

SYRJÄYTTÄMINEN ERIARVOISTAA

Vertaileva tutkimus liikkumisesteisten ihmisten asemasta

AIRAKSINEN TIINA

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalipolitiikan pro gradu –tutkielma

Huhtikuu 2006

Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

AIRAKSINEN TIINA: Syrjäyttäminen eriarvoistaa. Vertaileva tutkimus
liikkumisesteisten ihmisten asemasta

Pro gradu –tutkielma, 98 s., 7 liites.

Sosiaalipolitiikka

Huhtikuu 2006

Asiasanat: hyvinvointi, toimintaedellytykset, liikkumisesteisyys, vaammaisuuden määrittely, koulutus, työllistyminen, toimeentulo, oikeudet, yhdenvertaisuus

Tiivistelmä: Pro gradu –tutkielmassa tarkastelin liikkumisesteisten naisten ja miesten hyvinvointia ja yhteiskunnallista asemaa koko väestöön verrattuna. Ihmisten liikkumisesteisyyden määrittely perustui toimintaedellytyksiin ja toimintakykyyn. Määrittelin vastaajat liikkumisesteisiksi, jos heillä oli vaikeuksia puolen kilometrin kävelemisessä, yhden kerroksen nousemisessa tai liikkuminen yleensä oli hankalaa.

Aiempaa tutkimusta liikkumisesteisten ihmisten yhteiskunnallisesta asemasta Suomessa on varsin vähän. Tutkimuksessa vertasin yli 30-vuotiaiden liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutukseen ja työhön osallistumista sekä toimeentulon tasoa muuhun väestöön 2000-luvun alun Suomessa. Tutkimus on kvantitatiivinen vertaileva poikkileikkauskartoitus liikkumisesteisten ihmisten tilanteesta. Aineistona oli Terveys 2000 – väestöaineisto, jota analysoin Stata 8-ohjelman ristiintaulukoilla ja keskiarvovertailuilla.

Liikkumisesteisyys lisääntyy iän myötä. Keskimäärin yli 30-vuotiaassa väestössä, naisista noin 21 prosentilla, ja miehistä noin 15 prosentilla oli liikkumisen vaikeuksia. Jokaisessa ikäryhmässä liikkumisesteisillä naisilla ja miehillä oli vähemmän ylioppilastutkintoja, he olivat useammin ilman ammatillista koulutusta ja heillä harvemmin oli korkea-asteen koulutusta. Liikkumisesteisten naisten ja miesten työhön osallistuminen oli jokaisessa ikäryhmässä selkeästi toisia alhaisempi. Liikkumisesteiset naiset ja miehet olivat enemmän työttömänä tai eläkkeellä.

Liikkumisesteisillä miehellä ja naisilla nettovuositulot jäivät alle vastaavanikäisten vertailuryhmien. Erityisesti liikkumisesteiset naiset joutuivat tinkimään paljon menoistaan tulojen alhaisuuden vuoksi. Useat liikkumisesteiset naiset ja miehet kokivat myös, että heidän taloudellinen tilanteensa oli kehittynyt huonompaan suuntaan kolmen edellisen vuoden aikana.

Tutkimuksen tulosten perusteella voi päätellä, että liikkumisesteisten ihmisten hyvinvointi sekä taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet eivät toteudu yhdenvertaisesti muuhun väestöön verrattuna. Tarvitaan lisää ympäristön esteettömyyttä, syrjimättömyyttä ja positiivisia erityistoimia yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Myös jatkotutkimukset liikkumisesteisten naisten ja miesten elämänlaadusta ja osallisuudesta ovat tarpeen.

Sisällysluettelo:

1	JOHDANTO	2
2	KESKEISET KÄSITTEET	6
2.1	HYVINVOINTI, TARPEET JA ELINOLOT	6
2.1.1	<i>Hyvinvointitutkimuksen historiaa</i>	8
2.1.2	<i>Sosiaalinen raportointi ja sosiaali-indikaattorit</i>	9
2.1.3	<i>Sosiaalisen laadun teoria</i>	9
2.1.4	<i>Ihmisten yhteiskunnallisen aseman mittaaminen</i>	11
2.2	TOIMINTAEDELLYTYKSET OSANA HYVINVOINTIA.....	12
2.2.1	<i>Kyky toimia</i>	12
2.2.2	<i>Toimintaedellytysten ja toimintakyvyn ICF-luokitus</i>	13
2.2.3	<i>Liikuntakyky ja liikkumisesteisyys terveyden osa-alueena</i>	16
2.2.4	<i>Vammaisuuden määrittäminen suhteessa ympäristöön</i>	17
2.2.5	<i>Muuttuva käsite</i>	20
3	TERVEYS JA SOSIAALINEN ASEMA.....	22
3.1	TERVEYDEN JA SOSIAALISEN ASEMAN YHTEYDEN SELITYSMALLEJA	22
3.1.1	<i>Artefakta-selitys</i>	23
3.1.2	<i>Liikkuvuus- eli selektioteoriat</i>	23
3.1.3	<i>Kulttuurin ja terveyskäyttäytymisen vaikutus</i>	25
3.1.4	<i>Aineelliset ja rakenteelliset tekijät</i>	26
3.1.5	<i>Uudempia selityksiä</i>	27
3.1.6	<i>Elämänkaarinäkökulma</i>	27
3.2	TUTKIMUKSIA LIKKUMISESTEISTEN IHMISTEN ELINOLOISTA	30
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -AINEISTO.....	33
4.1	TUTKIMUSASETELMA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
4.2	TERVEYS 2000 –AINEISTO JA KVANTITATIIVISET TUTKIMUSMENETELMÄT.....	35
4.2.1	<i>Terveys 2000 –aineisto ja otos</i>	35
4.2.2	<i>Terveys 2000 –tutkimuksen otoksen arviointia ja kato</i>	36
4.2.3	<i>Kotihaastattelu ja käytetyt kysymykset</i>	37
4.2.4	<i>Otanta-asetelman ja painokertoimen huomioiminen</i>	38
4.2.5	<i>Ristiintaulukointi päämenetelmänä</i>	38
4.2.6	<i>Riippumattomuudesta ja tilastollinen merkitsevyys</i>	39
5	VERTAILUASETELMAN MUODOSTAMINEN	40
5.1	LIKKUMISESTEISTEN IHMISTEN RYHMÄ.....	41
5.2	RYHMIEN DEMOGRAFIAA	44
5.2.1	<i>Ikä ja liikkumiskyky</i>	44
5.2.2	<i>Liikkumiskyky ja sukupuoli</i>	46
5.3	KOETTU TERVEYS JA SAIRASTAVUUS	47
5.3.1	<i>Sairastavuus</i>	48
5.3.2	<i>Näkökykyyn liittyvä liikkumisesteisyys</i>	50

6	KOULUTUS	51
6.1	KOULUTUKSEN TAUSTAA JA TUTKIMUKSIA	51
6.2	KOULUTUKSEN VERTAILUANALYYSI	53
6.2.1	<i>Keskimääräiset kouluvuodet</i>	53
6.2.2	<i>Ylioppilastutkinnon suorittaminen.....</i>	54
6.2.3	<i>Ilman ammatillista koulutusta.....</i>	55
6.2.4	<i>Koulutustason rakenteiden erot.....</i>	56
7	PÄÄASIALLINEN TOIMINTA	58
7.1	TYÖLLISYYDEN TAUSTAA JA TUTKIMUKSIA	58
7.2	PÄÄASIALLISEN TOIMINNAN VERTAILUANALYYSI	60
7.2.1	<i>Työllistyminen ja työhön osallistuminen.....</i>	60
7.2.2	<i>Työttömyys.....</i>	62
7.2.3	<i>Työikäisten eläköityminen.....</i>	63
8	TOIMEENTULO.....	65
8.1	TOIMEENTULON TAUSTAA JA TUTKIMUKSIA.....	65
8.2	TOIMEENTULON VERTAILUANALYYSI	66
8.2.1	<i>Vuositulot eri ikäryhmissä</i>	66
8.2.2	<i>Keskivuositulot kotitalouden kulutusyksikköä kohden</i>	67
8.2.3	<i>Köyhyys.....</i>	68
8.2.4	<i>Tulojen ja menojen välinen suhde</i>	69
8.2.5	<i>Taloudellisen tilanteen kehitys.....</i>	70
9	TULOSTEN VERTAILUA TOISIIN TYÖLLISYYSTUTKIMUKSIIN.....	72
9.1.1	<i>Liikkumisesteisten ihmisten työllistyminen Ruotsissa</i>	72
9.1.2	<i>Eurooppalainen tutkimus vammaisten ihmisten työllistymisestä.....</i>	74
9.1.3	<i>Alhainen työhön osallistuminen</i>	75
10	YHTEENVETO.....	77
11	POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	79
11.1.1	<i>Metodologista pohdintaa</i>	79
11.1.2	<i>Metodista pohdintaa.....</i>	80
11.1.3	<i>Vertailututkimuksen arvoista.....</i>	82
11.2	JOHTOPÄÄTÖKSET	83
	LÄHDELUETTELO.....	87
	LIITTEET.....	99

Taulukko- ja kuvioluettelo:

Sivu

Kuviot:

Kuvio 1: Hyvinvointitutkimuksen osa-alueet ja indikaattorit	6
Kuvio 2: ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	15
Kuvio 3: Tutkimustehtävä	33

Taulukot:

Taulukko 1a: Liikkumisesteisten ihmisten ryhmän muodostaminen yhdistelmämuuttujan kolmen kysymyksen avulla (%)	42
Taulukko 1b. Yhdistelmämuuttujan kysymysten ristiintaulukointi (%)	43
Taulukko 2: Vastaajien ikäryhmät syntymävuosiksi muutettuna	45
Taulukko 3a: Liikkumisesteisyyden osuus keskimäärin eri ikäryhmissä (%)	45
Taulukko 3b: Liikkumisesteisyyden osuus naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä (%)	46
Taulukko 4: Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus eri ikäryhmissä koko väestössä ja liikkumisesteisillä naisilla ja miehillä (%)	48
Taulukko 5: Ainakin yhden pysyvän tai pitkäaikaisen sairauden, tai jonkin vian, vaivan tai vamman ilmoittaneiden osuudet eri ikäryhmissä (%)	49
Taulukko 6: Näkökykyyn liittyvä liikkumisesteisyys eri ikäryhmissä (%)	50

Koulutus:

Taulukko 7: Käydyt kouluvuodet keskimäärin eri ikäryhmissä naisilla ja miehillä	54
Taulukko 8: Ylioppilastutkinnon suorittaneiden osuudet eri ikäryhmissä (%)	54
Taulukko 9: Ilman ammatillista koulutusta olevat naiset ja miehet eri ikäryhmissä (%) .	55

Pääasiallinen toiminta:

Taulukko 10: Työhön osallistumisen aste naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä (%)	61
Taulukko 11: Työttömien osuus eri ikäryhmissä (%)	62
Taulukko 12: Eläkkeellä olevien osuus eri ikäryhmissä (%)	63

Toimeentulo:

Taulukko 13: Nettovuositulojen keskiarvot naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä, euroa/vuosi	67
Taulukko 14: Kotitalouden Kulutusyksikköä kohden laskettujen nettovuositulojen keskiarvot euroa/vuosi	67
Taulukko 15: Alle 6000,- euron nettovuosituloilla elävien naisten ja miesten osuudet eri ikäryhmissä (%)	68
Taulukko 16: Taloudellisen tilanteen kehitys huonompaan suuntaan kolmen edellisen vuoden aikana työ- ja eläkeikäisillä naisilla ja miehillä (%)	69

Liitteet:

Liite 1. Terveys 2000 –aineiston kotikäyntihaastattelun runko	99
Liite 2. Käytetyt kysymykset Terveys 2000 –aineiston kotikäyntihaastattelun lomakkeista	100

Liitekuvio:

Liitekuvio 1: Tutkimustehtävä toimintaedellytysten ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteita hyödyntäen	102
--	-----

Liitetaulukot:

Liitetaulukko 1: Koulutusaste eri ikäryhmissä (%).....	103
Liitetaulukko 2a: Työvoimaan kuuluvat naiset ja miehet (%)	104
Liitetaulukko 2b: Pääasiallinen toiminta eri ikäryhmissä naisilla ja miehillä liikkumiskyvyn mukaan (%)	104
Liitetaulukko 3: Tulojen ja menojen suhde eri ikäryhmissä vastaajien taloudessa (%) .	105

1 Johdanto

Ihmisten liikkumiskyky on yksi toimintaedellytysten ja toimintakyvyn ulottuvuuksista. Liikkumiskyky suhteutuu ympäristöön ja siinä oleviin esteisiin. Liikkumisesteisyys tarkoittaa iän, vamman tai sairauden vuoksi rajoittunutta toiminta-, liikkumis- tai suuntautumiskykyä. (Vrt. Könkkölä 2003, 11-15.) Laajasti ajatellen liikkumisesteisiä ihmisiä ovat esimerkiksi pienet lapset, väliaikaisesti jalkansa tai selkensä loukanneet henkilöt, lastenvaunujen, matkalaukkujen tai ostoskassien kanssa liikkuvat naiset ja miehet, raskaana olevat naiset, ylipainoiset kuluttajat, ikääntyneet kansalaiset sekä ihmiset, joilla on jokin liikkumista haittaava tai rajoittava fyysinen vamma tai sairaus liikunta- tai tukielimissään. Ihmisten liikkuminen voi siten olla myös muun syyn kuin fyysisen tuki- tai liikuntaelinvamman vuoksi rajoittunutta. Liikkumisesteisyyttä ilmenee laajasti yhteiskunnassa, erityisesti vanhemmilla ikäryhmillä. Se ei ole vain vähemmistön ongelma, vaan se koskettaa monin tavoin muitakin kuin liikkumisesteitä kokevia ihmisiä itseään.

