittävimpiin sairauksien riskitekijöihin päihteiden käytön ja ylipainon ohella. Ne altistavat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksille, diabetekselle, tuki- ja liikuntaelinvaikeuksille sekä mielenterveysongelmille. (Kauhanen ym. 2013c, 88–91.)

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen terveysvalintoja tarkastelemalla vaatii lisää tietämystä terveyserojen syistä ja terveyskäyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä (Koivusilta 2011, 125; Lahelma & Rahkonen 2017, 38). Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on luoda monipuolinen käsitys siitä, millä tavalla yksilön sosioekonominen asema määrittää yksilön terveysvalintojen toteuttamista ravinnon ja liikunnan näkökulmista. Sosioekonomisen aseman yhteyttä terveysvalintojen tekoon, kuten terveyden edistämiseen liittyviin valintoihin, on enimmäkseen tarkasteltu selkeämpien indikaattorien, kuten tupakoinnin ja alkoholin käytön näkökulmista. Näin ollen koin mielekkäämpänä tarkastella terveysvalintoja ravinnolle ja liikunnalle annettavien merkitysten kautta. Lisäksi koen, että ravinto ja liikunta yhdessä vaikuttavat toisiinsa erityisesti yksilön terveyden edistämisen toiminnassa.

Työn tarkoituksena on korostaa yksilön ravintoon ja liikuntaan liittyvien terveystalintojen sosioekonomista sidoksisuutta ja sitä, miten laajasti se terveyden edistämisen mahdollisuuksiin vaikuttaa niin ulkoisista yhteiskunnallisista tekijöistä kuin yksilön sisäisistä lähtökohdista kuvaten. Tarkastelen sosioekonomisen aseman kolmea keskeisintä osaluetta: koulutustasoa, ammattiasemaa sekä tulotasoa. Keskityn tarkastelussani suomalaisiin työkäisiin henkilöihin.

2 SOSIOEKONOMINEN ASEMA

2.1 Sosioekonominen asema käsitteenä

Sosioekonominen asema on yksi voimakkaimmista terveyden sosiaalisista determinanteista ja se kuvaa yksilön suhteellista asemaa yhteiskunnan sosiaalisessa rakenteessa (Brunner & Marmot 2006, 10; Lynch, Kaplan & Shema 1997, 1889). Se koostuu hyvinvointia rakentavista voimavaroista, joita hyödynnetään terveyden edistämisen toiminna. Sosioekonominen asema peilaa yhteiskunnan rakenteiden vaikutteita esimerkiksi yksilön taloudellisiin, sosiaalisiin ja henkisiin tekijöihin, kuten koulukseen. (Palosuo ym. 2006, 154.)

Sosioekonomisen aseman ydin koostuu koulutuksesta, ammattiasemasta ja tuloista (Lahelma & Rahkonen 2011, 48). Lisäksi sosioekonomista asemaa määrittävät asuminen, varallisuus sekä läheisten sosiaalinen asema (Lahelma & Rahkonen 2017, 29). Nämä edellä mainitut tekijät korreloivat keskenään ja luovat pohjan yksilön terveyden edistämisen mahdollisuuksille modernissa yhteiskunnassa (Lahelma & Rahkonen 2011, 48–49; Lynch, Kaplan & Shema 1997, 1894–1895). Lisäksi sosioekonomisen aseman vuoksi terveys jakautuu väestössä epätasaisesti luoden korkeamman sairastavuuden matalamman sosioekonomisen aseman omaaville (Marmot 2004, 23).

Yksilön päätymistä tiettyyn sosioekonomiseen ryhmään voidaan perustella monella tavalla. Jokaista perustelua yhdistää kuitenkin se, miten yksilö ei ole omalla toiminnallaan siitä päävastuussa. Näin ollen tiettyyn sosioekonomiseen asemaan päätymistä selitetään pitkälti olosuhteiden kautta, kuten valikoitumisella. (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajarvi 2016, 190.) Tällöin esimerkiksi jokin sosiaalinen tekijä, kuten vanhempien sosiaalinen asema voi periytyksen kautta luoda pohjan sosioekonomisen aseman muodostumiselle. Lisäksi lapsuuden ja aikuisuuden aineelliset elinolot voivat kausaaliyhteyden kautta vaikuttaa tiettyyn sosioekonomiseen ryhmään päätymiseen. (Macintyre 1997, 728–729.) Vastaavan kausaaliyhteyden voi luoda esimerkiksi terveystyötyminen, kuten päihteiden käyttö ja sen aiheuttamat haasteet esimerkiksi työmarkkinoilla. Vastaavasti itse terveys tai terveyspalvelujen käytön mahdollisuudet voivat vaikuttaa valikoitumiseen, jos jokin terveyden osa-alue, kuten vammaisuus alentaa koulutuksen tai työn mahdollisuuksia. (Lahelma & Rahkonen 2017, 30–31.)

2.2 Sosioekonomisen aseman määrittäjät

Sosioekonomisen aseman osa-alueista koulutus on suhteellisen pysyvä determinantti, joka voidaan määrittää jokaiselle henkilölle esimerkiksi sukupuolesta ja ammattiasemasta riippumatta (Lahelma & Rahkonen 2017, 27). Pysyvyydellä tarkoitetaan sitä, miten yksilön koulutus saavutetaan usein jo varhaisessa aikuisuudessa ja se ei vaihtele muiden sosioekonomisen aseman määrittäjien tavoin jatkuvasti elämän aikana (Kauhanen ym. 2013b, 266; Lahelma & Rahkonen 2011, 47). Koulutustasoa voidaan mitata esimerkiksi opiskeluvuosien tai koulutusasteen kautta ja näiden kautta se osoittaa yksilön terveydellistä pääomaa (Lahelma & Rahkonen 2011, 47; Mäkinen, Borodulin, Laatikainen, Fogelholm & Prättälä 2009, 190). Näin ollen koulutus lisää tietotasoa ja käytännön työvälineitä terveyttä edistävän elämäntyylin saavuttamiselle (Lehto, Konttinen, Jousilahti & Haukkala 2013, 557). Koulutusta tarkastellessa on kuitenkin huomioitava, ettei koulutus vuosina kerro esimerkiksi sen laadusta tai sosiaalisesta arvostuksesta. Tämä on yksi syy, minkä vuoksi sosioekonomista asemaa on hyvä tarkastella yhdessä muiden sen päädeterminanttien kanssa. (Mäkinen 2010, 19.)

Sosioekonomisen aseman ulottuvuuksista ammattiasema liittyy selkeimmin yksilön yhteiskunnan rakenteisiin ja se kuvaa laajimmin terveyden edistämiseen liittyviä asenteita ja uskomuksia (Lahelma & Rahkonen 2017, 28; Mäkinen ym. 2009, 190). Ammattiasema osoittautuu esimerkiksi työolojen ja työorganisaatiossa sijoittumisen kautta ja näin ollen luo pohjan yksilön varallisuudelle ja asumiselle (Lahelma & Rahkonen 2017, 28–29). Lisäksi ammattiasema perustuu ammattien luokitteluun muuttuen ajassa. Ammattiasemaa luokitellaan usein esimerkiksi ylempien ja alempien toimihenkilöiden, työntekijöiden ja yrittäjien kesken. Näin ollen koulutustason tavoin ammattiasema ei luokittele työelämän ulkopuolella olevia henkilöitä. (Lahelma & Rahkonen 2011, 47.) Vastaavasti työmarkkina-aseamalla viitataan koulutuksen ja ammatin luomaan asemaan, joka vaikuttaa esimerkiksi työttömäksi joutumisen todennäköisyyteen työmarkkinoilla (Koivusilta 2012, 326).

Sosioekonomista asemaa tarkastellessa tulotaso kuvaa yksilön sosiaalis-taloudellisia näkemyksiä ja kulutusvoimaa (Mäkinen ym. 2009, 190). Yksilön tulot koostuvat pääasiassa palkkatuloista, mutta myös esimerkiksi tulonsiirroista, eläkkeestä tai erilaisista lisistä (Loman 2015, 15). Tulotaso määritellään yleensä ruokakunnan käytettävissä olevista tuloista

kulutusyksikköä kohti verojen vähennyksen ja tulonsiirtojen lisäämisen jälkeen. Näin ollen tulotason arviointi vaatii tarkastelun mahdollistamiseksi esimerkiksi luotettavia rekisteritietoja. (Lahelma & Rahkonen 2017, 28.) Tulotaso määrittelee yksilön aineellisen vaurauden ja on näin ollen suoraan yhteydessä esimerkiksi elintason ja -ympäristön muovautumiselle (Laaksonen 2011, 177).

2.3 Sosioekonomiset terveyserot

Sosioekonomiset terveyserot ovat sosioekonomisen aseman luomien terveyteen vaikuttavien tekijöiden epätasaisesta jakautumisesta, epäterveellisistä elinolosuhteista sekä näiden aiheuttamista terveyskäyttäytymisen eroista johtuvia eroavaisuuksia (Whitehead, Povall & Loring 2014, 3). Terveyserot koostuvat yksilön terveysvalintojen lisäksi myös sellaisista yhteiskunnallisista valinnoista, joilla vaikutetaan yksilöiden terveysvalintojen toteutumiseen ja mahdollistamiseen (Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 4). Sosioekonomiset erot luovat yhteiskuntaan terveyseroja, jotka muodostuvat kuolleisuuden, sairastavuuden, sairauksien riskitekijöiden sekä toimintakyvyn eroista (Palosuo ym. 2006, 154).

Sosioekonomisten terveyserojen kasvu luo terveysvalintoihin ja näin ollen myös terveyden edistämisen mahdollisuuksiin liittyvää eriarvoisuutta, joiden syyt eivät ole yksiselitteisiä (Lahelma & Rahkonen 2017, 37–38). Erojen taustalta voidaan löytää esimerkiksi vuorovaikutteisia tekijöitä, joista keskeisimpiä ovat kroonisiin sairauksiin johtavat epäterveelliset elintavat (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 189). Lisäksi terveyserojen kasvua voidaan perustella sosiaalisilla, taloudellisilla, kulttuurisilla ja psykologisilla tekijöillä, jotka ovat muuttaneet kokonaisvaltaisesti suomalaisten elinolosuhteita suotuisimmiksi terveyserojen kasvulle (Laaksonen & Silventoinen 2011, 20–22). Voidaan tulkita, että sosioekonomiset terveyserot johtuvat sosiaalisesta epätasa-arvosta tai muista yhteiskunnallisista tekijöistä ja näin ollen ne ovat epäeettisiä ja epäoikeudenmukaisia (Kauhanen ym. 2013b, 268; Whitehead, Povall & Loring 2014, 3). Terveyserojen epäeettisyyttä korostavat juuri niiden korjattavuus ja se, etteivät ne johdu esimerkiksi yksilöiden välisistä biologisista eroista (Kauhanen ym. 2013b, 268).

Kansanterveyden näkökulmasta yksilön sosioekonominen asema ja sen rajoittamat terveysvalintojen toteuttamisen erot luovat myös koko yhteiskunnalliseen kenttään epätasa-

arvoa. Koska sosioekonomisen aseman luoma terveyden eriarvoisuus johtuu moninaisista yhteiskuntaan juurtuneista sosiaalisista rakenteista, on sen muuttaminen hidasta. (Lahelma & Rahkonen 2011, 44–45; Lynch & Kaplan 2000, 13–14.) Erojen taustalla ovat esimerkiksi elintapaerot, epätasainen tulonjako sekä terveydenhuollon epätasa-arvoinen toiminta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Toisaalta on myös huomioitava, että heikko terveys voi altistaa yksilön heikompaan sosioekonomiseen asemaan joutumiselle, kuten elinolojen heikentymiselle sekä työttömyydelle (Brunner & Marmot 2004, 11).