Uskonnolliset ja lääketieteelliset määrittelyt ovat pitkään hallinneet käsitystä vammaisuudesta. Viime aikoina vammaisuuden sosiaalinen määrittely on vahvistunut. Yhteiskunnan rakenne, elinkeinot sekä hyvinvointipolitiikka vaikuttavat siihen, ketkä määrittellään tai ketkä määrittelevät itsensä vammaisiksi tai toimintarajoitteisiksi. Yhteiskunnan muuttuminen on näkynyt asenteiden muuttumisena eri tavoin toimintarajoitteisia ihmisiä kohtaan. Vielä lähimenneisyydessä ihmiset, joilla oli joitakin toiminnan rajoitteita, nähtiin vain hyväntekeväisyyden passiivisina kohteina. Nykyisin yhteiskunnassa ottaa huomioon eri tavoin toimintarajoitteisten ihmisten oikeudet vaatimukset yhdenvertaisista perusoikeuksista. Perinteisesti yhteiskunnan taloudelliset ja sosiaaliset prosessit ovat rakentaneet ja määrittäneet normaaliutta, eikä toimintarajoitteisuutta ole otettu huomioon. Tuloksena ovat käsitykset normaaleista toiminnoista, joita yhteiskunta pitää kansalaisille luonnollisina, mutta jotka ovat eri tavoin toimintarajoitteisilta kansalaisilta olleet kiellettyjä. Erilaiset rajoitukset ovat estäneet heidän täyden osallistumisensa yhteiskuntaan. (Grammenos 2003, 29.) Peter Townsandin (1979) laaja englantilainen elinolosuheraportti nosti esiin kysymykset vammaisten ihmisten koulutuksellisista, taloudellisista ja työllisyystarpeista ja oikeuksista.

Simo Vehmas (2005, 79-80) toteaa vammaisuuden historiaa ja teoriaa valottaneessa katsauksessa, että yleisessä ajattelussa vammaisuuden katsotaan väistämättä liittyvän tiettyyn yhteiskunnalliseen asemaan, johon ei kuulu tasavertainen mahdollisuus esimerkiksi koulutukseen ja työhön. Kuten sukupuoleen liittyvissä kysymyksissä on viitattu sosiaalisten tekijöiden merkitykseen, on viimeistään nyt syytä kiinnittää huomiota sosiaalisten tekijöiden merkitykseen myös eri tavoin vammaisten ihmisten asemaa tarkasteltaessa.

Vuonna 1995 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Suomen vammaispoliittisen ohjelman ”Kohti yhteiskuntaa kaikille” tavoitteena on yhteiskunta, joka ottaa kaikkien jäsentensä tarpeet huomioon tasavertaisesti. Tavoitteeksi asetettiin yhdenvertaisten mahdollisuuksien ja oikeuksien periaate, joka merkitsee sitä, että jokaisen yksilön tarpeet ovat yhtä tärkeitä. Tarpeet tulee ottaa yhteiskunnan suunnittelun perustaksi ja tulee varmistaa,

että jokaisella yksilöllä on samat osallistumismahdollisuudet. (Kohti yhteiskuntaa... 1995, 4-7.)

Yhdistyneet Kansakunnat (YK) hyväksyi 40 vuotta sitten vuonna 1966 taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä (TSS) oikeuksia sekä kansalais- ja poliittisia (KP) oikeuksia koskevat sopimukset, jotka Suomi on myöhemmin ratifioinut. (Ulkoasianministeriön julkaisuja 1978). Vuonna 1995 perusoikeus-uudistuksessa TSS-oikeudet kirjattiin Suomen perustuslakiin. Tämän jälkeen kansalaisten elinolosuhteita ja tarpeita on tarkasteltu yhä enemmän myös siitä näkökulmasta, miten kansalaisten perusoikeudet toteutuvat. Perusoikeusmyönteinen kansallinen lainsäädäntö nähdään keskeisenä välineenä edistää kaikkien ihmisten sosiaalisten, sivistyksellisten ja taloudellisten oikeuksien toteutumista. Kuitenkin eri tavoin vammaisten ja toimintarajoitteisten ihmisten tarpeiden ja perusoikeuksien toteutumista on jouduttu puntaroimaan laajasti myös korkeimmassa hallinto-oikeudessa. Myös kansainvälisesti on koettu, että yleiset ihmisoikeudet ja syrjinnän kieltävät säännökset eivät ole riittävästi edistäneet eri tavoin vammaisten naisten ja miesten yhdenvertaisuutta ja ihmisoikeuksia eri maissa. Parhaillaan YK:ssa valmistellaankin vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaa kansainvälistä yleissopimusta. (YK, <http://www.un.org...>)

Oikeuksien toteutumisessa on kysymys ihmisten tarpeiden tyydyttämisestä. Eri tavoin toimintarajoitteisten ihmisten yhdenvertainen tarpeiden tyydyttäminen vaatii usein positiivisia erityistoimia, kompensatiota ja palveluja. Perusoikeudet tarjoavat yhteisesti hyväksytyyn normiin, johon eri kansalaisryhmien tarpeiden tyydyttymistä voidaan verrata.

Tässä tutkielmassa käytän pääosin hyvinvoinnin viitekehystä, mutta tarpeiden tyydyttämisen rinnalla on mahdollista pohtia myös sitä, kuinka liikkumisesteisten ihmisten sosiaaliset, sivistykselliset ja taloudelliset perusoikeudet ovat toteutuneet muuhun väestöön verrattuna.

Terveys 2015 –kansanterveysohjelmaan (Valtioneuvosto 2001) on kirjattu tavoitteeksi terveyden tasa-arvon edistäminen. Kansanterveysohjelman mukaan kaikille väestöryhmille on turvattava mahdollisuus terveyden edistämiseen ja osallisuuteen yhteiskunnan toiminnasta. Kansanterveysohjelman tavoitteissa pyritään siihen, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tavoitteet on myös hyväksyttävä mahdollisimman laajasti yhteiskunnan päätöksenteossa, toimenpideohjelmissa, niiden toimeenpanossa sekä tulosohjauksessa. (Kangas ym. 2002, 14.) Pääasiallinen vastuu terveys- ja hyvinvointierojen pienentämisestä on hajautettu kaikille toimijoille niin keskushallinnolle, kunnille, tutkimuslaitoksille kuin järjestöille. (Sihto ym. 2002, 325-329.)

Tiedon kerääminen kansalaisten elinolosuhteista ja hyvinvoinnin tilasta on yksi sosiaalipolitiikan perustehtävistä. Poliittiset päättäjät, suunnittelu ja hallinto tarvitsevat tutkittua tietoa vallitsevista olosuhteista päätösten tueksi ja tarvittavien toimenpiteiden toteuttamiseksi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes on julkaissut vuonna 2002 ja 2006 väestötasoiset katsaukset suomalaisten hyvinvoinnista. Hyvinvointikatsauksiin on koottu sosiaalipolitiikan eri osa-alueiden tutkimuksia, kuten esimerkiksi eri ikäkausiin

kohdistuvia hyvinvointipoliittisia tutkimuksia sekä tutkimuksia sosiaalisista ongelmista ja niihin vastaamisesta. (Heikkilä & Kautto 2002; Kautto 2006.) Yleisissä väestöä koskevissa elinolosuhdetutkimuksissa eri tavoin kategorisoidut väestöryhmät jäävät kuitenkin usein näkymättömäksi vähemmistöryhmäksi. Hyvinvointikatsauksen tutkimuksissa ei ole tutkittu erityisesti esimerkiksi eri tavoin liikkumisesteisten ihmisten elinoloja, vaikka hyvinvointikatsauksen kaikki teemat liittyvät myös liikkumisesteisten ihmisten elämään.

Joulukuussa 2000 Nizzan Eurooppa-neuvosto tunnusti eri tavoin toimintarajoitteisten naisten ja miesten olevan suuressa vaarassa syrjäytyä. Saatavilla vain vähän määrällistä tietoa toimintarajoitteisten ihmisten tilanteesta, elinoloista ja osallistumisesta yhteiskuntaan niin kansalliselta kuin eurooppalaiselta tasolta. Määrällinen tieto lisäisi ymmärrystä myös sosiaalisen syrjäytymisen syistä. (EDF 2002, 5.) Tilastojen avulla on mahdollista laatia karkea kuva eri tavoin toimintarajoitteisten ihmisten elinoloista. Vammaisten ihmisten elinolojen selvittäminen vaatii tutkimuksellista lähestymistapaa. (Nouko-Juvonen 1997, 54.)

Suomen vammaispolitiikassa on käynnissä monen tasoisia uudistuksia. Vanhasen hallitusohjelmaan kirjattujen tavoitteiden mukaan valmistellaan parhaillaan vammaisia ihmisiä koskevaa lainsäädäntömuutosta. Tähän liittyy myös valtioneuvoston hallitusohjelmassa vuosille 2002-2006 kirjatun vammaispoliittisen selonteon valmistelut (esim. Paara 2005.) Tässä uudelleenarvioinnin vaiheessa tarvitaan tietoa aiempien tavoiteohjelmien toteutumisesta ja myös uusien yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden asettamista, sekä tutkittua tietoa ja sosiaalista raportointia vammaisten ihmisten elinolosuhteista. Eri tavoin vammaisten ihmisten hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista ei voi selvittää pelkästään palvelujärjestelmää tarkastelevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksen (Heikkilä & Roos 2004) avulla, vaan tietoa tarvitaan palveluja tarvitsevien ja käyttävien kansalaisten asemasta yhteiskunnassa.

Invalidiliitto ry on vuonna 1938 perustettu tuki- ja liikuntaelinvammaisten ihmisten oma, keskinäiseen vastuuseen perustuva valtakunnallinen sisarus/veljesjärjestö. Myös Invalidiliitossa tarvitaan kansallista tietoa liikkumisen vaikeuksia omaavien ihmisten yhteiskunnallisesta asemasta. Invalidiliittoon on kertynyt paljon kokemusta ja tietoa liikunta- ja tukielinvammaisten ihmisten arkipäivän ongelmista, mutta olemassa oleva tieto on varsin hajanaista ja sattumanvaraista. Tutkittu ja väestötasoinen tilastotieto liikkumisesteisten ihmisten yhteiskunnallisesta asemasta on erityisen tarpeellista yhteiskuntapoliittisten toimenpiteiden vaikutusten arvioimiseksi sekä tarvittavien kehittämistarpeiden esittämiseksi.

Tässä empiirisessä tutkimuksessa selvitän hyvinvoinnin toteutumista ja sosioekonomista asemaa naisilla ja miehillä, joilla on liikkumisen vaikeuksia. Tutkimuksessa vertaan liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutustasoa, työhön osallistumista sekä toimeentuloa saman ikäisen väestön ja vertailuryhmän vastaaviin tietoihin. Tässä tutkimuksessa en tarkastele muiden toimintarajoitteisuuden muotojen kuin liikkumiskyvyn yhteyttä ihmisten elinoloihin. Aineistona käytän valmista Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -haastatteluaineistoa.

Rajoittuneen liikkumiskyvyn merkitystä arjessa selviytymiseen on tutkittu vielä varsin vähän. Ihmisten vammaisuutta, toimintaedellytyksiä ja toimintarajoitteisuutta on yleensä tutkittu sukupuolettomana ilmiönä. Naisten ja miesten elämässään kokemat toimintarajoitteet ovat kuitenkin jossain määrin erilaisia. Lisäksi naisten ja miesten yleinen yhteiskunnallinen asema heijastuu myös vammautuneiden naisten ja miesten asemaan (Urponen 1989). Tässä tutkimuksessa pidänkin tärkeänä vertailla naisten ja miesten, samoin kuin eri ikäryhmiä edustavien kansalaisten asemaa toisiinsa.

Tutkimusraportissa etenen tarkastelemalla ensin hyvinvointi- ja elinolotutkimuksen kehittymistä sekä sosiaalisen raportoinnin ja sosiaalindikaattoreiden uutta tuleamista. Sen jälkeen esittelen käyttämiäni toimintaedellytysten, liikkumiskyvyn sekä liikkumisesteisyyden käsitteitä ja niiden kehittymistä. Tutkimukseni on kuvaileva, mutta esittelen luvussa 3 terveys sosiologian eri teorioita ihmisten terveyden ja sosiaalisen aseman oletusta yhteydestä. Luvun lopussa esittelen lyhyesti liikkumisesteisten ihmisten elinoloja koskevaa aiempaa tutkimusta. Luvussa 4 esittelen tutkimuskysymykset, käyttämäni Terveys 2000 –aineistoa sekä tutkimusmenetelmät. Ennen varsinaisia tutkimusaiheita muodostan vertailuryhmät sekä tarkastelen ryhmien demografiaa. Luvuissa 6 - 8 esittelen ensin aihealueiden aiempaa tutkimusta. Näissä luvuissa etsin vastauksia kysymyksiini vertaamalla eri mittareilla liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutustason, pääasiallisen toiminnan ja toimeentulon suhdelukuja vastaavan ikäiseen koko väestöön ja vertailuryhmään. Sen jälkeen esitän yhteenvedon, johon kokoon tärkeimmät tutkimukseni tulokset. Lopuksi pohdin tutkimuksen tekoa sekä jatkotutkimuksen ja -toimenpiteiden tarpeita.

2 Keskeiset käsitteet

Seuraavaksi esittelen monitahoisia hyvinvoinnin sekä toimintaedellytysten käsitteitä ja niiden kehittymistä. Näillä molemmilla on laajat tutkimusperinteet ja niitä on tarkasteltu osittain erilaisista viitekehyksistä.

2.1 Hyvinvointi, tarpeet ja elinolot

Briitta Koskiahon (1986, 82-83) mukaan ihmisten hyvinvointi ymmärrettiin tutkimuksessa alun perin taloudelliseksi kategoriaksi ja kulutukseen liittyväksi käsitteeksi. Hyvinvointitutkimuksen tavoitteena oli määrittää ihmisen hyvä sellaisena, että sitä voidaan tutkia sekä että sen avulla voidaan arvioida väestön elinolosuhteita ja yhteiskunnan toimintaa. Liberaalisen tradition mukaan hyvän nähtiin olevan yksilöllistä ja ihmisen itsensä oman parhaansa paras arvioija. Sen sijaan hyvinvointitutkimuksen ja sosiaalipolitiikan suunnitteluintressi, jota varten yksilöllistä tietoa kerätään, on kollektiivista. (Koskiahon 1985, 190-200; Raunio 1983, 1-2.)

Hyvinvointiteoriaa kehittänyt Erik Allardt on määritellyt hyvinvoinnin tarvekäsitteen avulla. Allardtin (1976, 21-35) mukaan ”hyvinvointi on tila, jossa ihmisillä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydyttyiksi”. Tällöin hyvinvoinnin aste määräytyy tarpeentyydytyksen asteesta. Tarpeilla tarkoitetaan perustarpeita, joiden tyydyttämättä jääminen merkitsee huonoja olosuhteita. Yhteiskuntapolitiikassa hyvinvointia pidetään tärkeänä tavoitteena, mutta sen määrittelemisen tarpeiden avulla on ajassa muuttuvaa. Ihmisten hyvinvointi määrittyy historiallisesti ja se täytyy määritellä aina uudestaan, kun yhteiskunnalliset olosuhteet muuttuvat ja tarpeet kehittyvät. Ihmisten tarpeentyydytystä ja hyvinvointia mitataan empiirisesti havainnoimalla heidän todellisia olosuhteitaan ja käyttäytymistään.

Allardtin (emt, 35) mukaan ihmisten hyvinvoinnin katsotaan koostuvan sekä elintasosta että elämänlaadusta. Molempia oletetaan voitavan mitata; molempia tutkittaessa voidaan käyttää sekä objektiivisia että subjektiivisia mittareita. Hyvinvointia tutkitaan havainnoimalla ihmisten todellisia, objektiivisesti havaittavia elinolosuhteita ja ihmissuhteita, kun taas onnellisuutta tutkitaan selvittämällä heidän asenteitaan ja subjektiivisia tunteitaan.

Kuvio 1: Hyvinvointitutkimuksen osa-alueet ja indikaattorit

	Hyvinvointi	Onnellisuus
Elintaso	Aineellisiin ja persoonattomiin resursseihin perustuva tarpeentyydytys	Subjektiiviset tunteet ja kokemukset yksilön materiaalisista ja ulkoisista elinehdoista
Elämänlaatu	Ihmisten välisiin, ihmisten ja yhteiskunnan sekä ihmisen ja luonnon välisiin suhteisiin perustuva tarpeentyydytys	Subjektiiviset tunteet ja kokemukset suhteesta ihmisiin, luontoon ja yhteiskuntaan

(Lähde: Allardt 1976, 33)

Elintaso koostuu niistä yksilön käytettävissä olevista aineellisista resursseista, joiden avulla yksilö voi ohjailta elinolojaan. Elintaso liittyy niihin objektiivisiin tarpeisiin, joiden tyydytys määrittellään aineellisten tai ainakin persoonattomien resurssien esiintymisen avulla. Tällaisia tarpeita ovat muun muassa tulot, asunto ja työllisyys. (Allardt 1976, 27-33.)

Hyvinvointitekijät nähdään yksilöllisinä, joskin yhteiskunnallisesti määräytyvinä elämänhallintaresursseina (Heikkilä 1990, 21). Elinolotutkimuksissa hyvinvointi puretaan mitattaviksi elinolojen osatekijöiksi, jolloin resursseiksi määrittellään muun muassa raha, omaisuus, tiedollinen pääoma, psyykinen ja fyysinen energia, sosiaaliset suhteet ja turvallisuus. Tässä tutkimustraditiossa oletetaan myös, että elinolojen hyvyyttä voidaan arvioida tekemällä vertailuja joihinkin normatiivisesti määriteltäviin tavoitteisiin ja arvoihin. (Heikkilä & Kautto 2002, 20.)

Samanaikaisesti usealla hyvinvointiulottuvuudella liikkuneet tutkimukset ovat tuottaneet tietoja myös huonojen elinolosuhteiden kasautumisesta. Eri sektoreilla toimivien viranomaisien on vaikea hankkia kokonaisvaltaista tietoa, mutta tieto kasautuneista huonoista elinolosuhteista on suunnannut sosiaalipoliittisten toimien painopistettä yksittäisten sosiaalisten ongelmien käsittelystä moniongelmaisten suuntaan. (Karisto 1980, 90.)

Jorma Sipilän (1979, 14-16, 27-28) mukaan sosiaalisten ongelmien yleisnimikkeitä ovat köyhyys, avuttomuus ja poikkeava käyttäytyminen. Köyhyys sisältää aineellisten ja persoonattomien resurssien puutteen, avuttomuus taas tietojen ja taitojen puutteen sekä fyysisen kyvyttömyyden. Köyhyys ja avuttomuus aiheuttavat vaikeuksia normien mukaisessa selviytymisessä yhteiskunnassa. Köyhät, avuttomat ja poikkeavat ihmiset myös syrjäytetään tai he syrjäytyvät osasta yhteisöelämää.

Vaikeasti liikkumisesteisten ihmisten kannalta keskeisenä käsitteenä on fyysinen kyvyttömyys, joka liittyy ”avuttomuuden” käsitteeseen. Avuttomuutta ei ole kuitenkaan katsottu voitavan liittää erityisesti mihinkään tarveluokkaan. Avuttomuutta saattaa seurata sekä aineellisesta että aineettomasta tarpeiden tyydyttämättömyydestä. Se ei muodosta täten samalla tavalla tarveteoreettisesti itsenäistä ongelmaulottuvuutta kuin köyhyys ja poikkeava käyttäytyminen. (Raunio 1981, 25.) Urpo Kuotolan ja kumppaneiden (1983, 10) mukaan liikuntavammaisten ihmisten kohdalla ei voida puhua hyvinvointitutkimuksesta, joten hän tutki erityisesti eri vammaisryhmien kokemaa taloudellista, sosiaalista ja fyysistä deprivatiota Peter Townsendin (1970) käsitteiden avulla. Sipilän (1979, 15-16) mukaan deprivatio estää ihmisten fyysisen, emotionaalisen ja älyllisen kehityksen. Kuotolan mukaan avuttomuus aiheuttaa ihmisille erilaisia deprivatioita, jotka ovat tilanteita, joissa yksilön keskeiset hyvinvointitavoitteet eivät toteudu. Viime vuosina erityisesti ikääntyneiden ihmisten elinolotutkimuksissa on avuttomuuteen liittyvään palveluntarpeeseen kiinnitetty huomiota. (esim. Vaarama & Kaitsaari 2002).

Kyösti Raunion (1983, 1-2) mukaan hyvinvointitutkimus edustaa kvantitatiiviseen metodologiaan perustuvaa elinolotutkimusta ja elämäntapatutkimus laadulliseen metodologiaan perustuvaa elinolotutkimusta. Kvantitatiivisessa hyvinvointitutkimuksessa uskotaan sosiaalisen todellisuuden ja ihmisen käyttäytymisen mitattavuuteen sekä määrien mittaamiseen ja

verrattavuuteen. Ajatus pitää sisällään positivistisen konseptin, matemaattisen käsityksen todellisuudesta, ja sillä onkin luonnontieteellinen orientaatio. Raunio (1999, 172) mukaan positivistisen yhteiskuntatieteen tehtävänä on löytää säännönmukaisuuksia ja testata muuttumattomuuksia empiirisen aineiston avulla. Kvantitatiivisen yhteiskuntatutkimuksen tavoitteena on tähdätä tosiasioiden kuvailevaan esittämiseen ja yleistää vastaajilta saatua kokemuspohjaista aineistoa.

Kvantitatiivisen elinolotutkimuksen survey-aineistot edustavat metodologista individualismia, jossa yhteiskunnallisen todellisuuden ajatellaan muodostuvan yksilöistä. Siinä oletetaan, että yhteiskunnalliset kokonaisuudet riippuvat yksilöistä ja heidän valinnoistaan. Tällöin yksilöitä koskevien tietojen perusteella tehdään yhteiskunnallisia rakenteita ja instituutioita koskevia johtopäätöksiä. Survey-tutkimuksissa yksilöiden käyttäytymistä selitetään yhteiskunnalliseen kontekstiin liittyvien tekijöiden avulla. Tilastolliset menetelmät suuntaavat huomiota yksilöiden välisistä vaihteluista keskimääräiseen vaihteluun (Emt., 212-214.)

Hyvinvoinnin positivistinen ja elinolojen kvantitatiivinen tutkimus on saanut eri tutkijoilta paljon kritiikkiä osakseen (Raunio 1999, 221-223). Positivistista tutkimusorientaatiota vastustavat ja hyvinvoinnin subjektiivisuutta painottavat tutkijat ovat korostaneet hyvinvoinnin määrittävän ensisijassa yksilöiden kokemuksina ja kulttuurisina tulkintoina. Arvostelijoiden mukaan pelkästään objektiivisten mittareiden käyttö ei kerro, edistääkö mitattavissa olevat ja normitetut resurssit todella yksilöiden kokemaa hyvinvointia. (Heikkilä & Kautto 2002.)

2.1.1 Hyvinvointitutkimuksen historiaa

Kvantitatiivisten elinolotutkimusten tekeminen käynnistyi Suomessa 1880-luvulla. Ensimmäiset tutkimukset tehtiin ”tehdasteollisuuden työntekijäin terveydellisistä ja sosiaalisista oloista”. (Waris 1978, 11.) Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät kehittyivät erityisesti toisen maailmansodan jälkeen. Elinolosuhdetutkimusten kehittyminen edellytti tietokoneiden ja tilastotieteen menetelmien kehittymistä. Vielä 1900-luvun alussa tilastollinen tutkimus oli ollut pääsääntöisesti kuvailevaa ja empiiristä (Raunio 1999, 191).

1950- ja -60-luvuilla alettiin kehittää myös kansainvälisiä makrotasoisia elinolosuhdevertailuja YK:n ja sen erityisjärjestöjen toimesta. YK:n asiantuntijaryhmä julkaisi vuonna 1954 ensimmäisen raportin ”International Definition and Measurement of Standards and Levels of Living”. Raportissa eroteltiin käsitteet ”elintaso” (level of living), ”elinstandardi” ja ”elinnormi”. YK:n asiantuntijat julkaisivat vuonna 1961 toisen raportin: ”International Definition and Measurement of Levels of Living. An Interim Report.” Tätä työtä jatkettiin YK:n sosiaalisen kehityksen tutkimuslaitoksen piirissä. (Drewnowski 1970 ja 1974.) Briitta Koskiahon (1985, 194) mukaan elinolojen vertailututkimus eri kansallisvaltioiden välillä muodosti 1960-luvulta 1980-luvulle yhden sosiaalitutkimuksen pääväylistä.

1970-luvulla Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa otettiin käyttöön aktiivinen käsitys ihmisestä ja ihmisen resursseista. Tarpeiden tyydyttämisestä tavaroiden ja palveluiden kautta siirryttiin yhteiskunnan tarjoamiin

voimavaroihin, joita hyödyntämällä ihmiset voivat osallistua sosiaaliseen toimintaan ja yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. (Koskiahon 1985, 205.) Kyösti Raunion (1983, 1-2) mukaan hyvinvointitutkimus eli vahvana vielä 1980-luvun suomalaisessa elinolotutkimuksessa. Suomessa kvantitatiivinen elinolotutkimus lopetettiin 1990-luvulla ja tilalle tuli eurooppalainen kotitaloustiedustelu (ECHP) (Heikkilä & Kautto 2002, 18).