Sosioekonomisten terveyserojen luomaa kuilua terveyttä edistävien valintojen mahdollisuuksissa on pyritty kaventamaan niin terveystaloudella kuin terveystutkimuksilla (Karvonen & Sihto 2017, 64). Terveysvalintojen toteuttamisen mahdollistajana toimivat kansanterveystalouden (1972/66) luomat lähtökohdat. Näitä lähtökohtia ovat esimerkiksi aikuisten huono terveys ja avoterveydenhuollon riittämättömyys, joihin puututtiin lain myötä esimerkiksi terveyskasvatuksen keinoin. Kansanterveystaloudella uudistettiin vuonna 2006, jonka jälkeen kuntien tuli tähdentää terveyden edistämisen mahdollisuuksiaan sekä terveysneuvonnan ja -tarkastuksien laatua sekä määrää. 1970-luvulla toteutettiin myös muita esimerkiksi verotukseen vaikuttavia lakimuutoksia, joilla on edelleen vaikutusta yksilöiden ekonomisiin mahdollisuuksiin edistää omaa terveyttään valintojensa kautta. (Melkas 2011, 47, 50.) Lisäksi terveydenhuoltolaki (1326/2010) sitoo kunnat huomioimaan terveydessä havaittavat erot ja niihin vaikuttavat tekijät (Rotko, Hannikainen-Ingman, Murto, Kauppinen & Mustonen 2014, 92).

Sosioekonomisten terveyserojen kasvua on selitetty esimerkiksi uusliberalistisella talouspolitiikalla ja tästä johtuneella heikentyneellä pienituloisten sosiaalisella asemalla (Melkas 2013, 191). Tämän vuoksi terveyttä edistäviä valintoja on pyritty tukemaan myös konkreettisilla yhteiskunnan toimilla, jotka tukevat sosioekonomisten terveyserojen kaventamista sekä helpottavat terveellisten elintapojen noudattamista. Tällaista toimintaa ovat Karvosen & Sihton (2017, 57, 65) mukaan esimerkiksi terveyden edistämistä tukevien elinolojen kehittäminen yhteiskunnan toimesta. Nämä toimet voidaan nähdä pyrkimyksinä edistää esimerkiksi yksilöiden terveyteen liittyvää toimijuutta. Tämä voi tapahtua esimerkiksi heidän terveyteensä vaikuttavan kulttuurisen pääoman, kuten arvojen, normien ja tietojen kasvattamisella. (Karvonen & Sihto 2017, 57, 65.) Näin ollen voidaan todeta, että sosioekonomisten erojen huomioiminen yksilöiden terveyden toimijuuden kehityksessä tukee edellä mainittuja kansanterveydellisiä tavoitteita.

Sosioekonomisia terveyseroja on pyritty kaventamaan myös lukuisilla kansanterveysohjelmilla ja terveysvalintojen tekemiseen liittyvän eriarvoisuuden kaventamispyrkimykset on sisälletty lukuisiin hallitusohjelmiin sekä hankkeisiin (Rimpelä 2011, 17; Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 18–19). Suomessa terveyttä edistävien valintojen lisääminen perustuu WHO:n Terveyttä Kaikille -ohjelman tarjoamiin toimintalinjoihin, kuten terveyttä edistävään yhteiskuntapolitiikkaan sekä yksilöllisten taitojen kehittämiseen. Ohjelma loi terveyden edistämiseksi selkeät toimintalinjat liittyen esimerkiksi terveyttä tukevien ympäristöjen luomistarpeeseen sekä yhteisöllisen toiminnan vahvistamiseen. (Rimpelä 2011, 17.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kansalliset sosioekonomisten terveyserojen kaventamistoimet perustuvat esimerkiksi TEROKA-hankeeseen (2004–2012), jonka tuloksena on todettu toimien tehokkuuden olevan parhaillaan silloin, kun ne sisällytetään paikallisiin ja alueellisiin strategioihin legitimitetin ja käytännöllisyyden takaamiseksi (Finnish Institute for Health and Welfare 2015).

Lisäksi sosioekonomisten terveyserojen kaventamistyön voidaan nähdä Suomessa perustuvan Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ja Terveys 2015 -ohjelmiin. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman yhtenä keskeisimmistä tavoitteista oli tasoittaa juuri terveyden jakautumista väestössä. (Palosuo 2006, 155; Sosiaali- ja terveysministeriö 1986 mukaan.) Vastaavasti 2000-luvun alussa hyväksytyyn Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena oli vähentää eriarvoisuutta ja kasvattaa heikommassa asemassa olevien hyvinvointia ja suhteellista asemaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Vastaavia tavoitteita pyrittiin saavuttamaan esimerkiksi Kansallisella terveyserojen kaventamisohjelmalla vuosina 2008–2011, jossa painopiste oli juuri terveellisten elintapavalintojen edistämässä (Palosuo 2016; Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 5). Kuitenkin Rotkon, Ahon, Mustosen ja Linnanmäen (2011, 3) mukaan sosioekonomisten terveyserojen tasaamispyrkimykset ovat ontuneet esimerkiksi yleistasoisen tavoitteenasettelun sekä heikon resursoinnin vuoksi ja näin ollen ne ovat jatkaneet kasvuaan.

3 SOSIOEKONOMISEN ASEMAN YHTEYS YKSILÖN TERVEYSVALINTOIHIN

3.1 Terveysteen liittyvien valintojen mahdollisuudet

Yksilön terveys ja sen edistäminen on yhteiskunnallinen ilmiö. Terveysteen yhteiskunnallisuus ilmentyy esimerkiksi siinä, miten sosioekonominen asema määrittää yksilön terveydentilaa ja hyvinvointia. Sosioekonomisen aseman lisäksi yksilön terveyttä määrittävät suomalaisessa yhteiskunnassa esimerkiksi ikä, sukupuoli ja etninen tausta. (Karvonen, Kestilä & Mäki-Opas 2017, 9.) Yksilön terveysvalintoja pidetään usein henkilökohtaisen toiminnan tuloksena. Terveysteen edistäminen on kuitenkin laaja moninaisten tekijöiden kokonaisuus, joka perustuu yksilön oman toiminnan kautta yhteiskunnan, kuten kuntien, tarjoamiin mahdollisuuksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a.) Loman (2015, 16) on todennut Sjöströmiin ym. (2004) viitaten, että suurin osa työkäisistä antaa terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn vaikuttavista valinnoista juuri suurimman painoarvon ravinnolle ja liikunnalle. Yksilö voi toteuttaa terveyteen vaikuttavia valintoja ravinnon ja liikunnan ohella myös muilla elämän osa-alueilla, esimerkiksi päihde- ja nukkumiskäyttäytymisen kautta.

Terveystessä tehtävät valinnat toimivat elintapojen keskeisenä tekijänä ja niiden toteutuminen perustuu elämänarvoihin, kuten kiinnostukseen, haluihin ja arvoihin (Abel, Cockerham & Niemann 2000, 59–60). Terveystevalinnalla voidaan Max Weberin määrittelyn mukaan viitata valintojen tekemisen mahdollisuuteen, joka pohjautuu rakenteellisiin olosuhteisiin. Rakenteellisilla olosuhteilla viitataan pääosin sosioekonomisen aseman luomiin tekijöihin, kuten tulotasoon ja omaisuuteen. (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 165.) Rakenteellisilla tekijöillä voi kuitenkin olla sosioekonomisen aseman mukaan erilaisia merkityksiä. Esimerkiksi korkeammassa asemassa oleville ne voivat antaa terveysvalintoihin liittyviä mahdollisuuksia ja matalassa asemassa oleville ne voivat päinvastoin toimia rajoituksina. (Palosuo 2016; Vallgård 2006, 773–774.) Valintojen tarkastelussa on myös huomioitava, että sosioekonomisen aseman ohella niihin vaikuttavat myös esimerkiksi sosiaaliset verkostot ja vallitsevat normit (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 265).

Vastaavasti Pierre Bourdieu on määritellyt terveystalinnan käsitettä habituksella, jolla viitataan yksilön toimintataipumusten kokonaisuutta. Tällä tarkoitetaan käytännössä sitä, että esimerkiksi aikaisempi ja nykyinen sosioekonominen asema ovat muokanneet yksilön habitusta ja tämän kautta asettaneet rajat myös valintojen toteuttamiselle. Tällöin habitus luo yksilölle elämäntavan, joka osoittautuu juuri esimerkiksi ravinnossa ja liikunnassa tehtävien valintojen kautta. (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 266, Purhonen ym. 2014a mukaan.)

Sosioekonomisen aseman luomia terveyttä edistävien valintojen resursseja ovat esimerkiksi omaisuuden ja tiedon määrä sekä valtaresurssit ja arvostus. Nämä edellä mainitut aineelliset ja henkiset voimavarat määrittävät konkreettiset puitteet ravinnon ja liikunnan valinnoille. (Lahelma & Rahkonen 2011, 44–45.) Näin ollen sosioekonominen asema määrittää pääulottuvuuksiensa: koulutuksen, ammattiaseman ja tulotason kautta yksilön terveyttä. Mitä korkeampi sosioekonominen asema yksilöllä on, sitä tehokkaammin se itsessään edistää terveyttä ja toimintakykyä sekä lisää terveystalintojen tekemisen mahdollisuuksia. Vastaavasti Koivusillan (2011, 126) mukaan nämä tekijät tarjoavat yksilölle henkisiä voimavaroja, jotka toimivat terveyden edistämisen tukena. Näiden voimavarojen avulla luodaan mahdollisuuksia positiiviselle terveystalintäytymiselle sekä positiivisen terveystalintäytymisen juurtumiselle.

Yksilö tekee päivittäisiä valintoja ravintoon ja liikuntaan liittyen. Nämä valinnat voivat olla rationaalisia tai tunneperäisiä ja ne voidaan toteuttaa tietoisesti tai tiedostamatta. (Moilanen, Pietilä & Kangasniemi 2015, 268.) Terveystalinnat ovat pitkälti sosiaalisesti rakentuneita käyttäytymismalleja, jotka kuvaavat yksilön tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Näin ollen esimerkiksi yksilön terveyttä edistävillä valinnoilla tarkoitetaan arvoihin perustuvaa toimintaa oman terveyden ja hyvinvoinnin kerryttämiseksi. (Koivusilta 2012, 321–322; Maunu 2014, 29.) Tällöin valinnat toimivat esimerkiksi terveyden suojelua ja sairauksien ennaltaehkäisyä varten välillisesti tai välittömästi (Moilanen, Pietilä & Kangasniemi 2015, 268; Suomen Lääkäriliitto 2019).

Yksilön tekemät terveystalinnat ovat aina sidoksissa elinoloihin ja niiden tarjoamiin toimintamahdollisuuksiin sekä resursseihin (Katainen & Maunu 2017, 152–153). Suomalaisten elintapojen taustalla ovat yhteiskunnallisten ja rakenteellisten tekijöiden lisäksi myös sosioekonomisen aseman luoma identiteetti, arvomaailma, asenteet ja

kulttuuri. Nämä tekijät luovat yksilön elämäntyylin, jonka kautta ilmennetään omaa yhteiskunnallista asemaa ja siellä olevaa sosiaaliryhmää. (Karvonen, Kestilä & Mäki-Opas 2017, 11.) Tätä ajatusta tukien Cockerham (2010, 159–160) on todennut, että elämäntyyli koostuu sosioekonomisen aseman tarjoamien vaihtoehtojen, kuten resurssien mahdollisuuksista, joita ravinnon ja liikunnan valinnoissa voidaan hyödyntää. Elämäntyylin lisäksi yksilön terveyden edistämisen perustekijöinä voidaan pitää ympäristöä, terveyspalveluja sekä terveyteen liittyvää tutkimustietoa (Rimpelä 2011, 17).

Yksilön ravintoon ja liikuntaan liittyvät valinnat luovat pohjan terveyskäyttäytymiselle ja näin ollen mahdollistavat terveyden edistämisen toimia (Loman 2015, 15). Sosioekonominen asema vaikuttaa yksilön terveystyytymiseen esimerkiksi ajatusten, päätöksenteon ja itse toiminnan kautta. Yksilön tekemät terveyteen liittyvät valinnat pohjautuvat yhteiskunnan rakenteisiin ja näin ollen yksilön terveyteen liittyvä päätöksenteko on osin rajattua. (Cockerham 2010, 162, 175, 178; Sibeonin 2004 mukaan.) Yhteiskunnan rakenteet tarjoavat yksilöille ravintoon ja liikuntaan liittyviä terveyden edistämisen mahdollisuuksia tai päinvastoin vähentävät niitä. Tällaisia mahdollisuuksia ovat esimerkiksi toimeentulo, koulutus, työsuhde, yhteiskunnalliset vaikutusmahdollisuudet sekä terveyspalveluihin pääsy. (Kauhanen ym. 2013b, 273.)