2.1.2 Sosiaalinen raportointi ja sosiaali-indikaattorit

Matti Heikkilän ja Mikko Kauton (2002) mukaan sosiaalisen raportoinnin tavoitteena on tuottaa tietoa ja ymmärrystä ihmisten hyvinvoinnin laadusta ja jakaumasta yhteiskunnassa sekä sosiaalisista rakenteista ja prosesseista. Samalla yhteiskunnallinen suunnittelu ja päätöksenteko saa ajantasaisia, systemaattista ja riippumatonta tietoa sosiaalipolitiikan ehdoista ja vaikutuksista. Viime vuosina harjoitettu aktivoiva sosiaalipolitiikka sekä indikaattoriliikkeen nousu ovat lisänneet odotuksia elinolojen ja elämänlaadun kvantitatiiviselle tutkimukselle. Sosiaalinen raportointi, vertailu sekä hyvinvointi-indikaattoreiden kehittäminen ovat 2000-luvulla aktivoituneet Euroopan Unionin vaikutuksesta. Elinolojen kansainvälisellä vertailulla on jo pitkät perinteet. Briitta Koskiahon (1985) mukaan sosiaalitutkimus kehitti jo 1960-luvulla tietojen keräämisen avuksi sosiaali-indikaattoreita, joissa huomio on kiinnitetty yksilöön.

Erik Allardt (1976, 17) määritteli *sosiaali-indikaattorit* muuttujiksi, jotka kuvaavat yhteiskunnan tilaa ja joiden ääriarvot edustavat hyviä ja huonoja olosuhteita. Kuvausjärjestelmän tarkoituksena on verrata olemassa olevia ja toivottuja tiloja. Tietojen keruun lisääntymisen ja menetelmien tehostumisen vuoksi sosiaali-indikaattoreita pidetään aikaisempaa merkittävämpänä vaikuttajana yhteiskunnallisiin päätöksiin ja valintoihin. Briitta Koskiahon (1985, 205) on arvioinut sosiaali-indikaattoreiden soveltuvan hyvin sosiaaliseen evaluointiin ja arviointiin.

2000-luvulla lisääntynyt Euroopan Unionin jäsenmaiden yhteinen sosiaali-indikaattoreiden kehittäminen liittyy EU:n poliittiseen tavoitteeseen vahvistaa Euroopan sosiaalista mallia vastakohtana USA:n talousjohto- ja sosiaalimallille. Vuoden 2000 Lissabonin kokouksessa sovittiin talous- ja työllisyyspolitiikan periaatteista. Näihin liittyen sosiaalipoliittisia käsitteitä vertaillaan kansainvälisesti avoimen koordinaation –menettelytavan mukaisesti. Tavoitteena on parantaa EU:n hallintotapaa ja mahdollistaa eri politiikan alojen vertailu ja ehkä yhtenäistäminenkin. Käsitteiden ja käytäntöjen vertailun ja yhtenäistämisen tavoitteena on edistää vapaata liikkuvuutta ja avointa kilpailua. (Definition of Disability... 2002, 7; Euroopan yhteisöjen komissio 2003.)

2.1.3 Sosiaalisen laadun teoria

Sosiaali-indikaattoreista on siirrytty tutkimaan myös sosiaalista laatua. Sosiaalinen laatu –käsitteen teoreettinen kehittäminen sai institutionaalisen aseman, kun Euroopan Parlamentti hyväksyi Lissabonin strategian vuoden 2000 konferenssissa. Euroopan sosiaalisen laadun -säätiö (European Foundation on Social Quality) käynnisti kunnianhimoisen hankkeen uuden

sosiaalinen laatu –indikaattorin kehittämiseksi. Sosiaalinen laatu - hankkeessa kritisoidaan perinteistä kollektiivista ja valtiollista sosiaalipolitiikkaa ja sanotaan sen terveys-, koulutus-, sosiaaliturva- ja asuntopolitiikan olevan pelkästään ”sosiaalista hallinnointia”. Nykyisin pitäisi puhua mieluummin yhteiskunnallisesta politiikasta, joka sisältää tyytyväisyyden alueiden, kaupunkien, yhteisöjen ja perheiden olosuhteisiin suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Sosiaalisen laadun mukainen yhteiskuntapolitiikka sisältää ”sosiaalisen hallinnoinnin” lisäksi talous-, hyvinvointi- ja kulttuuripolitiikan samoin kuin raha- ja teollisuuspolitiikan. Siinä otetaan huomioon sekä julkisen että myös yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamat olosuhteet. (van der Maesen & Walker 2002, 5.)

Sosiaalinen laatu on määritelty Eurooppalaisen sosiaalisen laadun -säätöön ensimmäisessä kirjassa sekä osallistumisen laajuutena että elinolosuhteina. Määritelmän mukaan sosiaalisessa laadussa tarkastellaan ”miten laajasti ihmiset voivat osallistua yhteisönsä sosiaaliseen ja taloudelliseen elämään sekä ne olosuhteet, jotka edistävät heidän hyvinvointiansa ja yksilöllisiä mahdollisuuksiansa”. (Beck ym. 1997, 2.) Sosiaalisen laadun keskeisiä käsitteitä ovat taloudellinen edistyminen, sosiaalinen suojelu, taloudellinen turvallisuus, sosiaalinen syrjäytyminen, sosiaalinen yhteenkuuluvuus, inklusio ja talouskasvu. (van der Maesen & Walker 2002, 8.)

Hyväksyttävän sosiaalisen laadun edellytykseksi on määritelty neljä osatekijää. Näiden sosiaalisen laadun osatekijöiden olisi toteuduttava Euroopan kansalaisten päivittäisissä olosuhteissa:

- 1) Ihmisten sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus (mukaan lukien työllisyys, sosiaaliturva, terveyspalvelut, arvokas elämä ja suoja köyhyyttä tai muuta materiaalista tai ei-materiaalista puutetta vastaan.)
- 2) Mukaan kuulumisen (inklusion) kokeminen tai alhainen syrjäytymisen (eksklusion) taso poliittisista, sosiaalisista ja taloudellisista järjestelmistä kuten työllisyydestä, politiikasta ja yhteisöistä. Tavoitteena ihmisten omien mahdollisuuksien toteuttaminen.
- 3) Ihmisten tulisi voida elää yhteisöissä, joissa on riittävästi yhteenkuuluvuutta kuten yhteisölle välttämättömät yhteiset arvot ja normit.
- 4) Ihmisten tulee olla täysivaltaisia kyetäkseen osallistumaan erityisesti nopeassa sosiotaloudellisessa muutoksessa. Täysivaltaisuus tarkoittaa ihmisten mahdollisuutta hallita omaa elämänsä ja käyttää hyväkseen mahdollisuuksiaan. (Beck ym. 1997, 284; van der Maesen & Walker 2002, 6.)

Tämän tutkimuksen kohteena olevat liikkumisesteisten ihmisten hyvinvointia mittaavat indikaattorit liittyvät useimpiin hyväksyttävän sosiaalisen laadun edellytyksiin. Saavutettu koulutustaso liittyy keskeisesti yhteiskunnan yhteenkuuluvuuteen sekä yhteisiin arvoihin, joissa koulutusta pidetään arvostettuna saavutuksena. Samoin koulutus antaa edellytyksiä ihmisten kykyyn olla täysivaltaisia. Työllistyminen ja toimeentulo liittyvät sosiaalisen laadun edellytyksissä ihmisten sosiaaliseen ja taloudelliseen turvallisuuteen. Sekä koulutus että työhön osallistuminen antavat myös kokemusta inklusiosta eli mukaan kuulumisesta poliittisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin järjestelmiin. Lisäksi liikkumisesteisten ihmisten yhteiskunnallisten asemien jakautumien rakenteiden samankaltaisuus tai erilaisuus koko väestöön verrattuna kuvaavat yhteiskunnan eriytymistä tai yhteenkuuluvuutta.

Euroopan alueella on virinnyt sosiaalinen laatu –hankkeen lisäksi toisiakin sosiaali-indikaattoreiden kehittämishankkeita. Yhtenä muun muassa EuReporting-hanke (www.gesis.org/social_monitoring). Indikaattoreita on kehitetty myös sosiaalisen koheesion seurantaan sekä mittaamaan yhteiskunnan inklusiota. Nämä indikaattorit sisältyvät kansallisiin köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisiin toimintaohjelmiin (Köyhyyden ja... 2003).

2.1.4 Ihmisten yhteiskunnallisen aseman mittaaminen

Ihmisten hyvinvoinnin taso ja samalla kiinnittyminen yhteiskunnan sosiaaliseen rakenteeseen on laajalti sosiaalipoliittisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteena. Hyvinvointitutkimuksessa ihmisten sosioekonomisen aseman katsotaan kuvaavan osaltaan heidän hyvinvointiaan. Yleensä sosioekonomista asemaa käytetään taustamuuttujana tutkittaessa ihmisten elämän eri ulottuvuuksia.

Julkisen hallinnon suosituksessa (JHS 126) määritellään sosioekonomisen aseman luokitus, joka jakaa väestön ryhmiin ihmisten sosiaalisten ja taloudellisten asemien perusteella. Luokitusta käytetään mm. väestötilastoissa, työvoimatutkimuksissa, tulonjakotilastoissa ja kotitaloustiedusteluissa sekä erilaisissa hyvinvointianalyysissä, joissa selvitetään eri yhteiskuntaryhmien elinolosuhteita ja niiden muutoksia. Luokitus pohjautuu YK:n vuoden 1990 väestö- ja asuntolaskentasuositukseen sekä YK:n vuonna 1977 julkaisemaan tulonjakotilastosuositukseen (Recommendations... 1987, Provisional Guidelines... 1977)

Tilastokeskuksen käyttämä sosioekonomisen aseman mittaus muodostuu useasta eri luokittelukriteeristä. Luokituksessa otetaan huomioon henkilön elämänvaihe (perheenjäsen, opiskelija, ammatissa toimiva, eläkeläinen jne.) sekä ammatti ja ammattiasema (yrittäjä, palkansaaja, yrittäjäperheenjäsen) ammatissa toimivien osalta. Lisäksi luokitusta täydennetään ammatin ja työn luonnetta kuvaavilla jaoilla (toimihenkilö- ja työntekijäjako). Jakoperusteena käytetään osittain myös toimialaa ja palkansaajien määrää. Sosioekonomisen aseman luokituksen pääluokat ovat yrittäjät, ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt, työntekijät, opiskelijat, eläkeläiset ja muut.

Nykyään terveyden eriarvoisuuden mittaamisessa ihmisten sosioekonomisen aseman indikaattorina käytetään moniperustaista muuttujaa. Mittauksen kohteena ovat useimmin käytetty saavutettua koulutustasoa, ammattiasemaan perustuvaa sosiaalista asemaa sekä tuloja. Nämä indikaattorit kuvastavat yhteiskunnan hierarkkista yhteisvaikutusta ja toisaalta kullakin on oma vaikutuksensa.

Eri koulutusasteiden tutkinnot hankitaan yleensä varhaisaikuisuudessa. Koulutuksella hankitaan tietoa ja muita ei-materiaalisia pääomia ja se tarjoaa muodollisen pätevyyden ammattiin ja työllistymiseen. Ihmisten ammattiasema taas vaikuttaa usein heidän sosioekonomiseen asemaansa ja tuloihin. Ammattiasema yleisimmin yhdistää ihmiset yhteiskunnan hierarkkiseen rakenteeseen. Ammatillinen sosiaaliluokka vaikuttaa ihmisten materiaalsiin olosuhteisiin palkan kautta sekä osoittaa tiettyä asemaa ja valtaa. Yksilöiden tai kotitalouksien tulot ovat useimmin peräisin palkkatyöstä. Tulot tarjoavat

yksilöille ja perheille välttämättömiä materiaalisia resursseja ja vaikuttavat heidän ostovoimaansa. (Lahelma ym. 2004.)

Esittelen tutkimuksessa käyttämäni kysymykset tarkemmin luvuissa 6, 7 ja 8.

2.2 Toimintaedellytykset osana hyvinvointia

2.2.1 Kyky toimia

Kun siirryn tarkastelemaan toimintaedellytyksiä, käytän Amartya Senin (1993) kyvyn käsitettä siltana, jolla siirryn hyvinvointitutkimuksen viitekehyksestä taloustieteen filosofian kautta toimintakyvyn arvioinnin terveystieteelliseen viitekehykseen. Yhteiskunnassa ihmisten toimintakyvyn arviointi on delegoitu erityisesti terveystieteen tehtäväksi.