Lisäksi yhteiskunta tarjoaa terveystiedon, -informaatiota sekä -neuvontaa erityisesti ravinnon ja liikunnan näkökulmista. Terveystiedon toteuttaminen on kuntien vastuulla ja sitä valvoo Suomen sosiaali- ja terveysministeriö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b.) Yksilön matala sosioekonominen asema on yhteydessä heikkoon terveyden lukutaitoon, joka altistaa terveyttä haittaavien valintojen tekemiselle (Nutbeam 2008, 2072–73; von Wagner, Steptoe, Wolf & Wardle 2009, 860–861). Erityisesti terveystiedon lukutaidolla tarkoitetaan juuri sitä, miten yksilö kykenee tulkitsemaan terveystiedon arkielämän ympäristöissä (Niemelä, Eriksson-Backa & Huotari 2012, 126). Terveystiedon näkökulmasta yksilön koulutustason korkeus on yhteydessä siihen, miten terveystiedon tulkitaan ja arvioidaan (Nutbeam 2008, 2073).

Yksilön koulutustaso vaikuttaa terveystiedon toteuttamiseen itse tiedon määrän ja aiemmin esimerkiksi kouluaikoina omaksuttujen asenteiden kautta (Koivusilta 2012, 338, Lynch & Kaplan 2000 mukaan). Näin ollen koulutus muodostaa yksilön terveyttä edistäville valinnoille tarvittavia tietoja ja asenteita (Loman 2015, 14–15). Esimerkiksi vain

peruskoulutuksen saaneilla on Martelinin ym. (2012, 204) mukaan keskimäärin enemmän terveyden ja toimintakyvyn ongelmia verrattaessa korkea-asteen koulutuksen saaneisiin. Yksilön matalampi koulutustausta voi näyttäytyä myös siten, että terveyden edistäminen nähdään enemmän sattuman tuloksena ja tällöin tulevaisuudenusko on matalampi vähentäen terveysvalintoihin liittyvää motivaatiota (Mäki-Opas ym. 2017, 53). Samaan aikaan korkea-asteen koulutuksen saaneilla esimerkiksi päivittäinen kasvisten syönti sekä liikunnan harrastaminen vapaa-ajalla on yleisempää. Vastaavasti lihavuus on molemmilla sukupuolilla tällöin harvinaista, joka tukee terveyttä edistävien valintojen toteuttamista. (Martelin ym. 2012, 204).

Sosioekonomisen aseman ulottuvuuksista ammattiasema vaikuttaa terveysvalintoihin varsinkin työ- ja elinolojen kautta. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi työn rasittavuus, työjärjestelyt sekä asumiseen liittyvät tekijät, kuten asumisen muoto. Nämä tekijät luovat mahdollisuuksia sille, millaista ravintoon ja liikuntaan liittyvä terveyskäyttäytyminen on yksilön halusta riippumatta. (Lahelma & Rahkonen 2011, 47.) Cockerhamin (2010, 172) mukaan ammattiasema luo usein tietyille sosioekonomiselle asemalle tyypillisiä vertaisia yksilön työympäristöön, jotka jakavat vastaavia arvoja ja normeja terveysvalinnoille.

Samaan aikaan on huomioitava, että ammattiasema voi myös rajoittaa terveyden edistämistä ja altistaa sitä haittaaville tekijöille (Lahelma & Rahkonen 2017, 28). Esimerkiksi kahta kolmasosaa suomalaisista työssä käyvistä haittaa jokin työympäristön tekijä, kuten melu, kylmyys, kuumuus tai pöly. Fyysistä kuormitusta ja työympäristön haittatekijöitä koetaan eniten teollisuus-, maatalous- ja rakennusaloilla. (Kauppinen 2012, 41, 43.) Ammattiaseman tarjoama arvostuksen kokemus sekä työtehtävien laatu vaikuttavat siihen, kuinka paljon yksilö uskoo mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omaan terveyteensä valintojen kautta (Koivusilta 2017; 130; Marmot ym. 2006, 120). Näin ollen ammattiasema luo koulutuksen kanssa pohjan yksilön terveyden edistämisen elämäntyylille ja täten myös terveysvalinnoille (Cockerham 2010, 172).

Tulotaso ilmentää sosioekonomista asemaa luomalla terveysvalintojen tekemiselle taloudellisia ja aineellisia resursseja (Lahelma & Rahkonen 2017, 48). Se luo puitteet yksilön elinympäristön muovautumiselle ja sille, kuinka tehokkaasti yksilö voi ravintoon ja liikuntaan liittyviä valintoja terveyden edistämiseksi hyödyntää (Cockerham 2010, 169). Tulot määrittävät yksilön terveyden edistämisen mahdollisuuksia esimerkiksi tietynlaisten

harrastus-, liikunta- sekä ravintotottumuksien kautta. Lisäksi hyvät tulot voivat lisätä yksilön tietoisuutta omasta hyväosaisuudestaan ja näin ollen lisätä terveellisten valintojen tekemistä. Vastaavasti nämä tekijät vaikuttavat terveyden edistämisen motivaatioon ja luovat resursseja siihen liittyvälle konkreettiselle toiminnalle. (Laaksonen 2011, 189.)

Yksilöillä on myös tiedostamaton tavoite kokea yhteenkuuluvuutta oman toiminnan kautta oman sosioekonomisen ryhmänsä kanssa. Näin ollen on mielenkiintoista tarkastella sitä, millaisia merkityksiä yksilö terveelliselle ravinnolle ja liikunnalle antaa, ja millaiset tekijät pitävät niitä yllä. (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 198.) Esimerkiksi Cockerhamin (2010, 169) mukaan matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt yhdistävät terveyden edistämisen helpommin työssä käymisen mahdollisuuden ylläpitoon ja vastaavasti korkeammassa asemassa olevat liittyvät sen useammin kokonaisvaltaiseen elinvoimaisuuteen. Samaan aikaan terveysvalintojen toteuttamiseen vaikuttaa se, miten eri sosioekonomisissa ryhmissä on erilaisia käsityksiä valintojen todellisista terveysvaikutuksista tai siitä, kuinka omaa terveyttä voidaan kontrolloida (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 268–267).

3.2 Ravintoon liittyvät valinnat

Sosioekonomisen aseman yhteys ravintoon ja sen terveellisyyteen ei ole yksiselitteinen (Laaksonen 2011, 192). Samoin kuin terveyden edistämisen vastuu, myös syöminen on yksilöllistynyt vaikuttaen terveyden edistämisenäkökulmassa tehtäviin valintoihin (Jallinoja & Mäkelä 2017, 165). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (2019b) suomalaisten ruokatottumuksissa on suuria yksilöllisiä eroja. Kaikki terveelliset ruokavaihtoehdot eivät ole kalliimpia kuin epäterveelliset ja näin ollen ravinnossa vallitsevia sosiaalisia eroja ei voida selittää suoraan esimerkiksi niihin käytettävien resurssien kautta (Laaksonen 2011, 192). Mustajoen (2015, 1351) mukaan syöminen valinnat ovat yleisesti tiedostamattomasti tehtyjä ja niiden voidaan nähdä perustuvan osittain terveyttä edistäviin tavoitteisiin (Ovaskainen ym. 2015, 4). Terveyttä edistävät ruokavalinnat ennaltaehkäisevät kansanterveydellisesti merkittävien sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, 2-tyypin diabeteksen sekä syöpien todennäköisyyttä (218, 224, 226–227).

Jallinoja ja Mäkelä (2017, 158) korostavat, että yksilön ruokavalinnat toteutetaan omaa sosioekonomista asemaa osoittaen. Yksilöiden ruokavalinnat koostuvat pitkälti arkielämän

tottumusten rutiineista, joihin sosioekonominen asema vaikuttaa (Jallinoja & Mäkelä 2017, 163). Lisäksi terveellisten ruokavalintojen toteuttaminen vaatii niitä tukevan ruokaympäristön (Ovaskainen ym. 2015, 4). Modernissa suomalaisessa yhteiskunnassa yksilön tekemiä ruokavalintoja määrittävät esimerkiksi hinnat, kaupan säätely, markkinointi sekä kausittainen saatavuus (Loman 2015, 18). Näitä tekijöitä tukien valintoihin vaikuttavat myös ruokaympäristöjen muutokset, kuten ruokien vaihtelevuuden lisääntyminen sekä ruokien suurempi näkyvyys (Mustajoki 2015, 1345). Lisäksi Loman (2015, 18–19) on todennut Coxiin ja Andersoniin (2004) viitaten, että ruoan valintaan vaikuttavat esimerkiksi psykososiaaliset tekijät, kuten siviilisäätö sekä ruoan tuttuus ja siihen liittyvät motiivit.

Mustajoki (2015, 1349) korostaa, että sosioekonomisen aseman määrittämät syömisen ulkoiset yllykkeet vaikuttavat valintoihin sisäisiä yllykkeitä, kuten fysiologista nälkää enemmän. Terveyttä edistävien valintojen tekeminen vaatii yksilön toiminnan motivoituneisuutta, tavoitteiden asettelua sekä rutiininomaisten tapojen luomista (Jauho 2016, 41). Yksilön sosioekonomisen aseman merkitys ravinnossa tehtävään valintaan korostuu siinä, miten valinta rajautuu sen helppouden, valinnanmahdollisuuksien sekä edullisuuden kautta (Mustajoki 2015, 1346). Esimerkiksi tulojen ollessa korkeampia myös kasvien ja hedelmien valinnat yleistyvät (Roos ym. 2008, 823). Lisäksi Sihto (2016) on todennut, että matalassa sosioekonomisessa asemassa yksilö voi joutua tyytymään edullisempaan ja epäterveellisempään vaihtoehtoon siitä huolimatta, että on hyväksynyt tietoisesti terveellisen vaihtoehdon olemassaolon.

Purhosen ja työryhmän (2014) mukaan ravinnossa tehtävät valinnat voidaan tunnistaa erilaisiin luokkiin sosioekonomisen aseman kautta. Matalampi koulutustaso voidaan nähdä olevan yhteydessä raskaaseen ja lihaa suosivaan ruokavalioon ja korkeampi koulutustaso kevyempään ruokavalioon. (Jallinoja & Mäkelä 2017, 162.) Samaan aikaan matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat ovat myös keskimääräisesti hitaampia omaksumaan uusia ruokatottumuksia, jonka seurauksena perinteisten ruokien, kuten maitotaloustuotteiden, lihan ja perunoiden käyttö säilyy tottumuksissa pidempään (Prättälä ym. 2009, 2181).

Suomen ravitsemusneuvottelukunta on laatinut yksilöiden käyttöön kansallisia ravitsemussuosituksia, jotka pohjautuvat Pohjoismaiden suosituksiin. Näiden ravitsemussuosituksien mukaan terveysvalinnoiksi suositellaan runsasta vihannesten,

hedelmien ja marjojen käyttöä sekä esimerkiksi kuitupitoista ravintoa. (Kauhanen ym. 2013a, 218–220.) Yksilön sosioekonomisen aseman ulottuvuuksista erityisesti koulutustaso luo puitteet sille, miten näitä suosituksia tulkitaan. Korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt syövät keskimääräisesti enemmän ravitsemussuosittelun mukaisesti. (Kauhanen ym. 2013a, 218–219, 229.) Esimerkiksi korkea sosioekonominen asema on useissa tutkimuksissa yhdistetty suurempaan hedelmien ja vihannesten kulutukseen (ks. esim. Giskes, Avendano, Brug & Kunst 2009, 418; Konttinen 2012, 35).

Cockerhamin (2010, 169) mukaan sosioekonomisen aseman luomat olosuhteet määrittelevät sen, kuinka tehokkaasti ravintoon liittyviä terveysvalintoja voidaan toteuttaa. Alemman sosioekonomisen aseman luomat elinolot, kuten köyhyys ja niukkuus voivat epäsuorasti vaikuttaa yksilön ravinnon valintoihin pitkäaikaisella tarkastelulla (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 191). Erityisesti matalapalkkaisuus on yhteydessä siihen, että terveelliset ruokavalinnat vaativat runsaasti siihen liittyvää tietoa, kiinnostusta sekä ajankäyttöä (Raijas 2017, 470). Samaan aikaan matalapalkkaisuuden voidaan nähdä olevan yhteydessä krooniseen stressiin, joka altistaa terveyttä kuormittavalla käyttäytymiselle, kuten liialliselle sokerin ja rasvan käytölle (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 191). Vaikka terveyttä edistävät ja kasviksia suosivat ruokavalinnat eivät ole kalliita, niiden toteuttaminen vaatii matalapalkkaiselta yksilöltä keskimääräisesti enemmän suunnittelua esimerkiksi edullisten ruokatarvikkeiden etsinnän kautta hankaloittaen tällaisten valintojen toteuttamista (Raijas 2017, 471).

Sosioekonomisten ryhmien tekemät ruokavalinnat peilaavat sitä, miten tarkoituksenmukaisesti valinnat tehdään, miten omia rahallisia resursseja kyetään hallitsemaan sekä millaista suoriutumiskykyä valintojen tekemiseen on muuttuvissa elämäntilanteissa (Cohen, Scribner & Farley 2000, 148–150). Tämä heijastuu esimerkiksi siinä, miten alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien henkilöiden voidaan nähdä olevan keskimääräisesti herkempiä epäterveellisten ruokavalintojen tekemiselle, kuten rasvaisten ja pikaruokien valitsemiselle (Konttinen 2012, 35; Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 191).

Maunun, Kataisen, Perälän ja Ojajärven (2016, 194) mukaan alemman sosioekonomisen aseman omaavien yksilöiden epäterveellisempiä ruokavalintoja voidaan perustella esimerkiksi sillä, miten yleisesti asioita arvostetaan enemmän niiden konkreettisuuden, eikä

esimerkiksi esteettisyyden kautta. Tämä perustuu ajatukseen siitä, miten matalamman sosioekonomisen aseman omaavat yksilöt mieltävät ravinnon enemmän fyysisen kehon polttoaineeksi ja tällöin sille annetaan vähemmän abstrakteja merkityksiä. Näin ollen ravinto on keskimääräistä useammin edullista ja kaloririkkaampaa. Näitä ajatuksia tukien myös Lennernäs ym. (1997, 12–13) ovat todenneet, että yksilön korkeampi sosioekonominen asema on yhteydessä siihen, kuinka suuri terveellisyydelle annettava arvo on ruokavalintoja tehdessä.

Erityisesti yksilön korkea koulutustaso voidaan nähdä tekijänä, joka kasvattaa ruokavalinnoille annettavaa arvoa (Konttinen 2012, 36). Vastaavasti Lennernäsin ym. (1997, 12–13) mukaan matalasti koulutetut yksilöt perustelevat ruokavalintojaan terveellisyyden sijasta hinnalla. Lisäksi matalammin koulutetut henkilöt valitsevat ruokavalioonsa herkemmin tuttuja tuotteita, jolloin terveyden edistämisen painoarvo vähenee (Konttinen 2012, 75; Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012, 182–183). Yksilön matala koulutusta voi luoda myös enemmän haasteita ruokavalinnoissa tehtäviin muutoksiin (Ovaskainen ym. 2012, 133, Lappalainen ym. 1998 mukaan).

Vastaavasti keskitasoisen sosioekonomisen aseman omaavien henkilöiden terveellisempiä ruokavalintoja voidaan perustella sillä, miten niiden avulla tahdotaan erottua matalamman aseman henkilöistä (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 194). Tätä näkemystä tukee ajatus siitä, miten yksilön sosioekonomisen aseman kautta syntynyt elämäntapa voidaan nähdä määrittäjänä sille, millaisen suhteen ruoan ja terveyden edistämisen välille syntyy. Ruoan valinta on kuitenkin yksi keino, jonka avulla yksilö samaistuu sosioekonomisen asemansa tarjoamaan yhteiskunnalliseen ryhmään. (Jallinoja & Mäkelä 2017, 160, 162.) Esimerkiksi Kataisen ja Maunun (2017, 153) mukaan epäterveellinen ruoka voi joissain sosioekonomisissa ryhmissä luoda myös positiivisia mieltymyksiä.

Työmarkkina-asemaa tarkasteltaessa esimerkiksi Jauhon (2016, 39) mukaan vaihtelevat työajat, kuten vuoro-, ilta- ja matkatyö hankaloittavat terveellisten ruokavalintojen tekemistä. Samaan aikaan hyvä työmarkkina-asema voi tarjota esimerkiksi tuetun hinnan ruokapalveluita sekä henkilöstöruokalan käytön, jotka edistävät terveyttä edistävien ruokavalintojen tekemistä (Ovaskainen ym. 2012, 138; Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012, 183). Ovaskainen ym. (2015, 4) toteavat myös, että henkilöstöravintoloiden tarjoamat terveelliset ruokavalinnat antavat mallia myös kotona tehtäville valinnoille. Lisäksi

työmarkkina-asemaa tarkastellessa on huomioitava se, miten työttömyys ja epävarmat työolot ovat yhteydessä terveyttä heikentäville ruokavalinnoille. Samoin muutokset työn luonteessa, kuten työn menettäminen voivat näkyä terveydelle haittaavina ravinnon valintoina. (Martikainen & Mäki 2011, 92–94.) Vastaavasti Ovaskaisen ym. (2012, 135) mukaan vähäisempi hedelmien ja marjojen käyttö voidaan nähdä olevan yhteydessä työttömyyteen.

Yksilön sosioekonominen asema vaikuttaa tulotason kautta myös ruoan hinnan kautta saatavuuteen, joka toimii terveyttä edistävien valintojen rajoittavana tekijänä (Kauhanen ym. 2013a, 229). Korkea tulotaso voidaan nähdä lisäävän myös ruokavalintoihin liittyvää painonhallinnan motiivia, jonka vuoksi suositaan terveellisimpiä valintoja (Konttinen 2012, 6). Matala sosioekonominen asema voidaan liittää myös siihen, miten terveellisiä ruokavalintoja pidetään virheellisesti epäterveellisiä kalliimpina ja tällöin niitä ei hyödynnetä (Jauho 2016, 48). Ruoan hinnat ja saatavuuden tekijät pohjautuvat kansalliseen ravinto- ja yhteiskuntapolitiikkaan, kuten normeihin, hintapolitiikkaan ja elintarvikevalvontaan. Nämä tekijät luovat pohjan sille, millaisia konkreettisia käyttömahdollisuuksia yksilöllä on ravintoon liittyen. (Kauhanen ym. 2013a, 229.) Ovaskainen ym. (2012, 136) ovat todenneet, että arkipäivien ruokavalinnat toteutetaan usein pitkälti kustannusperusteisesti. Samaan aikaan kuitenkin esimerkiksi kasvisten hinnan verohelpotuksista saadut säästöt suunnattiin FINRISKI 2007 -tutkimuksen mukaan muun muassa lihan kulutukseen, joka osoittaa kustannusperusteisuuden ja terveyttä edistävien ruokavalintojen epäjohdonmukaisuutta (Kotakorpi ym. 2011, 28).

Sosioekonomisen aseman voidaan nähdä olevan yhteydessä myös siihen, kuinka vastuuntuntoisesti yksilö ravinnon terveellisyyttään pohtii (Cockerham 2010, 170). Jallinoja & Mäkelä (2017, 162) ovat todenneet lanniouhun (2009) viitaten, että tämä johtaa ajatuksensa siitä, miten sosioekonominen asema määrittää ravintoon liittyvien ajatusten luomista. Vaikka korkeampi tulotaso mahdollistaa keskimääräisesti terveellisemmän ruokavalion, voidaan terveyttä edistämätön pikaruoka nähdä trendikkäänä ja esimerkiksi nuoruuden osoittimena. Näin ollen on huomioitava, ettei terveellisyyttäkään tavoitteleva ruokavalio perustu ainoastaan terveyden edistämiseen, vaan esimerkiksi sosiaalisen aseman osoittamiseen ja mielihyvään (Jallinoja & Mäkelä 2017, 163, 165; Purhonen ym. 2014a mukaan). Yksilön omalle terveydelle haitalliset ruokavalinnat voivat tietyissä sosiaalisissa olosuhteissa saada hyvinkin positiivisia merkityksiä. Yksilö kuitenkin pyrkii

samaistumaan siihen sosioekonomiseen ryhmään, johon hän voi identifioitua. (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 193.)

Lisäksi on huomioitava, että korkeamman sosioekonomisen aseman ja erityisesti korkeamman koulutustason omaavat henkilöt ovat herkempiä omaksumaan modernissa yhteiskunnassa vallitsevia uusia trendejä, kuten matalan kolesterolin tai rasvapitoisuuden ruokavalioita (Cockerham 2010, 170). Modernin suomalaisen ruokakulttuurin ytimessä ovat yksittäisten ruokavalioiden ajoittainen esiinnousu, kuten veganismin ja ketoruokavalion trendit. Yksilön sosioekonominen asema määrittää sen, miten näihin trendeihin suhtaudutaan ja hyödynnetäänkö niitä oman terveyden edistämiseksi. (Jallinoja & Mäkelä 2017, 165, 183.)

3.3 Liikuntaan liittyvät valinnat

Sosioekonominen asema määrittää yksilön liikuntataitoja ja sen, kuinka hyvin liikunnallinen ja terveyttä edistävä elämäntapa omaksutaan (Mäkinen 2011, 55, 58). Liikunnan avulla edistetään sekä ylläpidetään toimintakykyä, kuten kestävyyttä ja lihasvoimaa. Liikunta edistää tuki- ja liikuntaelinten terveyttä, nivelten liikkuvuutta sekä madaltaa verenpainetta ja veren kolesteroliarvoja. (Huttunen 2018.) Sosioekonominen asema määrittää yksilöille erilaiset mahdollisuudet toteuttaa liikuntaan liittyviä terveysvalintoja, kuten liikuntaan liittyviä asenteita ja käyttäytymistä (Mäkinen 2010, 58; Mäki-Opas ym. 2017, 54–55). Liikuntaan liittyvät sosiaaliset erot ovat viime vuosina kasvaneet, joka korostaa sosioekonomisen terveyskäyttäytymisen erojen tarkastelun tärkeyttä (Mäki-Opas ym. 2017, 54). Sosioekonomisten tekijöiden vaikutukset yksilön liikunnallisuuteen eivät ole selkeitä, sillä suomalainen kulttuuri tukee fyysisesti aktiivista elämäntapaa (Mäkinen 2011, 54).

Samassa sosioekonomisessa asemassa olevat yksilöt käyttäytyvät liikunnallisesti hyvin vaihtelevasti. Esimerkiksi arkiaskareisiin liittyvä hyötyliikunta sekä julkiset liikuntapaikat ovat kaikille hyödynnettävissä sosioekonomisesta asemasta riippumatta. (Mäki-Opas ym. 2017, 53, 56.) Sosioekonominen asema kuitenkin luo puitteet niille mahdollisuuksille, joita fyysiseen aktiivisuuteen liittyy (Kaleta & Jegier 2007, 175). Tällä tarkoitetaan käytännössä sitä, että matalan sosioekonomisen aseman yksilöt omaavat tietoa terveyden edistämiseksi liikunnan keinoin, mutta heillä ei keskimääräisesti ole samoja taloudellisia tai psykososiaalisia resursseja sen konkreettiselle toteuttamiselle. Tällöin liikuntapaikat voivat

sijaita lähellä, mutta niiden hyödyntäminen terveyden edistämiseksi vaihtelee. (Mäki-Opas ym. 2017, 52–53, 55.) Syynä tälle voi olla esimerkiksi se, miten matalan sosioekonomisen aseman henkilöt kokevat keskimäärin useammin, etteivät liikuntapaikat ole tarpeeksi lähellä tai miten niiden ympäristöön liittyy turvattomuuden tunnetta (Jauho 2016, 44).