Intialainen taloustieteilijä Amartya Sen on tuonut hyvinvointitutkimukseen kyvyn (capability) käsitteen. Senin (1993, 30-31) mukaan elämä voidaan nähdä ihmisen erilaisen olemisen ja tekemisen yhdistelmänä, jota voidaan sanoa toiminnaksi. Kyky ja pätevyys viittaavat toiminnan moniin vaihtoehtoihin yhdistelmiin, joita ihminen voi valita ja saavuttaa. Sen kuvaa kykyä myös valittujen toimintojen aikaansaannosten lajitelmana. Tässä ajattelussa kyky vastaa vapautta, joka ihmisillä on, kun he pyrkivät tietynlaiseen elämään. Ihmisten elämän laatua voidaan myös arvioida kyvyn käsitteen avulla. Tavoitteena on mitata ihmisten kykyä, millä voi saavuttaa eri tavoin arvotettua toimintaa. Ihmisten kyvyt riippuvat useasta tekijästä niin henkilökohtaisista ominaisuuksista kuin yhteiskunnan toimintatavoistakin.

Osa ihmisten toiminnoista on elintärkeitä ja arvostettuja, kuten riittävän ravinnon saanti ja hyvä terveys. Toiset toiminnoista ovat monimutkaisempia, mutta laajasti arvostettuja, kuten itsearvostuksen tai sosiaalisen integraation saavuttaminen. Yksilöiden arvostukset voivat vaihdella suuresti ja he arvottavat eri toimintoja eri tavoin, jolloin yksilöiden ja yhteiskuntien tulee olla tietoisia näistä vaihteluista. Toimintaedellytysten tutkimisen näkökulma poikkeaa ulititarisesta näkökulmasta, koska kaikki ihmisten toiminnot ja tilat arvotetaan toimintaedellytyksinä eikä vain niiden tuottamana arvona ja hyötynä. (Mt., 32-33.)

Amartya Senin (mt., 36-44) analyysissä ihmisten vapaus perustuu pitkälti inhimilliselle toimintakyvylle, mutta se huomioi myös ihmisen laajemmatkin tavoitteet. Hän korostaa vapautta, jossa esimerkiksi sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavalla julkisella politiikalla on merkitystä ihmisten toimintaedellytyksiin. Lisäksi henkilön itsensä aktiivisella valinnalla on tärkeä vaikutus ihmisten elämässä ja hänen kokemassaan hyvinvoinnissa. Kyvyllä toimia on siis vapauden kautta selkeä yhteys ihmisten hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Toiminnot nähdään keskeisenä ihmisten hyvinvoinnin perustana. Erityisesti riittävä ravinto ja liikkuvuus, mutta myös onnellisuus, itsekunnioitus sekä yhteisön elämään osallistuminen ovat ihmisten hyvinvoinnin kannalta merkittäviä toimintoja.

Senin mukaan toiminnot tekevät ihmisestä ihmisen, joten hyvinvoinnin tutkimuksessa täytyy arvioida näitä peruselementtejä. Hän pitää myös

toimintaedellytyksiä ja toimintakykyä tärkeinä käsitteinä poliittisissa ja yhteiskunnallisissa analyyseissä.

2.2.2 Toimintaedellytysten ja toimintakyvyn ICF-luokitus

Ihmisten terveydentilaan liittyvien toimintarajoitteiden ja sairauksien käsitteiden väliset suhteet tarjoavat runsaasti akateemisia tutkimusaiheita niin terveystieteilijöille, filosofeille, sosiologeille kuin psykologeille (Manderbacka 1998). Myös laaja hyvinvointiammattilaisten joukko kasvatuksen, työpolitiikan ja sosiaalipolitiikan alueelta työskentelee ja tekee tutkimuksia terveyteen, toimintakykyyn ja sairastavuuteen liittyvien kysymysten piirissä. Erik Allardt (1976) määritteli terveyden yhdeksi hyvinvoinnin osatekijöistä, mutta se nähdään usein myös päämääräksi sinänsä. Terveys nähdään myös resurssina, jonka avulla voidaan saavuttaa muita ihmisten hyvinvointiin vaikuttavia tavoitteita.

Toimintaedellytykset tarkoittaa toiminnan toteuttamiseen tai toteutumiseen liittyviä voimavaroja ja olosuhteita. Toimintaedellytykset sisältävät sekä sisäiset että ulkoiset toimintaedellytykset. Yksilön tai ryhmän voimavaroihin sisältyvät toimintakyky ja käytössä olevat teknologiset ja taloudelliset resurssit. Olosuhteisiin sisältyvät sosiaalinen kulttuuri, kuten asenteet sekä muutettavissa oleva tai muuttamaton fyysinen ympäristö. (Ojala 2003, 21.)

Vuonna 2001 Maailman terveysjärjestö WHO:n yleiskokous hyväksyi ja otti käyttöön toimintakyvyn ICF-luokituksen. (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO 2001; Ojala 2003; ICF 2004, 244). Tämä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus tarjoaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvien toiminnallisten tilanteiden (kuten koulutus ja työ) kuvaamiseen. Uudessa luokituksessa käytetyt vammaisuutta kuvaavat termit laajentavat luokituksen käsittealaa lääketieteellisestä toiminnalliseksi ja luovat edellytykset nimetä käsitteet positiivisin termein. (WHO 2001; ICF 2004.)

Ihmisten toimintaedellytyksiä luokitteleva ICF korvaa WHO:n vuonna 1980 julkaiseman ”Vaurioiden, toiminnan vajavuuksien ja haittojen” kansainvälisen ICIDH -luokituksen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). Aiempi luokittelu perustui ihmisten elinjärjestelmään. Silloin vammaisuus ja sairaus käsitettiin pääosin lääketieteellisesti määrittyväksi terveyden puutokseksi, poikkeavuudeksi, toiminnan vajavuudeksi sekä yksilöön kohdistuvaksi haitaksi, joka rajoittaa tai estää normaaliksi katsottavaa suoriutumista.

Toimintaedellytysten kansainvälinen luokitusstandardi pyrkii kuvaamaan väestön toimintaedellytyksiä ja terveyttä. Vaikka uusi luokitus on pitkälti yksilökeskeinen, se antaa mahdollisuuden nostaa esiin sosiaali- ja terveystieteiden ja laajemminkin yhteiskuntapolitiikan tärkeitä kysymyksiä väestön selviytymisestä arkipäivässään. Yhteiskunnan kaikkien toimialojen haasteena on huolehtia siitä, että ihmiset voivat hyvin kotona, päiväkodeissa, koulussa ja töissä. (ICF 2004.)

WHO:n toimintaedellytysten luokitus koskee kaikkia ihmisiä, sillä se antaa mahdollisuuden kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa jokaisen ihmisen terveydentilan yhteydessä. ICF-luokituksessa henkilön toimintaedellytykset ja –rajoitteet määritetään yksilön biolääketieteellisen terveydentilan ongelmien (akuutit ja krooniset taudit, vammat, häiriöt, traumat ym.) ja ympäristön kontekstuaalisten (ympäristö- ja yksilö) tekijöiden dynaamiseksi myönteiseksi tai kielteiseksi vuorovaikutukseksi. (ICF 2004, 8). Luokitus painottuu lähtökohdiltaan yksilölliseen eli biolääketieteelliseen luokitusjärjestelmään, mutta tavoitteena on tarkastella toimintakykyä yksilön ja ympäristön välisenä suhteena. Tämä mahdollistaa myös vammaisuuden määrittämisen yksilön toimintakykyyn suhteena toimintaan, toimintaympäristöön ja osallistumiseen. ICF-luokitus pyrkii kunnianhimoisesti synteesiin, joka mahdollistaisi tasapainoisen kuvan terveyden eri puolista ja joka kattaisi niin biologisen, yksilöpsykologisen ja yhteiskunnallisen näkökulman. (ICF 2004, 19-20).

Toimintaedellytysten luokituksen osa-alueet:

1. Toimintakyky ja –rajoitteet voidaan kuvata joko positiivisin tai negatiivisin käsittein ja ilmaistaan olemassa olevana terveydentilana tai puutteena ja ongelmana.

1a) Kehon toiminnot ja ruumiin rakenne kuvataan elinjärjestelmittäin.

1b) Suoritukset ja osallistuminen kuvataan sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta.

2. Kontekstuaaliset tekijät

2a) Ympäristötekijät kuvaavat yksilön välitöntä ympäristöä ja yleisiä ympäristötekijöitä. Peruskonstruktiona on fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävä tai rajoittava vaikutus.

2b) Yksilötekijät, joita laajan sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi ei ole luokiteltu.

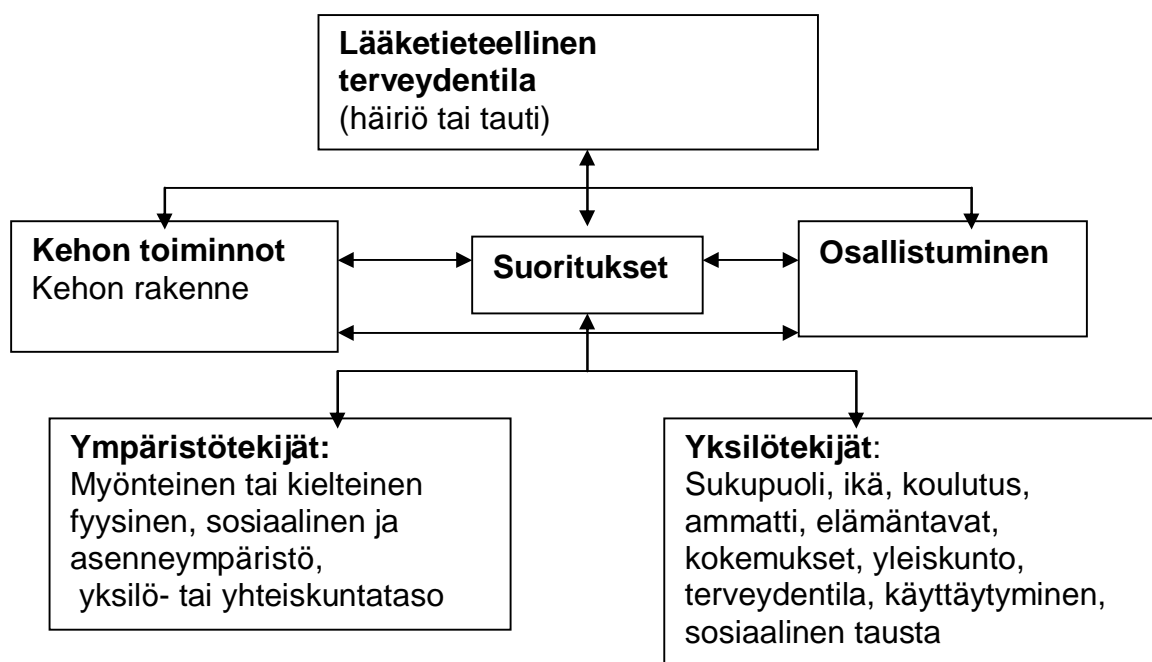
(Lähde: ICF 2004, 10, täydennettynä).

ICF toimintakykyluokitus on eri kuin lääketieteessä käytettävä kansainvälinen tautiluokitus, jossa viitekehyksenä on sairauksien syitä tutkiva etiologia. (International Classification of Diseases ICD-10). ICF kuvaa tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja toiminnan rajoitteiden näkökulmasta. Toimintakyky on yläkäsite, joka kattaa kaikki kehon toiminnot, suoritukset sekä osallistumisen. Toimintarajoitteet on myöskin yläkäsite, mutta se kuvaa sen sijaan kehon vajavuuksia ja suoritus- sekä osallistumisrajoitteita. Lisäksi ICF pyrkii luokittelemaan näiden käsitteiden kanssa vuorovaikutussuhteessa olevat ympäristötekijät. (ICF 2004, 3.)

Terveyden viitekehyksessä ICF-luokitus (2004, 14) määrittelee *suorituksen* tehtäväksi tai toimeksi, jonka yksilö toteuttaa. Esimerkiksi kävely tai liikkuminen on yksi toimintaedellytyksiin ja terveyteen liittyvä suoritus. *Suoritusrajoite* on taas vaikeus, joka yksilöllä on tehtävän tai toimen toteuttamisessa. Suoritusrajoite voi olla vähäinen tai vaikea-asteinen, laadullinen tai määrällinen ero toimia tai toteuttaa tehtävä verrattuna sellaisen henkilön suorituksiin, jolla ei ole kyseistä lääketieteellistä terveydentilan

ongelmaa (ICF 2004, 209). ICF-luokituksessa *osallistumisella* tarkoitetaan osallisuutta elämän tilanteisiin ja *osallistumisrajoitteella* ongelmaa, jonka yksilö kokee osallisuudessa elämän tilanteisiin. Liikkumisen lisäksi suoritusten ja osallistumisen muita osa-alueita ovat oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. (ICF 2004, 14.)

Kuvio 2: ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Lähde: ICF 2004, 18.

Kontekstuaaliset tekijät sisältävät yksilön koko elämän ja elämisen taustan. Näitä tilannetekijöitä ovat sekä ympäristö- että yksilötekijät, jotka molemmat voivat vaikuttaa yksilön terveyteen ja toiminnalliseen tilaan. *Ympäristötekijät* ovat niitä ihmisten elämän ja asumisen fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön ulkopuolelta joko myönteisesti tai kielteisesti hänen suoriutumiseensa yhteiskunnan jäsenenä ja kansalaisena. Ympäristötekijät vaikuttavat yksilön kykyyn toteuttaa toimia tai tehtäviä ja myös yksilön kehon toimintoihin ja rakenteeseen. Ympäristötekijät ryhmitellään luokituksessa sekä yksittäisen ihmisen että yhteiskunnan tasoille. (ICF 2004, 16.) ICF-luokitus luettelee ympäristötekijöiksi muun muassa tuotteet ja teknologiat, luontoympäristön ja ihmisten tekemät ympäristömuutokset, sosiaalisen tuen ja ihmisten keskinäiset suhteet, asenteet sekä palvelut, hallinnon ja politiikan. (Emt., 169-203). Erityisesti liikkumisesteisten ihmisten toimintaedellytyksiin vaikuttavat ympäristötekijät, joita ovat muun muassa fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävä tai rajoittava vaikutus.

Vaikka ihmisten koko sosiaalisen elämän taustan muodostavilla yksilötekijöillä on suuri merkitys heidän toimintaedellytyksiinsä, ICF-luokitus (2004, 17) ei

luokittele yksilötekijöitä. Näitä tekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, rotu, ikä, yleiskunto, elämäntavat, tottumukset, kasvatus, selviytymisstrategiat, sosiaalinen tausta, koulutus, ammatti, entiset ja nykyiset kokemukset ja elämäntapahtumat, luonteenomaiset käytöspiirteet, henkiset valmiudet ja yksilölliset ominaisuudet. Yksilötekijät vaikuttavat ihmisten toimintaedellytyksiin ja -rajoitteisiin niiden kaikilla tasoilla. Esimerkiksi tässä tutkimuksessani vastaajien yksilölliset taustatekijät ovat merkittävässä roolissa. Vertaan kaikkia muuttujia eri ikäryhmissä naisilla ja miehillä.

2.2.3 Liikuntakyky ja liikkumisesteisyys terveyden osa-alueena

Toimintaedellytysten ICF-luokituksen (2004, 137; 143) mukaan käveleminen ja liikkuminen ovat toimintaedellytysten ja yksilön toimintakykyyn liittyviä suorituksia. *Liikkumisella* tarkoitetaan "kehon asennon tai sijainnin muuttamista tai siirtymistä paikasta toiseen; esineiden kantamista, liikuttamista tai käsittelyä; kävelyä, juoksemista, kiipeämistä tai erilaisten kulkuneuvojen käyttämistä". Liikkumiseen kuuluva *käveleminen* määritellään taas "liikkumiseksi kävellen, askel askeleelta siten, että jompikumpi jalka on maassa, kuten kuljeskeleminen, löntystäminen, eteen, taakse ja sivullepäin käveleminen". Liikkuminen ja käveleminen ovat aina suhteessa ympäristöönsä.

Yksilön toimintakyvyssä oleva rajoite viittaa terveystieteelliseen käsitykseen yksilön kyvyn tai suoritustason ongelmaan, jota verrataan väestötason yleisesti hyväksytyyn viitearvoon tai normiin. Terveystieteessä viitearvo tai normi on sellaisen henkilön suorituskyky, jolla ei ole samankaltaista lääketieteellisen terveydentilan ongelmaa (tautia, häiriötä, vammaa ym.). Rajoite ilmaistaan havaitun ja odotetun suoritustason välisenä erona. Yleismäärittelynä "toimintarajoitteet ovat yksilön lääketieteellisen terveydentilan, yksilötekijöiden ja yksilön elinympäristön muodostamien ulkoisten tekijöiden monimutkaisen vuorovaikutuksen seuraus tai tulos". *Suorituskyky* kuvastaa yksilön kykyä toteuttaa jokin tehtävä tai toimi vakioidussa ympäristössä tai olosuhteissa. Suorituksessa henkilö voi käyttää myös apuvälineitä tai avustajaa. (ICF 2004, 15-17). Kliinisissä ihmisten suorituskyvyn mittauksissa käytetty vakioitu ympäristö on käytännössä epärealistinen. Ihmisten erilaiset toiminta- ja elinympäristöt ja siinä olevat esteet vaihtuvat ja merkitsevät erilaisia toimintaedellytyksiä eri ikäisille ja kokoisille naisille ja miehille.

Yhteiskuntien elämä ja kulttuurit ovat rakentuneet ihmisten kykyjen ja toimintojen varaan. Esimerkiksi kävelemistä ja liikkumista pidetään keskeisenä ihmisyyden tuntomerkinä, koska valtaosa ihmisistä liikkuu jalkojen avulla. Simo Vehmaksen (2005, 171) mukaan ihmisten kykyihin ja toimintoihin liittyy aina kulttuurisia käsityksiä inhimillisestä hyvinvoinnista. Eri kyvyt luovat perustan ihmisten jaetuille kokemuksille ja sosiaaliselle kanssakäymiselle.

Ihmisten motorinen, sensorinen ja kognitiivinen toimintakyky vaihtelevat väestön keskuudessa huomattavasti, jolloin normin määrittely ei ole aina järkevää. Ihmisten elämässä on monenlaisia hyvinvointia haittaavia tekijöitä. Jokin toimintakyvyn rajoite voi olla haitta, mutta ei este sinänsä. Tietty

toimintarajoite jättää kuitenkin yksilölle monia muita mahdollisuuksia, joilla voidaan kompensoida menetettyjä mahdollisuuksia. (Vehmas 2005, 180-181.)

Esimerkiksi ihmisen liikkumiskyvyssä oleva rajoite kiinnittyy helposti pelkästään ihmisen ominaisuuksiin. Myös monet muut ihmisten ominaisuudet kuin elimelliset vammat rajoittavat ihmisten mahdollisuuksia (Vehmas 2005, 172). Toimintaedellytysten luokituksen (ICF 2004, 239) eettisissä ohjeissa muistutetaan ihmisten kunnioituksesta: ”ICF-luokitusta ei pidä käyttää ihmisten lokeroimiseen tai muunlaiseen määrittelemiseen yhden tai useamman toimintarajoitteen pohjalta”. Ihmisen liikkuminen on aina suhteessa ympäristöön ja sen esteisiin.

Usein käytetty käsite liikkumisrajoite viittaa pelkästään ihmisen omaan rajoittuneeseen kykyyn liikkua. Huomio kiinnittyy liikkumiskyvyssä olevaan puutteeseen, eikä jäljellä olevaan ja esimerkiksi apuvälineillä tai avustajan avulla kompensoitavaan liikkumis- ja muihin toimintaedellytyksiin. Liikkumisesteisten ihmisten -käsite on lähellä usein käytettyä käsitettä ”*liikuntavammaiset henkilöt*”, joilla jokin fyysinen vamma tuki- tai liikuntaelimissä vaikeuttaa liikkumista. Joskus käytetään myös liikuntaesteisyys tai -vammaisuus käsitettä. Liikunta käsite viittaa kuitenkin jossain määrin enemmän liikunnan harrastamiseen.

Käyttämänäni käsite liikkumisesteisyys viittaa sekä yksilöllä itsellään oleviin rajoitteisiin että ympäristössä oleviin liikkumisen ja osallistumisen esteisiin. Liikkumiskykyä pidetään usein myös osallistumisen edellytyksenä. Yhteiskunnan ja teknologian edistyessä on kehitetty yhä enemmän sekä ihmisen omaa liikkumiskykyä korvaavia välineitä että paikasta riippumattomia osallistumisen muotoja.

Luvussa 6 selostan tarkemmin kuinka olen muodostanut tässä tutkimuksessa käyttämäni liikkumisesteisten ihmisten ryhmän. Käytän jatkossa rinnakkain sekä liikkumisesteisyyden että liikuntavammaisuuden käsitteitä, mikä ilmentää käytettävissä käsitteissä tapahtuvaa muutosta.

2.2.4 Vammaisuuden määrittäminen suhteessa ympäristöön

Simo Vehmaksen (2005, 21) mukaan ihmisten toimintaesteisyyden määrittely tai vammaisuuden luonteen selittäminen on koettu yleismaailmalliseksi haasteeksi. Vammaisuus on aina saanut merkityksen elimellisen vamman ominaispiirteiden, yhteisön siitä antamien tulkintojen ja laajemmin poliittisten ja taloudellisten tekijöiden leikkauspisteessä. Sosiologi Jouko Lehtiö (1997) on määritellyt vammaisuuden: ”ihmisen elimistössä ilmenevänä rajoituksena, jonka merkitys yksilölle toteutuu yhteisön yleisen asenne- ja arvoilmapiirin, lähiyhteisön asenteiden ja arvojen, omien arvojen ja asenteiden sekä yleisten saatavissa olevien, mutta usein myös omien resurssien myötä.” Tämä määritelmä kuvaa hyvin vammaisuuden moniulotteisuutta, missä yksilön ominaisuus on aina suhteessa ympäristöön, sen resursseihin, lähiyhteisöön sekä vallitseviin asenteisiin ja arvoihin. Vammaisuus on yksi ihmisen ominaisuus, joka Lehtiön mukaan ei kuvaa vammaisen henkilön persoonaa kokonaisuutena.

Käsitykset sairauksista ja vammaisuudesta ovat erilaisia eri kulttuureissa (Ingstad & Reynolds Whyte 1995, 10), eri yhteiskunnissa, eri järjestelmissä ja eri aikoina poliittisista, kulttuurisista, taloudellisista tai uskonnollisista määrittelyistä riippuen (Definition of Disability... 2002). Vammaisuuden määrittelyssä on Gary Albrechtin (1982, 202) mukaan tapahtunut siirtymää uskonnollisista ja tieteellisistä määrittelyistä poliittisiin määrittelyihin. (Ks. myös Harjula 1996; Vehmas 2005.) Ensimmäisessä vaiheessa vammaisuus on nähty biopsykologisenä tilana, joka on muodostunut yleisesti hyväksytyyn lääketieteellisen standardin mukaiseksi. Toisessa vaiheessa vammaisuutta on määriteltä sosiaalisen roolin asettamien vaatimusten mukaan, jossa määritellään esimerkiksi, kuinka jokin vamma vaikuttaa eri ammattien harjoittamiseen. Kolmantena vaiheena ovat lain mukaiset (poliittiset) määritelmät, joissa vammaisuus on lääketieteellisenä, psykologisenä ja sosiaalisena kriteerinä saanut lainvoiman.

Vammaisten ihmisten yhtäläisiä velvollisuuksia, omatoimisuutta ja ihmisoikeuksia korostava vammaisten ihmisten Itsenäisen elämän –liike ja brittiläinen vammaisuuden sosiologinen tutkimus nostivat 1970-luvun lopulta lähtien ääntään fysiologisen ja biolääketieteellisen vammaisuuden määrittämisen laajentamiseksi. Brittiläinen vammaistutkija Michael Oliver on korostanut vammaisuuden määrittämistä yhteiskunnallisena kysymyksenä 1960 ja 1970 –lukujen paradigman mukaisesti. Hän kehitti vammaisuuden määrittelyn teoriaa ja jaotteli vammaisuuden määrittelyn vammaisuuden lääketieteelliseen malliin sekä vammaisuuden sosiaaliseen malliin. (Oliver 1983; 1996.)

Oliverin mukaan vammaisuuden määrittelyn yksilöllinen eli lääketieteellinen malli sijoittaa vammaisuuden ongelman yksilöön. Tällöin vammaisuuden ongelmien katsotaan johtuvan suoraan yksilön fysiologisesta tai psykologisesta menetyksestä tai muusta terveydellisestä olosuhteesta. Mallia on kutsuttu myös ”yksilöllisen tragedian teoriaksi”. Vammaisuuden yksilöllisen eli lääketieteellisen mallin mukaan parhaina interventioina vammaisuuteen nähdään olevan lääketieteelliset keinot eli hoidot, leikkaukset ja kuntoutus. (Oliver 1983; 1986; Definition of Disability... 2002,10.)

Vammaisuuden sosiaalisen mallin mukainen määrittely sen sijaan ei sido vammaisuutta yksilön persoonaan. Tässä mallissa vammaisuuden ongelma sijoitetaan suoraan yhteiskuntaan ja sosiaaliseen kontekstiin, mikä ei ole kyennyt tarjoamaan tarkoituksenmukaisia palveluja eikä riittävästi huomioi vammaisten ihmisten tarpeita sosiaalisissa organisaatioissaan. Tämän mukaan vammaisuutta on kaikki vammaisia ihmisiä fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä rajoittavat asiat. Näitä ovat ennakkoluulot, institutionaalinen syrjintä, esteelliset julkiset rakennukset ja julkiset kulkuneuvot, samoin segregoiva koulutusjärjestelmä ja syrjäyttävät työllistämistavat. (ks. esim. Oliver 1996, 32-33; Oliver 2002, 61-67; Definition of Disability... 2002,10.)

Vammaisuuden sosiaalista mallia on kutsuttu myös kansalaisyhteiskunnan lähestymistavaksi. Vammaisuuden sosiaalisen mallin mukaan myös tässä vammaisuus käsitetään vallitsevan yhteiskuntajärjestelmän aiheuttamaksi toimintarajoitukseksi. Yhteiskunta ottaa liian vähän tai ei ollenkaan huomioon ihmisiä, joilla on fyysisiä tai psyykkisiä toimintarajoituksia ja siten syrjäyttää heidät sosiaalisten toimintojen valtavirrasta. (Pitcher ym. 1996, ref.