Liikunnallisuudessa havaittavien erojen voidaan nähdä olevan yhteydessä sosioekonomisen aseman määrittäviin psykososiaalisiin ominaisuuksiin sekä materiaaliseen ja sosiaaliseen pääomaan (Mäkinen ym. 2009, 188; Lindström, Hanson & Östergren 2001, 448–449). Tämä näkyy esimerkiksi siinä, miten matalamman sosioekonomisen aseman omaavien henkilöiden liikunnallisuutta rajoittavat terveystietämyksen rajallisuus sekä halu olla ajattelematta tulevaisuutta, kuten liikkumattomuuden seurauksia (Mäki-Opas, Borodulin, Härkönen, Ruokolainen & Lallukka 2017, 52). Tällöin alemman sosioekonomisen aseman liikuntavalintoja voivat selittää myös halu elää hetkessä sekä tunne siitä, ettei oma terveys perustu vain omien valintojen tekemiseen (Wardle & Steptoe 2003, 443). Vastaavasti korkeampi sosioekonominen asema luo enemmän tulevaisuuden odotuksia ja näin ollen kannustaa jo itsessään liikkumaan terveyttä edistävästi (Mäki-Opas ym. 2017, 52).

Yksilön liikunnallisuus heijastaa sosioekonomisen aseman luomaa sosioekonomista identiteettiä ja sen luomia käyttäytymismalleja (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 263–264). Yksilön koulutus ja tulotaso voidaan nähdä korreloivan positiivisesti sen kanssa, kuinka paljon yksilö luottaa omiin kykyihinsä olla fyysisesti aktiivinen (Lehto, Konttinen, Jousilahti & Haukkala 2013, 556). Matalan tulotason yksilöt perustelevat kuitenkin liikunnallisten valintojen esteitä useammin esimerkiksi heikolla yleisterveydellä sekä liikuntavalintojen pelolla (Kaleta & Jegier 2007, 181). Vastaavasti korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevien keskuudessa liikkumattomuutta perustellaan enemmän ajanpuutteella (Borodulin, Saarsalmi, Viinikka, Mäki-Opas, Kopperoinen & Raulio 2016, 15).

Sosioekonominen asema vaikuttaa liikuntasuosittelun tulkintaan, joita yhteiskunta yksilöille tarjoaa. UKK-instituutti julkaisi vuonna 2019 uuden kansallisen liikuntasuosituksen 18–64-vuotiaille, joka korostaa kevyen liikuskelun merkitystä terveyden edistämässä ja fyysisen kokonaisaktiivisuuden lisäämisessä. Liikuntasuosituksen noudattaminen antaa painoarvoa juuri esimerkiksi veren sokeri- ja rasva-arvojen, nivelten ja verenkierron terveydelle.

Liikuntasuositus on luotu kattavaan kansainväliseen tieteelliseen näyttöön pohjautuen. (UKK-instituutti 2019.) Kansalliset terveystuositukset eivät tavoita kuitenkaan yhtä hyvin matalamman koulutustason omaavia henkilöitä laajasta yhteiskunnallisesta tiedottamisesta huolimatta. Samaan aikaan voidaan korkeamman sosioekonomisen aseman nähdä korreloivan positiivisesti sen kanssa, kuinka halukkaasti yksilöt liikkuvat kansallisten liikuntasuositusten mukaisesti (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 263, 268).

Yksilön sosioekonominen asema on yhteydessä arvoihin ja asenteisiin, jotka terveyteen vaikuttaviin liikunnan valintoihin liitetään (Kaleta & Jegier 2007, 181). Terveyttä edistävien liikuntavalintojen toteuttamista tukevat myös kokemus minäpystyvyydestä, kontrollista sekä hyödyllisyydestä (Borodulin ym. 2016, 15). Esimerkiksi korkea sosioekonominen asema on yhteydessä sellaisiin liikunnallisiin valintoihin, jotka liittyvät esimerkiksi itsehillintään ja sääntöjen tuntemukseen. Tällaisia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi miekkailu ja tennis. (Purhonen ym. 2014b, 153, 155.) Lisäksi näitä ajatuksia tukee se, miten yksilön käyttäytymiseen vaikuttaa sosioekonomisen aseman määrittämä liikunnallinen motivaatio, joka voi pohjautua koulutuksen kautta liikunnalle annettaviin merkityksiin. Näin ollen motivaatio liikuntaan kasvaa sen mukaan, kuinka tärkeäksi tällainen käyttäytyminen koetaan ja millaisia terveyteen ja ulkonäköön liittyviä tulosodotuksia siihen liitetään. (Mäki-Opas, Borodulin, Härkönen, Ruokolainen & Lallukka 2017, 52.) Esimerkiksi matalassa sosioekonomisessa asemassa suositaan enemmän sellaisia liikunnallisia valintoja, jotka liittyvät esimerkiksi lajin helppouteen (Purhonen ym. 2014b, 157).

Cockerhamin (2010, 168) mukaan matala sosioekonominen asema voi luoda sosiaalisia esteitä liikunnan toteuttamiselle. Tätä ajatusta tukien Mäki-Opas, Rahkonen ja Borodulin (2015, 264) korostavat, että sosioekonominen asema määrittää yksilön liikuntatottumusten muodostumista sen kautta, millaisia liikunnallisia mahdollisuuksia oma sosiaaliryhmä yksilölleen tarjoaa. Yksilön koulutus- ja työpaikka luovat liikunnallisuuteen vaikuttavia ympäristöjä niissä vallitsevien sosiaalisten viiteryhmiensä kautta (Mäki-Opas ym. 2017, 54). Sosiaaliryhmillä voidaan tarkoittaa myös perheestä saatuja liikuntaan liittyviä oppeja sekä käyttäytymiseen ja kommunikointiin liittyviä puutteita (Cockerham 2010, 168). Tätä vastaa ajatus siitä, miten matalamman sosioekonomisen aseman omaavat henkilöt omaksuvat terveellisiä liikunnan käyttäytymismalleja hitaammin (Mäkinen ym. 2009, 195; Prättälä, Berg & Puska 1992 ja Karisto, Prättälä & Berg 1993 mukaan).

Koulutustaso on merkittävä yksilön liikunnallisten valintojen määrittäjä, sillä sen kautta ovat määrittyneet yksilön liikuntaan liittyvät tiedot ja taidot (Purhonen ym. 2014b, 153). Kaleta & Jegier (2007, 181) ovat todenneet, että korkea koulutustaso voi toimia myös esteenä liikunnallisten valintojen toteuttamiselle esimerkiksi ajanpuutteen tai työväsymyksen vuoksi. Mäkinen (2011, 56) on kuitenkin todennut, miten yksilön korkea koulutustaso lisää liikuntaan liittyviä myönteisiä asenteita. Korkean koulutuksen omaavat yksilöt liittävätkin liikuntavalintojen toteuttamisen useammin myös esimerkiksi oman terveyden kohentamiseen sekä kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyyn (Borodulin, Laatikainen, Lahti-Koski, Jousilahti & Lakka 2008, 248). Voidaan esimerkiksi nähdä, että korkean koulutuksen omaavat yksilöt suosivat enemmän kestävyyslajeja, kuten hiihtoa (Purhonen ym. 2014b, 158). Matalaan koulutustasoon verraten liikunnan tuottama terveyshyöty voidaan liittää laajemmin esimerkiksi sattuman aiheuttamaksi (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 267, 269).

Yksilön ammattiasemaa tarkastellessa voidaan huomata, että matala sosioekonominen asema on yhteydessä sellaisiin työolosuhteisiin, jotka voivat Mäkisen (2010, 64) mukaan toistuvasti altistaa terveyttä haittaaville olosuhteille ja samalla lisätä fyysistä passiivisuutta. Fyysisen rasittavuuden ohella myös matalampi ammattiasema tarjoaa keskimääräisesti vähemmän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhön ja näin ollen kaventaa motivaatiota vapaa-ajalla harrastettavaan liikuntaan henkisen jaksamattomuuden kautta. (Mäkinen 2010, 64.) Lisäksi vähäistä fyysistä aktiivisuutta tukevat fyysisesti kuormittavan työn henkinen rasittavuus sekä ammattiaseman määrittelemät epäsäännölliset työajat (Jauho 2016, 43; Mäkinen 2011, 57).

Yksilön korkeampi ammattiasema on yhteydessä myös siihen, kuinka vähän altistutaan ruumiillisesti raskaalle työlle. Fyysisesti passiivisempi työ tarjoaa enemmän mahdollisuuksia vapaa-ajan liikunnallisuudelle ja vähentää fyysisen palautumisen tarvetta. (Mäki-Opas, Rahkonen, Borodulin 2015, 263–264.) Lisäksi on huomioitava, että työttömyys itsessään voi olla yhteydessä yksilön heikentyneeseen fyysiseen kuntoon, mikä voi toimia liikunnallisten valintojen toteuttamista haittaavana tekijänä. Työttömyys voi kuitenkin luoda yksilöissä erilaisia reaktioita, sillä lisääntynyt vapaa-aika voi näkyä myös liikuntavalintojen toteuttamisen lisääntymisenä. (Martikainen & Mäki 2011, 103.)

Yksilön tulotaso tarkastellessa voidaan todeta se, että korkeammat tulot voivat vahvistaa liikunnallisten terveysvalintojen toteuttamista myös vahvemman kontrollin tunteen kautta omiin valintoihin ja sitä kautta terveyteen (Borodulin, Laatikainen, Lahti-Koski, Jousilahti & Lakka 2008, 248). Mäkisen (2010, 59) mukaan matalammat tulot voivat kuitenkin vaikuttaa siihen, ettei esimerkiksi julkisen liikenteen hyödyntämiseen ole varaa ja tällöin on tehtävä liikunnallisia valintoja matkojen suhteen tahdosta riippumatta. Vastaavasti yksilön tulotaso vaikuttaa myös siihen, ettei liikuntapaikkojen jäsenmaksuihin tai varusteihin ole välttämättä varaa. Kykenemättömyys maksaa jäsenmaksu voi johtaa siihen, ettei yksilö koe esimerkiksi säännöllisen ryhmäliikunnan tuottamaa terveyshyötyä eikä siihen liittyvää ja kannustavaa tilivelvollisuuden tunnetta. (Jauho 2016, 44, 46.)

Lomanin (2015, 47–48) mukaan sosioekonominen asema synnyttää systemaattisesti havaittavia eroja vapaa-ajalla harrastettavaan liikuntaan, jonka harrastaminen on korkeamman sosioekonomisen aseman omaavilla yksilöille todennäköisempää. Korkeaan sosioekonomiseen asemaan voidaan liittää myös halu osoittaa varallisuutta kalleuteen yhdistettävillä liikuntalajeilla, kuten golfilla tai purjehduksella. Näin ollen tällaiset lajit voidaan mieltää korkeamman tulotason osoittimiksi esimerkiksi liikuntavälinehankintojen kautta. (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin, 2015, 267.) Vastaavasti on todettu, että matalamman sosioekonomisen aseman omaavat henkilöt suosivat yleisellä tasolla suosittuja ja helpommin saavutettavia liikuntamuotoja, kuten jalkapalloa (Cockerham 2010, 168). Mielenkiintoista on kuitenkin huomata se, että matalan sosioekonomisen aseman omaavat yksilöt hyötyliikkuvat korkean sosioekonomisen aseman omaavia enemmän liikunnallisten kotitöiden parissa (Saarela, Mäki-Opas, Silventoinen & Borodulin 2015, 58, 61).

Näin ollen voidaan todeta, että liikunta terveyden edistämisen keinona ei ole täysin yksilön omasta toiminnasta riippuvaa vaan se perustuu yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin, joihin yksilö ei voi omalla toiminnallaan suoraan puuttua (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 269). Kulttuuriset ja aineelliset resurssit voidaan nähdä vaikuttavan tehokkaammin varsinaiseen terveyttä edistävään käytännön tason urheiluun terveystiedon sijasta (Mäkinen 2010, 60). Lisäksi on huomioitava, että joidenkin tutkimusten mukaan liikuntaan liittyvät sosioekonomiset erot ovat ilmentyneet vasta 2000-luvulla, joka osoittaa niiden merkittävää tutkimuksen tarvetta (Loman 2015, 105). Esimerkiksi tulotasoon viittaavien, liikuntaa edistävien teknologioiden käytöstä, kuten askelmittarien tai matkapuhelimien sovelluksien käytöstä ei ole vielä tarpeeksi näyttöä (Mäki-Opas ym. 2017, 53).