Grammenos 2003.) Vammaisuuden sosiaalinen malli vaatii, että sosiaalipolitiikan tulee ennemmin poistaa esteitä vammaisten ihmisten yhdenvertaiselta osallistumiselta kuin problematisoida vammaisen ihminen. (Definition of Disability... 2002, 10.)

Michael Oliverin kehittämä vammaisuuden sosiaalinen malli on saanut osakseen myös paljon kritiikkiä siitä, että se jättää vammaisuuden yksilölliset vaikutukset lähes huomiotta. (Ks. Suikkanen 1999.) Erityisesti vammaiset feministit (mm. Morris 1991) ovat kritisoineet Oliverin kehittämää vammaisuuden määrittelyn sosiaalista mallia. Jos sosiaalinen malli hylkää yksilöllä olevan toimintarajoitteen ja huomioi vain ympäristön asettamat esteet, se kieltää ihmisen oman persoonan ja sen vaikutuksen vammaisuuteen. (ref. Watson 1998).

Euroopan Unionin Komission työllisyyden ja sosiaalipolitiikan direktoraatin projekti on tehnyt vertailevan raportin toimintarajoitteisuuden määrittelyjen vaihteluista eri Euroopan maissa ja eri järjestelmissä. (Definition of Disability... 2002.) Euroopan eri maissa vammaisuuden määrittelyjä vertaavan raportin mukaan erityisesti sosiaalipolitiikassa käytetään yleisimmin rajoittavampaa lääketieteellisen mallin mukaista vammaisuuden määritelmää. Työllistämispolitiikassa vammaisuus määritellään vajaakuntoisuudeksi ja määrittelyissä on enemmän vaihtelua eri Euroopan maiden välillä. Työllisyyteen vaikuttavat muutkin kuin terveydelliset seikat, kuten esimerkiksi henkilön taidot ja koulutus, mutta myös yhteiskunnan elinkeinorakenne ja työllisyystilanne. (Definition of Disability... 2002, 4.)

Deborah Stonen (1984, 180-183) mukaan yhteiskunnassa on useita toimijoita, jotka hyötyvät joustavasta vajaakuntoisuus- ja vammaiskäsityksestä. Vammaisten ihmisten tulonsiirtojen kohdalla esimerkiksi valtio ja työnantajat voivat matalasuhdanteen ja korkean työttömyyden aikana kannustaa ikääntyviä työntekijöitä ja työttömiä poistumaan työmarkkinoilta työkyvyttömyys- tai varhaiseläkkeiden piiriin. Lisäksi poliittiset päättäjät, hallinnon toimijat, kuntouttajat ja osin vammaiset henkilöt itsekin saavat hyötyä yksilöllisen toimintakyvyn ja vammaisuuden määrittelyn taipuisuudesta.

Vammaisuuden käsite on lähellä sairauden ja vanhuuden käsitteitä. Ne eivät ole kuitenkaan täysin päällekkäisiä käsitteitä, mutta näissä on yhteisiä ominaisuuksia ja niihin liittyy usein jokin toimintaedellytysten rajoite. (ks. KM 1982; 35, liite 2, Urponen 1989, 20-23; Vehmas 2005, 16-17.) 1980-luvun alussa Kansainvälisen Vammaisten Vuoden Suomen komitea (KM 1982; 35, liite 2) asetti työryhmän pohtimaan vammaisuuden määrittelyä ja esiintymistä. Muistiossa todettiin muun muassa, että vammaisuuden määrittelyyn kuuluu rajankäyntejä, jotka ovat sopimuksenvaraisia ja voivat olla sisällöltään erilaiset eri ajankohtina ja eri yhteiskunnissa. Vammaisuuden määrittelyillä on yhtymäkohtia sairauden, ikääntymisen ja työkyvyttömyyden käsitteiden kanssa, mutta se ei ole näiden kanssa yhtenevä sisällöltään.

Ihmisten toimintaedellytykset muodostuvat yksilöllisten resurssien suhteesta ympäristöön. Kun konteksti muuttuu, vaihtuu samasta ilmiöstä käytetty käsite. Esimerkiksi suhteessa työelämään ihmiset, joilla on toimintarajoitteita, nimetään ja kategorisoidaan eri tavoin vajaakuntoisiksi tai työkyvyttömiksi. Työmarkkinakontekstissa laki julkisesta työvoimapalvelusta (1295/2002) 10 § määrittelee toimintaesteisen henkilön suhteessa työvoimapalveluihin

vajaakuntoiseksi asiakkaaksi, jos hänen mahdollisuutensa saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä ovat huomattavasti vähentyneet asianmukaisesti todetun vamman, sairauden tai vajavuuden takia.

Susanna Nouko-Juvonen (1997, 51) onkin todennut, että jokaisella tilastoviranomaisella on ollut omat kriteerit vammaisuuden määrittelemiseen. Hän ehdottikin, että tilastoviranomaisten tulisi verkostoitua, jotta vammaisuutta voitaisiin lähestyä eri tilastoissa samoin kriteerein. EU:n avoimen koordinaation menetelmä sekä toimintaedellytysten ICF-luokittelu (ICF 2004) pyrkivät vaikuttamaan siihen, että tulevaisuudessa terveyttä, toimintaedellytyksiä ja –rajoituksia voitaisiin tilastoida ja vertailla yhtenäisesti ja kansainvälisesti. Tällä on pyritty vähentämään määrittelyjen kulttuurista, maantieteellistä ja järjestelmien välillä olevaa vaihtelevuutta.

Amartya Sen (1993, 47) referoi Adam Smithin (1981 [1776], 867-870) käsitystä suhteellisesta köyhyydestä. Tämän mukaan toimintaedellytysten saavuttamiseksi vaaditaan hyödykkeitä, joilla yhteiskuntaan osallistuminen ja julkinen näyttäytyminen onnistuu ilman häpeää. Senin mukaan nämä hyödykkeet vaihtelevat suuresti yhteiskunnasta toiseen, mikä viittaa vaadittaville hyödykkeille määriteltävää suhteellisen köyhyysrajaa. Senin mukaan toimintakyvyssä ja toimintaedellytyksissä, jota hyödykkeillä tavoitellaan, on vähemmän vaihtelua eri yhteiskuntien välillä.

Itse kuitenkin arvioin, että vaikka ihmisten toimintaedellytyksiä pyritään luokittelemaan samalla tavoin ympäri maailman, on toimintaedellytysten määrittelyssä edelleen vaihtelua yhteiskunnista toiseen. Erityisesti muutosta tapahtuu yhteiskuntien rakenteiden ja elinkeinojen muuttuessa. Ihmisten toimintaedellytysten määrittelyn ja arvottamisen muutos on kulttuurinen ja tapahtuu hitaammin kuin hyödykkeiden uusiutuminen, joten sitä on vaikeampi havaita.

2.2.5 Muuttuva käsite

Liikkumisesteisyyden ilmiöstä Suomessa käytetyt nimitykset ovat muuttuneet myös eri aikakausien mukaan. Aikaisemmin käytettyjä nimityksiä on alettu kokea negatiivisiksi tai leimaaviksi ja uudella nimellä on haluttu neutraloida tai muuttaa käsitystä positiivisemmaksi. Harjulan (1996, 25-32) tutkimuksen mukaan vammaisuuden yleiskäsitettä ei tunnettu 1800-luvun lopussa eikä 1900-luvun alussa. Vaivainen-sana merkitsi pitkään käytännössä samaa kuin ”köyhyys”. Vaivaisiksi nimitettiin henkilöitä, joiden avuntarpeen syynä oli heidän oma vajavuutensa tai työkyvyttömyytensä. ”Vaivaisia” olivat siis aluksi lapset, vanhukset, sairaat ja vammaiset. Vaivainen merkitsi esimerkiksi köyhäinhoitotilastossa ja vuosien 1852 ja 1879 vaivaishoitoasetuksissa ”sielun tai ruumiin wioilla waivattuja” avuntarvitsijoita. Tähän ryhmään laskettiin muun muassa mielenvikaiset, raajarikot, sokeat ja kuurot. Vaivaisia olivat havaittavista vioista kärsivät ihmiset, jotka silloisessa yhteiskunnassa olivat vikansa vuoksi työkyvyttömiä. Vaivaishoitoasetus siirsi vastuun vaivaisten hoidosta seurakunnilta kunnille.

Raajarikkoisuus- ja vaivaisuus-käsitteet korvasi vuoden 1946 invalidihuoltolain vierasperäinen invalidi-käsite. Invalidilla tarkoitettiin henkilöä, jonka työ- tai toimintakyky jonkin elimen puuttumisen tai toimintavajavuuden vuoksi oli

pysyvästi puutteellinen, ja siitä oli hänelle olennaista haittaa jokapäiväisessä elämässään tai toimeentulonsa hankkimisessa (Invalidihuoltolaki 1946). Invalidihuoltolain myötä vastuu palvelujen järjestämisestä siirtyi kunnilta valtiolle. Fyysiseen vammaan painottunutta invalidi-käsitettä laajennettiin myöhemmin käsittämään myös aistivialliset sekä tiettyjä sairauksia potevat henkilöt. Käsitettä laajennettiin lisäämällä kategoriaan uusia lääketieteellisiä diagnooseja. (Waris 1978, 269-272.)

Vammaisuuden käsitettä alettiin käyttää Suomessa yleisemmin YK:n kansainvälisen vammaisten vuoden 1981 ja WHO:n vuoden 1980 kolmiportaisen vammaisuuden (vamma-vajaatoiminta-haitta) määrittelyn yleistymisen myötä. ”Vammaisuus” -yleiskäsitteen lisäksi käytetään usein lisämäärettä näkö-, kuulo-, liikunta- tai kehitysvammaisuus, mikä viittaa samalla sekä suorituksiin että lääketieteellisiin diagnooseihin.

Laki ja asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (VPL 1988/380 ja VPA 1987/759) muutti 1980-luvun lopulla pääasiallisesti lääketieteellisen invalidi-käsitteen laajemmin sosiaalisesti määrittyväksi vammaisuuden-kategoriaksi. Vammaisuus määriteltiin vammaispalvelulaissa sosiaalisesti elinympäristön ja yksilön rajoitusten suhteesta syntyväksi tilanteeksi. Vammaispalvelulain tavoitteeksi asetettiin, että palvelut tulee suunnitella sellaisiksi, että ne tukevat vammaista ihmistä hänen omassa toimintaympäristössään, ja lisäävät hänen toimintamahdollisuuksiaan yhteiskunnassa, elinympäristössään ja sosiaalisissa suhteissaan. Vammaispalvelulaki siirsi palveluiden järjestämisvastuu valtiolta takaisin kunnille.

Vuonna 1995 STM julkaisi vammaispoliittisen ohjelman ”Kohti yhteiskuntaa kaikille”. (Kohti yhteiskuntaa... 1995) Ohjelma perustui vuonna 1993 YK:n antamiin yleisohjeisiin vammaisten henkilöiden mahdollisuuksien yhdenvertaistamisesta. Samoin Ruotsin valtiopäivät hyväksyi vuonna 2000 kansallisen vammaispoliittisen toimintaohjelman ”Från patient till medborgare”. (Från patient... 2000: 79) Nämä ohjelmat kuvaavat siirtymää ja tavoitetta ymmärtää toimintarajotteisuus lääketieteellisen mallin sijasta sosiaalisena kysymyksenä niin hallinnollisella kuin poliittisellakin tasolla. Ajattelun muuttaminen toimenpiteiden kohteena olevan potilaan roolista (Parsons 1951) aktiiviseksi ja osallistuvaksi kansalaiseksi on pitkä prosessi niin vammaisille kansalaisille itselleen, kanssaihmisille kuin yhteiskunnan poliittisille ja hallinnollisille järjestelmillekin. Kansalaisuuden käsite auttaa ymmärtämään, että ihmisten toimintarajotteisuus koskettaa yhteiskuntaa laajemminkin kuin pelkästään sosiaali- ja terveystieteellisenä kysymyksenä.

Yleisesti käytettyä ”liikuntavammaisuus” käsitettä on viime aikoina alettu korvata yhä useammin ”liikkumisesteisyys” tai liikkumisrajoitteisuus” sanoilla. Tämä viittaa ”vammaisuus” sanan lisääntyvään negatiiviseen konnotaatioon sekä WHO:n toimintaedellytysten luokituksen (ICF 2004) rantautumiseen ihmisten kielenkäyttöön.