4 POHDINTA

Tämän kandidaatintutkielman tavoitteena oli luoda monipuolinen käsitys siitä, miten sosioekonominen asema on yhteydessä yksilön terveysvalintoihin ravinnon ja liikunnan näkökulmista. Tutkielmassa on vastattu tähän kysymykseen nostamalla esille näistä näkökulmista terveysvalintoihin liittyviä teemoja ja ilmiöitä. Tulokset osoittivat, että yksilön sosioekonomisella asemalla on suuri merkitys terveysvalintojen tekemisessä. Alun perin tarkoituksena oli tarkastella sosioekonomisen aseman yhteyttä ravintoon ja liikuntaan terveyden edistämisen mahdollisuuksien näkökulmasta, mutta kirjallisuuslähteiden annin ja tulosten selkeyttämisen vuoksi aihetta lähestyttiin terveysvalintojen näkökulmasta. Näiden tulosten kautta tutkielma antaa käsityksen siitä, millaisiin tekijöihin tulevaisuuden kansanterveystyössä olisi hyvä kiinnittää huomioita terveyttä edistävien ja tasa-arvoisesti toteutettavien terveysvalintojen takaamiseksi.

Sosioekonomisen aseman yhteys ravinnossa ja liikunnassa tehtäviin valintoihin oli tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan moniselitteinen, vaikka vahvan sosioekonomisen aseman ja terveyttä edistävien valintojen toteuttamisen korkeasta todennäköisyydestä oltiin pääosin yhtä mieltä. Aineistosta nousivat keskeiseksi sosioekonominen aseman vaikuttaminen yksilön terveysvalintoihin aineellisten resurssien ja henkisten voimavarojen kautta (Cockerham 2010, 159–160; Koivusilta 2011, 126). Lisäksi aineistossa toistui se, miten yksilön sosioekonominen asema luo puitteet sille, voidaanko ravinnon ja liikunnan valinnoilla käyttäytyä terveyttä edistävästi (ks. Cockerham 2010).

Kirjallisuuskatsaus vahvisti, että yksilötason terveysvalintoihin liittyvä päätöksenteko on osin rajattua ja täten sen ei voida nähdä perustuvan täysin esimerkiksi yksilöautonomiaan (Cockerham 2010, 162, 175). Tätä ajatusta tuki tulos esimerkiksi siitä, miten terveysvalinta ei ole yksilön oman valinnan tulosta, vaan se koostuu lukuisista syy- ja seurausmekanismeista (Mäkinen 2011, 58). Syy- ja seurausmekanismeilla viitataan juuri sosioekonomisen aseman luomiin yksilöllisiin resursseihin ja voimavaroihin sekä elämäntyyliin, jotka määrittelevät terveysvalintojen toteuttamista. Lisäksi katsauksen tuloksissa korostuivat esimerkiksi terveysvalintoihin liittyvän motivoituneisuuden sekä valintojen terveellisyyden pohtimisen merkitys, joihin molempiin yksilön sosioekonominen asema vaikuttaa (Cockerham 2010, 170; Jauho 2016, 41). Katsaus myös osoitti, että terveysvalintojen toteuttamista määrittivät esimerkiksi omiin kykyihin luottaminen sekä

terveellisen käyttäytymisen, kuten liikunnallisuuden kokemuksen tärkeys itselle (Lehto, Konttinen, Jousilahti & Haukkala 2013; 556; Mäki-Opas ym. 2017, 52).

Katsauksen tulokset osoittivat yksimielisyyttä myös siitä, miten yksilön sosioekonominen asema peilaa yhteiskunnassa vallitsevia rakenteita ja näin ollen sosioekonomisiin eroihin voidaan puuttua näitä rakenteita kehittämällä (Palosuo ym. 2006, 154). Tulokset olivat kuitenkin osittain epäjohdonmukaisia, ja näin ollen yksilön terveysvalintoja ei voida suoraan verrata sosioekonomisiin lähtökohtiin. Epäjohdonmukaisuus näkyi tuloksissa esimerkiksi siinä, miten korkea sosioekonominen asema liitettiin pääosin terveellisten ruokavalintojen tekemiseen samalla, kun epäterveellistä pikaruokaa voitiin pitää trendikkäänä ja nuoruuden osoittimena (Jallinoja & Mäkelä 2017, 162, Ianniou 2009 mukaan). Sosioekonomisiin terveyseroihin puuttuminen ja niiden tasaamisen pyrkimykset lisäävät kuitenkin terveyttä edistävien valintojen toteuttamisen todennäköisyyttä kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tätä ajatusta tuki esimerkiksi katsauksen tulos siitä, miten sosioekonomiset terveyserot voivat johtua epäterveellisille terveysvalinnoille altistavasta ympäristöstä (Whitehead, Povall & Loring 2014, 3). Näin ollen nämä tekijät korostavat yhteiskunnallisen kehityksen tarvetta.

Tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta on mahdollista todeta, että tulevaisuuden yhteiskunnallisen päätöksenteon tukemiseksi tulee tarkastella niitä tekijöitä, mistä sosioekonomisen aseman ja terveyttä edistävien ravinto- ja liikuntavalintojen positiivinen korrelaatio johtuu. Tätä ajatusta tukevat esimerkiksi tulokset siitä, miten terveysvalintoja määrittävät yksilön sosioekonominen identiteetti ja sen luomat käyttäytymismallit (Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 263–264). Lisäksi on hyvä pureutua korrelaation pinnan alla vallitseviin syihin, kuten sosioekonomisen aseman määritteleviin tulevaisuuden näkyymiin sekä harhauskomuksiin (Jauho 2016, 48; Mäki-Opas ym. 2017, 52).

Korrelointia voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, miten yksilön sosioekonomisen aseman korkeus on yhteydessä katsauksen tulosten mukaisesti yhteiskunnallisten ravinto- ja liikuntasuosituksen tulkintaan ja siihen, kuinka halukkaasti niitä tahdotaan käytännössä toteuttaa (kts. esim. Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 263, 268). Sama ilmiö esiintyy terveyskasvatuksen ja -neuvonnan tulkinnassa. Näin ollen olisi hyvä pohtia yhä kokonaisvaltaisemmin sitä, millä tavoin voitaisiin turvata terveyskasvatuksen kehittäminen sekä kaikille sosioekonomisille ryhmille palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja laatu (Loman 2015, 100; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Hankaluutta tähän

kehitystyöhön luovat kuitenkin esimerkiksi pirstaleisen palvelukentän selkeyttäminen ja sellaisten palveluiden luominen, jotka kohdistuisivat juuri yksilötason ravinnollisten ja liikunnallisten terveystalintojen edistämiseen sosioekonomisista eroista huolimatta.

Näitä kehitystoimia suunnitellessa on huomioitava, miten terveystalintojen tasapuolinen mahdollistaminen korostuu modernissa väestörakenteen muutoksessa, jossa työikäisten ja ikääntyvien merkitys on kasvava (Loman 2015, 106). Näin ollen sosioekonomiset erot terveystalintojen mahdollisuuksissa tulisi yhä selkeämmin liittää sosioekonomisiin terveyseroihin ja siihen, miten niihin voidaan todellisuudessa puuttua yhteiskuntapolitiikan keinoin. Esimerkiksi katsauksen tuloksissa esiintyvät sosioekonomisen aseman mukaan hahmoteltavat ruokailutottumusten ryhmät (Jallinoja & Mäkelä 2017, 162) tarjoavatkin viitekehyksiä sille, millaisia kehitystoimia kansanterveyden saralla vaaditaan. Lisäksi näissä toimissa on huomioitava tuloksista se, miten matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat ovat keskimääräisesti hitaampia omaksumaan uusia, terveellisempiä ruokailutottumuksia (Sarlo-Lähteenkorva & Prättälä 2012, 182; Prättälä ym. 2009). Sama ilmiö pätee liikuntaan liittyvissä valinnoissa, sillä matalamman sosioekonomisen aseman omaavat yksilöt olivat tutkielman tulosten mukaan hitaampia omaksumaan terveellisiä liikuntatottumuksia verrattaessa vahvan sosioekonomisen aseman omaaviin (Mäkinen ym. 2009, 195, Prättälä, Berg & Puska 1992 & Karisto, Prättälä & Berg 1993 mukaan).

Tämän katsauksen pohjalta voidaan ehdottaa, että terveystalintoihin liittyvät sosioekonomiset erot ja niiden luoma eriarvoisuus vaativat lisätutkimusta kansanterveyden edistämiseksi. Jatkotutkimusta toteutettaessa on hyvä huomioida valintoihin ja mahdollisuuksiin liittyvä erottelu, joiden tulkinnassa oli kirjallisuudessa eroavaisuuksia. Lisäksi on hyvä huomioida, että sosioekonomisen aseman ja ravinnon sekä liikunnan terveystalintoja on käsitelty aiemmassa kirjallisuudessa usein kovin yksityiskohtaisesti. Tällä tarkoitetaan käytännössä sitä, että terveystalintoihin liittyvä tutkimus on usein mallintanut esimerkiksi yksittäisiä ruokailu- tai liikuntatottumuksia. Täten sosioekonomisen aseman ja terveystalintojen yhteyden ja mahdollisen korrelaation tarkastelu vaatii kokonaisvaltaista tarkastelua sekä useiden tutkimusten yhdistelyä.

Yksilön terveellisempiä ravinnon ja liikunnan valintoja voitaisiin tukea yhä enemmän julkisen vallan toimilla niin, että yksilöillä olisi enemmän halukkuutta ja konkreettisia mahdollisuuksia niiden toteuttamiselle. Tämä tukee Moilasen, Pietilän ja Kangasniemen (2015, 274–275)

mukaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon perustehtävää terveyden edistämisestä. Näitä toimia ovat esimerkiksi verotukseen, elintarvike- ja hintapolitiikkaan, urheilumahdollisuuksiin sekä liikunta- ja ruokakulttuuriin puuttuminen niin, että terveellisten valintojen tekeminen olisi helpompaa sosioekonomisesta asemasta riippumatta (Moilanen, Pietilä & Kangasniemi 2015, 274–275).

Sosioekonomisten terveyserojen polarisaatioon voidaan puuttua samoin keinoin, kuin yhteiskunnassa vallitsevaan eriarvoisuuteen. Yhteiskuntapolitiikka, kuten ravitsemuspolitiikka, tulee toteuttaa kaikkia keinoja, kuten normi-, resurssi- ja informaatio-ohjausta hyödyntäen (Sarlio-Lähteenkorva & Prättälä 2012, 186) tasa-arvoisimman kehityksen takaamiseksi. Rotkon ym. (2014, 98) mukaan terveyden edistämistyössä tulisi lisätä yhteydenpitoa, koordinaatiota sekä yhteistyötä varsinkin yhteiskunnallisella tasolla ja eri toimijoiden kesken. Lisäksi on hyödynnettävä konkreettista tavoitteen asettelua sekä toiminnan kohdentamista eri palveluissa juuri terveysvalintojen tasa-arvoisemman takaamisen näkökulmasta. Tällöin terveysvalintojen tavoitteet tulee kirjata esimerkiksi kuntastrategiaan ja ne on toteutettava yhteistyössä muiden tahojen kanssa. (Rotko ym. 2014, 96.) Tällainen terveysvalintojen eriarvoisuuden poistaminen sektori- ja aluerajoja ylittävällä kehitysyhteistyöllä vaatii katsauksessa esille nousseiden sosioekonomisten terveyserojen juurisyiden, kuten elinolojen, työ- ja koulutusmahdollisuuksien uudelleen tarkastelua. Lisäksi ravintoon ja liikuntaan liittyvien terveellisten valintojen tukeminen tulee juurruttaa jokaisen sektorin perustoimintaan. Tällöin yksilö ei jää terveyden edistämisen toimissaan yksin, ja siihen tarvittavia taitoja ja arvoja edistetään esimerkiksi kouluissa, työpaikoilla ja digipalveluissa. (Borodulin ym. 2016, 27–28.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat osoittaneet sen, että yksilön terveysvalintojen tarkasteluun liittyy useita ajankohtaisia haasteita yhteiskunnallisen rakenteen muuttuessa. Näin ollen edellä mainitut terveystaloudelliset tavoitteet vaativat päivittyvää tutkimus- ja seurantatietoa terveyseroista sekä niihin liittyvien interventioiden ja politiikkojen toimivuudesta (Palosuo 2006, 162–163). Lisäksi on huomioitava, että Suomessa toteutettaviin kehitystoimiin vaikuttavat kansallisen tason lisäksi myös kansainväliset tahot, kuten Euroopan Unioni. Tämä korostaa paikallisten toimien merkitystä ja suomalaista keskusjohtoisuutta (Rotko ym. 2014, 92). Paikallisesti kohdistettu ravintoon ja liikuntaan liittyvä terveyden edistämistyö tukee siitä saatavia vaikutuksia ja voi varmistaa sen, että työ toteutetaan paikallisia arvoja tukien (Whitehead, Povall & Loring 2014, 21). Tämä tarkoittaa

käytännössä sitä, että tuetaan kokonaisvaltaisemmin matalamman sosioekonomisen aseman omaavia henkilöitä omaksumaan ja ylläpitämään terveyttä edistävää elämäntapaa (Mäkinen 2010, 69). Julkisin toimin voidaan esimerkiksi kehittää terveellisiä ruokaympäristöjä sekä liikuntaan kannustavia ympäristöjä, kuten turvallisia viheralueita (Mustajoki 2015, 1345; Mäki-Opas, Rahkonen & Borodulin 2015, 268).

Ravinnossa ja liikunnassa tehtäviä valintoja tarkastellessa tulee myös huomata, että kansanterveydellisestä näkökulmasta vaaditaan erityisesti sellaisia toimenpiteitä, jotka parantavat juuri heikossa sosioekonomisessa asemassa olevia (Ovaskainen ym. 2012, 138). Tällöin taataan se, ettei koko väestöön suunnatuilla toimilla luoda eriarvoisuusparadoksin ilmiötä, jolloin terveyden edistämisen toimet palvelevat juuri korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevia ja täten lisäävätkin eriarvoisuutta (Karvonen & Sihto 2017, 66–67). Näin ollen tämän katsauksen tuloksia tukien terveysvalintoihin liittyvät erot vaativat laajempien universaalien ja heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleville kohdennettujen lähestymistapojen yhdistämistä. Universaalimmat toimintatavat vaikuttavat kaikkiin ja ne stigmatisoivat vähemmän niitä, jotka ovat heikommassa sosioekonomisessa asemassa. Samaan aikaan tarkemmin kohdistetut toimintatavat tukevat vielä erityisemmin niitä, jotka eivät muutenkaan ole aktiivisia terveyden edistämisen saralla ravinnon ja liikunnan keinoin. (Whitehead, Povall & Loring 2014, 15.)

Tutkielman tuloksia tarkastellessa on huomioitava, että sosioekonomisen aseman tarkastelu toteutettiin sen pääindikaattorien eli koulutuksen, ammattiaseman ja tulotason kautta (Lahelma & Rahkonen 2011, 48). Kirjallisuudessa tarkasteltiin sosioekonomista asemaa usein kokonaisuutena, ja tästä syystä koin sen yhtenäisen tarkastelun tässäkin työssä tarpeelliseksi. Kokonaisvaltaisella tarkastelulla on pyritty minimoimaan terveysvalintoihin vaikuttavien tekijöiden epäselkeys.

Lisäksi kirjallisuuslöydökset osoittivat, että terveysvalintojen eroja on kuvattu usein ääripäiden kautta. Näin ollen tuloksia tarkastellessa on huomioitava se, miten valintojen teossa esiintyvät erot muuttuvat asteittain sosioekonomisen tason mukaisesti. Samoin on huomioitava, että muiden yksilön terveysvalintoihin vaikuttavien indikaattorien, kuten sukupuolen ja etnisen taustan vaikutteet ovat häilyviä (Karvonen, Kestilä & Mäki-Opas 2017, 9). Vastaavasti yksilön terveyttä perinteisemmin kuvaavien, kuten biologisten ja psykologisten vaikuttimien erottaminen sosioekonomisista tekijöistä on osittain haastavaa

(Lahelma & Rahkonen 2017, 19). Myös yksilön fysiologiset tekijät, kuten sairauksien olemassaolo voivat vaikuttaa terveysvalintojen tekemiseen (Vorster 2009, 3–4) ja näin ollen ne voivat haitata sosioekonomisten vaikuttimien yksinomaista tunnistamista. Lisäksi jokaiseen tehtyyn terveysvalintaan ovat vaikuttaneet esimerkiksi poliittiset, ekonomiset, sosiaaliset sekä kulttuuriset vaikutteet, jotka toimivat sosioekonomisten vaikuttimien ulkopuolella (Mackenbach ym. 2008).

Kirjallisuuskatsauksesta nousi ilmi se, miten sosioekonomiseen asemaan ja terveysvalintoihin liittyvä tutkimus käsittelee kokonaisvaltaisesti sosioekonomisen aseman luomia terveyseroja ja niissä esiintyviä ilmiöitä sekä yksityiskohtaisemmin esimerkiksi tiettyjä ruoka-aineita ja liikuntamuotoja. Katsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että yksilökohtaiseen terveysvalintoihin perehtyvälle tutkimukselle on tarvetta. Esimerkiksi Mäkinen (2010, 7) on nostanut esille sen, miten liikunnallisuuden sosioekonomisista trendeistä tiedetään kohtuullisen vähän. Katsauksesta nousi myös ilmi, miten suomalaisen väestön tarkastelussa erityisesti tulojen ja liikunnallisuuden yhteyksistä oli saatavilla vähän tietoa. Lisäksi usean vuoden kestävässä tutkimuksessa on huomioitava, että väestön sosiaalinen rakenne ja ominaisuudet muuttuvat jatkuvasti sekoittaen tutkimustuloksia. Tämä ilmiö on huomattu esimerkiksi Mäkisen, Borodulin, Laatikaisen, Fogelholmin ja Prättälän tutkimuksissa, jossa sosioekonomiseen asemaan liittyviä kehityskaaria oli hankalaa tutkia (2009, 195).

Tämän tutkielman tavoitteena on ollut mahdollisimman laajan näkemyksen kokoaminen sosioekonomisen aseman ja terveysvalintojen yhteydestä hyödyntäen eri tietokantoja. Näitä asioita on tutkittu monen tyyppisissä tutkimuksissa, kuten väestötilannekatsauksissa ja yksityiskohtaisemmissa esimerkiksi laadullisissa tarkasteluissa. Tutkielman tulosten tarkastelussa on kuitenkin huomioitava, ettei kirjallisuuskatsausta toteutettu systemaattisesti. Näin ollen on mahdollista, ettei joitain aiheeseen liittyviä näkökulmia tai huomioita saatu muiden tulosten yhteyteen. Tutkielmassa hyödynnetyt lähteet on pyritty kokoamaan ajankohtaisuus huomioiden. Suomalaisen lähteiden runsas käyttö perustuu aiheen fokukseen, mutta tutkielmassa on käytetty myös vertailuna sekä näkemyksen monipuolistamiseksi kansainvälisiä lähteitä. Tutkielmaa toteuttaessa on pyritty vaalimaan eettisyyttä sekä sen toteuttamisessa on hyödynnetty hyvää tieteellistä käytäntöä.

Näin ollen tutkielma on nostanut esille sellaisia havaintoja, jotka tukevat näkemystä tämän ilmiön yhteyksistä kansanterveydellisellä tasolla ja korostavat yksilölähtöisen terveysvalintojen toteuttamisen yhteiskunnallista vastuuta. Aiheen jatkotutkimustarkasteluissa voitaisiin käsitellä vielä yksityiskohtaisemmin niitä tekijöitä, jotka sosioekonomisen aseman determinanteilla vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti ravinnon ja liikunnan valintoihin. Kirjallisuudesta nousikin ilmi, miten esimerkiksi liikuntaa edistävien teknologioiden käytöstä, kuten askelmittarien tai matkapuhelimien sovellusten käytöstä ei ole tarpeeksi näyttöä (Mäki-Opas ym. 2017, 53). Mielenkiintoista olisi pohtia jatkotutkimuksissa myös niitä näkymiä, joita korkean sosioekonomisen aseman ja negatiivisten terveysvalintojen yhteyteen liittyy. Vastaavasti olisi mielenkiintoista perehtyä fyysisesti aktiivisten töiden vaikutuksista vapaa-ajan terveysvalintojen toteuttamiseen. Lisäksi koin, että esimerkiksi terveysinformaation tulkinnan sosioekonomisista eroista erityisesti väestötasolta oli kohtuullisen hankalaa löytää ajankohtaista tietoa. Tällaisella tieteellisellä tutkimuksella voitaisiin saada lisätietoja alueellisen, kansallisen ja vertailevankin kansainvälisen tutkimuksen tueksi.

LÄHDELUETTELO

- Abel, T., Cockerham, W. & Niemann, S. 2000. A critical approach to lifestyle and health. Teoksessa Watson, J. & Platt, S. (toim.) 2000. Researching health promotion. London: Routledge, 54–77.
- Borodulin, K., Laatikainen, T., Lahti-Koski, M., Jousilahti, P. & Lakka, T.A. 2008. Association of Age and Education With Different Types of Leisure-Time Physical Activity Among 4437 Finnish Adults. *Journal of Physical Activity and Health* 5, 242–251.
- Borodulin, K., Saarsalmi, P., Viinikka, A., Mäki-Opas, T., Kopperoinen, L. & Raulio, S. 2016. Vähän liikkuvat ja epäterveellisesti syövät väestöryhmät. Julkaisussa Borodulin, K., Jallinoja, P. & Koivusalo, M. (toim.) 2016. Epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja polarisaatio – syyt, kustannukset ja ohjaustoimet. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 24/2016, 14–29.
- Brunner, R., & Marmot, M. 2006. Social organization, stress and health. Teoksessa Marmot, M. & Wilkinson, R. 2006. *Social Determinants of Health. Second Edition.* New York: Oxford University Press, 6–30.
- Cockerham, W.C. 2010. Health lifestyles. Bringing Structure Back. Teoksessa Cockerham, W.C. (toim.) 2010. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology.* Singapore: Wiley-Blackwell, 159–183.
- Cohen, D., Scribner, R. & Farley, T. 2000. A Structural Model of Health Behavior: A Pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level. *Preventive Medicine* 30, 146–154.
- Cox, D. & Anderson, A. 2004. Food choice. Teoksessa Gibney, M., Margetts B.M., Kearney, J.M. & Arab, L. (toim.) 2004. *Public Health Nutrition.* Oxford: Blackwell Science, 144–166.
- Finnish Institute for Health and Welfare. 2015. How THL promotes health equity. Viitattu 29.1.2020.
<https://thl.fi/en/web/health-and-welfare-inequalities/reducing-inequalities/teroka-group>

- Giskes, K., Avendano, M., Brug, J. & Kunst, A.E. 2009. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *International Association for the Study of Obesity. Obesity reviews* 11, 413–429.
- Huttunen, J. 2018. *Terveyshuolto – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua*. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 17.10.2019.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934&p_hakusan_a=ravitsemus
- Ianniou, S. 2009. "Eating beans... that is a no-no for our times". *Young Cypriots consumer meanings of 'healthy' and 'fast' food. Health Education Journal* 68:3, 186–195.
- Jallinoja, P. & Mäkelä, J. 2017. *Ruoka ja syöminen terveyden ja nautinnon ristiaallokossa. Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. 2017. Terveys sosiologian linjoja. Tallinna: Gaudeamus, 158–170.*
- Jauho, M. 2016. *Terveyden syömisestä ja liikkumisesta esteet ja edistäjät – laadullinen katsaus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 24/2016, 32–50.*
- Kaletka, D. & Jegier, A. 2007. Predictors of inactivity in the working-age population. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 20, 175–182.
- Karisto, A., Prättälä, R. & Berg, M-A. 1993. The good, the bad, and the ugly? Differences and changes in health related lifestyles. *Teoksessa Kjaerner, U., Holm, L., Ekström, M, Fürst E.L., Prättälä, R. (toim.) Regulating markets, regulating people – on food and nutrition policy. Oslo: Novus Press, 185–206.*
- Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. 2017. *Terveys sosiologian linjoja. Helsinki: Gaudeamus.*

- Karvonen, S. & Sihto, M. 2017. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus. Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. 2017. Terveys sosiologian linjoja. Tallinna: Gaudeamus, 57–75.
- Katainen, A. & Maunu, A. 2017. Muutakin kuin tietoa. Terveyskäyttäytymisen sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet. Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. 2017. Terveys sosiologian linjoja. Tallinna: Gaudeamus, 143–157.
- Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Ravitseminen ja kansanterveys. Teoksessa Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro, 217–232.
- Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Sosiaaliset terveyserot. Teoksessa Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro, 260–278.
- Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013c. Terveys ja elinkaari. Teoksessa Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro, 81–100.
- Kauppinen, T. 2012. Työolot. Teoksessa Koskinen, K., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 41–46.
- Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen K. 2011. Sosiaaliepideologia: väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 123–141.
- Koivusilta, L. 2012. Terveyserojen sosioekonomiset taustatekijät. Teoksessa Honkasalo, M-L. & Salmi, H. 2012. Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen. Turku: Painosalama Oy, 319–357.
- Konttinen, H. 2012. Dietary habits and obesity: the role of emotional and cognitive factors. Helsinki: Unigrafia.

- Kotakorpi, K., Härkänen, T., Pietinen, P., Reinivuo, H., Suoniemi, I. & Pirttilä, J. 2011. Terveysperusteisen elintarvikeverotuksen vaikutukset kansalaisten terveydentilaan ja terveyseroihin. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laaksonen, M. 2011. Aineelliset ja taloudelliset tekijät. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen K. 2011. Sosiaaliepideologia: väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 177–194.
- Laaksonen, M. & Silventoinen, K. 2011. Mitä on sosiaaliepideologia. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. 2011. Sosiaaliepideologia: väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 11–25.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen K. Sosiaaliepideologia: väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 41–59.
- Lappalainen, R., Koikkalainen, M., Julkunen, J., Saarinen, T. & Mykkänen, H. 1998. Association of sociodemographic factors with barriers reported by patients receiving nutrition counseling as part of cardiac rehabilitation. *Journal Of The American Dietetic Association* 98(9), 1026–1029.
- Lehto, E., Konttinen, H., Jousilahti, P. & Haukkala, A. 2013. The role of psychosocial factors in socioeconomic differences in physical activity: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health* 41, 553–559.
- Lennernäs, M., Fjellström, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., Remaut de Winter, A.M. & Kearney, M. 1997. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition* 51 Suppl 2, 8–15.

- Lindström, M., Hanson, B. & Östergren, P-O. 2001. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science and Medicine* 52, 441–451.
- Loman, T. 2015. *Ruokatottumukset, liikunta ja paino: sosioekonomiset erot ja muutokset*. Helsinki: Hansaprint.
- Lynch, J., Kaplan, G. & Shema, S. 1997. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *New England Journal of Medicine* 337, 1889–1895.
- Lynch, J. & Kaplan, G. Socioeconomic Position. 2000. Teoksessa Berkman, L. & Kawachi, I. (toim.) 2000. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13–35.
- Macintyre, S. 1997. The Black Report and beyond. What are the issues? *Social Science & Medicine* 44, 723–745.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. 2008. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Julkaisussa *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*. *The New England Journal of Medicine* 358, 2468–2481.
- Marmot, M. 2004. *Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. 2005. *Health and the psychosocial environment at work*. Teoksessa Marmot, M. & Wilkinson, R. 2005. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 98–130.
- Martelin, T., Karvonen, S., Linnanmäki, E., Prättälä, R. & Koskinen, S. 2012. Terveysten, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa Koskinen, K., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. *Terveysten, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 202–210.

- Martikainen, P. & Mäki, N. 2011. Työttömyys. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. 2011. Sosiaaliepideologia: väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 90–105.
- Maunu, A. 2014. Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. EHYT Katsauksia 1/2014.
- Maunu, A., Katainen, A., Perälä, R. & Ojajärvi, A. 2016. Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53, 189–201.
- Melkas, T. 2011. Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) 2011. Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Unigrafia, 45–53.
- Melkas, T. 2013. Terveys kaikissa politiikoissa -periaate Suomen terveystaloudessa. Yhteiskuntapolitiikka 78:2, 181–196.
- Moilanen, T., Pietilä, A-M. & Kangasniemi, M. 2015. Yksilön terveysvalinnat ja vastuu osana itsemääräämisoikeutta. Asiakirja-analyysi sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjauksesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 52, 268–281.
- Mustajoki, P. 2015. Ruokaympäristön muutos selittää pääosan väestöjen lihomisesta. Duodecim 131, 1345–1352.
- Mäki-Opas, T., Borodulin, K., Härkönen, J., Ruokonen, O. & Lallukka, T. 2017. Terveyttä edistävä elämäntyyli. Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Mäki-Opas, T. 2017. Terveystalouden linjat. Tallinna: Gaudeamus, 40–56.
- Mäki-Opas, T., Rahkonen, O. & Borodulin, K. 2015. Terveystaloudellinen näkökulma liikunnallisen elämäntavan polarisoitumiseen – valinnat vai mahdollisuudet. Yhteiskuntapolitiikka 80:3, 263–272.

- Mäkinen, T. 2010. Trends and Explanations for Socioeconomic Differences in Physical Activity. National Institute for Health and Welfare. Helsinki: Helsinki University Print, 5–91.
- Mäkinen, T. 2011. Liikunnan sosioekonomisia eroja selittävät tekijät aikuisilla. Julkaisussa Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010, Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15, 54–59.
- Mäkinen, T., Borodulin, K., Laatikainen, T., Fogelholm, M. & Prättälä, R. 2009. Twenty-five year socioeconomic trends in leisure-time and commuting physical activity among employed Finns. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 19 (2), 188–197.
- Niemelä, R., Ek, S., Eriksson-Backa, K. & Huotari, M-L. 2012. A Screening Tool for Assessing Everyday Health Information Literacy. *Libri: International Journal of Libraries and Information Services* 62 (2), 125–134.
- Nutbeam, D. 2008. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67 (12), 2072–2078.
- Ovaskainen, M-L., Männistö, S., Tapanainen, H., Raulio, S., Virtanen, S. & Peltonen, M. 2015. Aikuisten ruokavaliossa tarvitaan terveyttä ehkäiseviä muutoksia. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Tutkimuksesta tiiviisti* 35/2015.
- Ovaskainen, M-L., Paturi, M., Harald, K., Laatikainen, T. & Männistö, S. 2012. Aikuisten ruokavalinnat ja sosioekonomiset erot Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 132–139.
- Palosuo, H. 2016. Terveiden sosiaaliset määrittäjät, elämäntyyli ja huono-osaisuuden ongelma. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Palosuo, H., Sihto, M., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Keskimäki, I. & Manderbacka, K. 2006. Sosioekonomiset terveyserot ja terveystalitiikka Suomessa, Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2), 154–166.
- Purhonen, S., Gronow, J., Heikkilä, E. Kahma, N., Rahkonen, K. & Toikka, A. 2014a. Suomalainen maku – Kulttuuripääoma, kulutus ja elämäntyylien sosiaalinen eriytyminen. Tallinna: Gaudeamus.
- Purhonen, S. Gronow, J., Heikkilä, E. Kahma, N., Rahkonen, K. & Toikka, A. 2014b. Urheilu, ruumiinkulttuuri ja pukeutuminen. Teoksessa Purhonen, S. Gronow, J., Heikkilä, E. Kahma, N., Rahkonen, K. & Toikka, A. 2014. Suomalainen maku – Kulttuuripääoma, kulutus ja elämäntyylien sosiaalinen eriytyminen. Tallinna: Gaudeamus, 152-180.
- Prättälä, R., Berg, M-A. & Puska, P. 1992. Diminishing or increasing contrasts? Social class variation in Finnish food consumption patterns, 1979-1990. *European Journal of Clinical nutrition* 42, 279–287.
- Prättälä, R., Hakala, S., Roskam, A-J., Roos, E., Helmert, U., Klumbiene, J., Van Oyen, H., Regidor, E. & Kunst, A. 2009. Association between educational level and vegetable use in nine European countries. *Public Health Nutrition* 12(11), 2174–2182.
- Raijas, A. 2017. Onko kaikilla varaa syödä terveellisesti ja vastuullisesti? *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (4), 468–471.
- Rimpelä, M. 2011. Terveystenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) 2011. Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Unigrafia, 11–32.
- Roos, E., Talala, K., Laaksonen, M., Helakorpi, S., Rahkonen, O., Uutela, A. & Prättälä, R. 2008. Trends of socioeconomic differences in daily vegetable consumption, 1979–2002. *European Journal of Clinical Nutrition* 62, 823–833.

- Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 8/2011.
- Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T. & Mustonen, N. 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka 79 (1), 92–99.
- Saarela, H., Mäki-Opas, T., Silventoinen, K. & Borodulin, K. 2015. Sosiodemografiset erot suomalaisten hyötyliikunnassa. Liikunta & Tiede 52, 55–63.
- Sarlio-Lähteenkorva, S. & Prättälä, R. 2012. Voidaanko ravitsemuspolitiikalla kaventaa väestön ravitsemuksen sosioekonomisia eroja? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 180–188.
- Sibeon, R. 2004. Social Action, Power and Interests. Teoksessa Sibeon, R. 2004. Rethinking social theory. London: SAGE, 117–152.
- Sihto, M. 2016. Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalirakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sjöström, M., Ekelund, U. & Yngve, A. 2004. Assessment of Physical Activity. Teoksessa Gibney, M., Margetts B.M., Kearney, J.M. & Arab, L. (toim.) 2004. Public Health Nutrition. Oxford: Blackwell Science, 83–104.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Kansanterveyden neuvottelukunta. Esitteitä 2001:8.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019a. Terveyden edistäminen. Viitattu 2.10.2019.
<https://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019b. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset. Viitattu 17.10.2019.

<https://stm.fi/terveysneuvonta-terveystarkastukset>

Suomen Lääkäriliitto. 2019. Terveyden edistäminen ja terveysneuvonta. Viitattu 17.10.2019.

<https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/terveyden-edistaminen-ja-sairauksien-ennaltaehkaisy/terveyden-edistaminen-ja-terveysneuvonta/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen. Viitattu 3.10.2019.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103115/Yleinen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Eriarvoisuus. Viitattu 25.9.2019.

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Ravitsemus. Viitattu 7.11.2019.

<https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus>

UKK-instituutti. 2019. Aikuisten liikkumisen suositus. Viitattu 4.2.2020.

<https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/aikuisten-liikkumisen-suositus>

Vallgård, S. 2011. Why the concept "lifestyle diseases" should be avoided. *Scandinavian Journal of Public Health* 39, 773–775.

Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. & Wardle, J. 2009. Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology. *Health Education & Behavior* 36(5), 860–877.

Vorster, HH. 2009. Introduction to Human Nutrition: A Global Perspective on Food and Nutrition. Teoksessa Gibney, M., Lanham-New, S.A., Cassidy, A. & Vorster, HH. 2009. *Introduction to Human Nutrition Second Edition*. Singapore: Fabulous Printers Pte Ltd, 1–11.

Wardle, J. & Steptoe, A. 2003. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57, 440–443.

Whitehead, M., Poval, S., Loring, B. 2014. The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequalities in health. World Health Organization Europe.

World Health Organization. 2019. Priorities: Health for all. Viitattu 8.11.2019.
<https://www.who.int/dg/priorities/health-for-all/en/>