3 Terveys ja sosiaalinen asema

Vaikka en kuvailevassa tutkielmassani varsinaisesti pyri löytämään selitystä ihmisten liikkumiskykyä ja yhteiskunnallista asemaa kuvaavien muuttujien väliseen yhteyteen, sisältyy asetelmaani implisiittinen oletus näiden välisestä yhteydestä. Tarkastelen seuraavaksi erilaisia tutkimuksissa käytettyjä teorioita terveyden ja toimintaedellytysten sekä sosiaalisen aseman välisistä yhteyksistä. Yhteiskuntatutkimuksessa syyn ja seurauksen suhde on kuitenkin kiistanalainen kysymys. Tutkimuksissa esiintyvä tilastollinen riippuvuus ei kerro sitä, miksi muuttujien vaihtelut liittyvät toisiinsa. Todettu tilastollinen riippuvuus ja siihen perustuva empiirinen yleistys eivät osoita kausaalisen suhteen olemassaoloa. Tämän vuoksi kausaalisen yhteyden osoittamiseksi onkin pyritty kehittämään erilaisia teorioita, joiden avulla mekanismeja ja prosesseja olisi helpompi ymmärtää. (Raunio 1999, 163-164.)

3.1 Terveyden ja sosiaalisen aseman yhteyden selitysmalleja

Erityisesti terveys sosiologiaa on kiinnostanut jo pitkään ihmisten terveydentilan ja sosiaalisen aseman yhteys. Terveystieteissä on ihmisten terveyden ja sosiaalisen aseman välisestä yhteydestä tehty tutkimuksia viimeisten 100 vuoden ajan (West 1998). Näissä tutkimuksissa pidetään eri väestöryhmien välisiä terveyseroja suhteellisen pysyvänä ilmiönä: ”Rikkaat ovat terveempiä kuin köyhät”. Myös sosiaalipolitiikassa köyhyyden ja sairastavuuden yhteyteen on kiinnitetty huomiota (Mannila 2002, 149-155). Terveys sosiologian tutkimuksissa on puhuttu sosiaaliluokan ja terveydentilan kausaalisuhteen kaksisuuntaisuudesta ja siitä, etteivät eri teoriat ole toisiaan poissulkevia ja monoliittisiä. Monet tutkijat ovat pyrkineet suuriin selityksiin, kun tutkimustuloksia tulisi tarkastella monimutkaisena kokonaisuutena osina. (West 1998, 24). Merkittävänä teoksena terveys sosiologiassa terveyden eriarvoisuuden tutkimuksessa pidetään Peter Townsendin ja Nick Davidsonin teosta (1982) *Inequalities in health: The Black Report*. Se on yhteenveto vuoden 1980 komiteamietinnöstä, joka koski ammattiin perustuvan sosiaaliluokan yhteyttä kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. Raportissa kuvataan eroja, analysoidaan syitä sekä annetaan suosituksia tulevalle tutkimukselle ja erojen vähentämiselle. (Townsend & Davidson 1982; Karisto 1989.) Townsendin ja Davidsonin tutkimuksen puutteita on kritisoitu paljon, mutta terveydentilan sosioekonomisia eroja koskeva tutkimusperinne on jatkunut 1980-luvulta alkaen vilkkaana (West 1998). Tutkimuksissa eri selityksiä ja teorioita painotetaan eri tavoin ja uusiakin mekanismeja esitetään. (ks. Vågerö & Illsley 1995; Macintyre 1997, Koivusilta 2000.)

Peter Townsend ja Nick Davidson erottelivat neljä terveyserojen selitysmallia, jotka hallitsevat terveyseroista käytävää keskustelua. Selitysmallit ovat (1) artefaktaselitys, (2) luonnollinen ja sosiaalinen valikoituminen, (3) terveyskulttuurin ja -käyttäytymisen selitykset sekä (4) aineellisiin oloihin perustuva materialistinen ja rakenteellinen selitys. (Townsend & Davidson 1982; Whitehead 1992; West 1998, 30.)

3.1.1 Artefakta-selitys

Ensimmäinen Black-raportin selitysmalli terveyden ja sosiaalisen aseman yhteyteen on artefakta-selitys. Se viittaa ajatukseen, että sosiaalisen aseman ja terveyden **yhteys on keinotekoinen** eikä todellinen ilmiö. Havaittujen erojen ajatellaan johtuvan sosiaalisen aseman ja / tai terveydentilan puutteellisesta mittaamisesta tai näiden välisen yhteyden puutteellisesta mittaamisesta. (West 1998, 30.) Ongelma esiintyi esimerkiksi Black-raportissa. Tätä kutsutaan osoittaja/nimittäjä-virheeksi, jos väestölaskennasta saatavia ammattiasematietoja (nimittäjä) yritetään sovittaa kuolintodistusten ammattitietoihin (osoittaja).

Sekä terveyden että sosiaalisen aseman käsitteiden määrittelyt ja mittaaminen muuttuvat ajan kuluessa, koska niillä ei ole objektiivisia kriteerejä. Sen vuoksi moniulotteisesti määrittyvien käsitteiden yhteyksien tutkimukseen ja mittaamiseen liittyy myös suuria haasteita. Mittausongelmat tulee tunnustaa, mutta ne eivät sinänsä kyseenalaista terveyden ja sosiaalisen aseman yhteyden empiiristä olemassaoloa. (Macintyre 1997, 723, Vågerö & Illsley 1995; Lahelma & Rahkonen 2005).

3.1.2 Liikkuvuus- eli selektioteoriat

Toisena ihmisten terveyden ja yhteiskunnallisen aseman välistä yhteyttä selittävänä mallina ovat valikoitumis- ja liikkuvuusteoriat. Ne korostavat, että terveyden perusteella tapahtuvalla tietoisella valikoitumisella on merkitystä sosiaalisen aseman sekä terveydentilan eriarvoisuudessa. Tällöin (huono) terveys on (huonon) sosiaalisen aseman syy eikä päinvastoin. Tämän mukaan terveet ja muilta ominaisuuksiltaan hyvät ja vahvat ihmiset valikoituvat hyviin sosiaalisiin asemiin ja heikot liukuvat alaspäin sosiaalisessa asteikossa. (Townsend & Davidson 1982.) Liikkuvuusteoria jakautuu luonnolliseen ja sosiaaliseen valikoitumiseen.

Luonnollinen valikoituminen on lähellä sosiaalidarwinistista näkemystä, jolloin ihmisten biologiset, synnynnäiset ja perinnölliset ominaisuudet ja taipumukset vaikuttavat terveyteen ja heidän sosiaaliseen asemaansa.

”Luonnollinen” nähdään tässä biologiaan perustuvana. ”Luonnollisen” ajatellaan olevan moraalisesti neutraali, jossa ei ole mukana epätasa-arvoa eikä epäreiluttä (Macintyre 1997, 727). Tätä ajattelua edusti selkeimmin 1920-1940-lukujen eugeniikka-ajattelu, jolloin terveyttä edistettiin lisääntymisneuvonnalla ja jopa heikkoa väestöainesta eliminoimalla. (Koivusilta 2000.)

Sosiaalinen valikoituminen taas perustuu ajatukseen, että terveys ja siihen liittyvät ominaisuudet vaikuttavat sosiaaliseen elämään. Terveemmät henkilöt kokevat sosiaalisen nousun todennäköisimmin, ja huonon terveyden omaavat liikkuvat todennäköisemmin alaspäin sosiaalisessa hierarkiassa. Terveyteen liittyvää sosiaalista liikkuvuutta tapahtuu sekä sukupolvien välillä että niiden sisällä ammattiluokkien rakenteessa. Sairaiden ja vajaakuntoisten ihmisten syrjintä työmarkkinoilla on osa sosiaalista valikoitumista. (West 1991, 374.)

On myös erotettava toisistaan terveyteen perustuva *suora ja epäsuora valikoituminen*. Suorassa valikoitumisessa terveydentila itse vaikuttaa sosiaaliseen asemaan, kun taas epäsuorassa valikoitumisessa jokin terveyteen viittaava seikka, esimerkiksi pituus, vaikuttaa sosiaaliseen asemaan. Epäsuoraa valikoitumista tutkimuksissa pidetään tärkeämpänä kuin suoraa valikoitumista. (West 1998.)

Myös Wilkinson (1986, 4-5) erottaa terveydentilan perusteella tapahtuvan suoran ja esimerkiksi koulutuksesta tai pituudesta johtuvan epäsuoran valikoitumisen. Pitkäaikainen sairaus tai vamma työvuosien aikana voi vaikuttaa työllistymismahdollisuuksiin. Nuoremmilla se voi rajoittaa ammatinvalintaa tai myöhemmällä iällä toiminnan rajoite voi pakottaa ihmisiä siirtymään vähemmän vaativiin tai alemman tason töihin. Sairauden tai vamman vaikutusta työkäisten ihmisten työnsaantimahdollisuuksiin on arvioitu sosiaaliluokkien erojen tutkimuksissa vain vähäiseksi, koska heidät, joilla on voitakin toimintaedellytysten rajoitteita, on todennäköisesti valikoitu jo ulos työmarkkinoilta eivätkä he siten ole mukana aktiivisen väestön sosiaaliluokkatutkimuksissa.

Useat tutkimukset tukevat terveyteen perustuvan suoran valikoitumisen mahdollisuutta. Huono terveydentila voi olla hyviin työmarkkina-asemiin pääsyn esteenä, mutta enemmän se aiheuttanee liikkuvuutta työmarkkinoilta pois (Karisto 1989). Myös Olle Lundbergin (1993) (Swedish Level of Living Studies) tutkimuksissa on näyttöä suorasta terveysvalikoitumisesta siten, että vakavasti sairaat tai vammaiset henkilöt valikoituvat pois työmarkkinoilta joko ennen työelämään menoa tai ennen varsinaista eläkeikää. Luonnollista ja sosiaalista valikoitumista tapahtuu yhteiskunnassa terveydellisten syiden perusteella. Varsinkin lasten ja nuorten sairastavuuden vaikutus heidän tulevaan koulutukseen, työllistymiseen ja siten sosioekonomiseen asemaansa on tutkimuksissa havaittu (Urponen 1989), mutta ei niin tunnustettu tutkimusalue, samoin työelämästä työttömäksi valikoituminen (Rahkonen ja Lahelma 1998; Karisto 1989). Valikoituminen viittaa yhteiskunnassa oleviin suoriin ja epäsuoriin syrjiviin ja syrjäyttäviin käytäntöihin.

Lapsuuden aikaiset olosuhteet, terveyspotentiaali ja koulutukseen osallistuminen muodostavat sosiaalisen prosessin, jossa terveys ja sosiaalinen asema ovat vuorovaikutuksessa ja johtavat sosiaaliseen eriarvoisuuteen terveydessä (ks. West 1991; Blane ym. 1993; Wilkinson 1986).

Patric Westin (1991, 373) mukaan terveyden eriarvoisuus –keskustelussa sosiaalinen viittaa yleisimmin syyhyn. Sosiaaliluokka nähdään vaikuttavana muuttujana, joka tuottaa terveyseroja, aiheuttaa sairastavuutta ja kuolleisuutta. Vaihtoehtoista ”terveyden perusteella tapahtuva valinta” -hypoteesia pidetään epäsosiaalisena selityksenä, jolta oletetaan puuttuvan yhteiskunnallinen syy tai jonka katsotaan johtuvan genetiikasta. Siltä arvioidaan puuttuvan myös sosiaalinen merkitys, mikä vähentää asian käsitteellistämistä sosiaalisen evaluoinnin ja siitä seuraavan merkityksen yhteydessä. Patric Westin mukaan emme useinkaan näe sen taustalla olevaa ideologiaa, joka kuitenkin pakottaa sellaiseen politiikkaan, joka rakenteellistaa yksilöiden mahdollisuuksia heidän erilaisen terveydentilansa tai terveyden potentiaalinsa mukaan.

West (1991, 374) analysoi eri tutkimuksissa valikoitumisesta käytettyjä käsitteitä ja viittaa siihen, kuinka ihmisten terveys vaikuttaa sosiaaliseen asemaan. Useimmin käytettyjä käsitteitä ovat ”luonnollinen ja sosiaalinen valinta”, ”terveyteen liittyvä sosiaalinen liikkuvuus”, ”ammattillisen liikkuvuuden valikoituminen” ja yleisimmin käytetty ”terveyteen perustuva valikoituminen”. West pitää terveyteen liittyvää ammatillisen liikkuvuuden –käsitettä sopivimpana käsitteenä, kun viitataan pelkästään ammattiasemaan, eikä tutkimuksessa ole käytetty tuloja tai yhdistettyjä mittareita. Terveysteen perustuvan valikoitumisen –käsitteessä vihdataan tietoiseen terveyden perusteella tehtyyn valintaprosessiin, joka on vain yksi sen ilmenemismuodoista. Myös terveyteen liittyvä liikkuvuus –käsitteellä on etunsa, koska se kiinnittää huomiota terveyden tai terveyden potentiaaliin liittyviin epäsuoriin mekanismeihin, jotka vaikuttavat sosiaaliseen asemaan. Terveysteen liittyvä liikkuvuus voi viitata joko alkuperäiseen (lapsuuden) ja saavutetun sosiaaliluokan väliseen liikkuvuuteen (sukupolvien väliseen) tai liikkuvuuteen aikuisena ammatillisen luokkarakenteen välillä (sukupolven sisäinen).

Ihmisten terveyteen perustuvalla valikoitumisella on monia samoja ominaisuuksia kuin syrjinnällä, esimerkiksi sukupuolen ja etnisen alkuperän perusteella. Vaikka on hyväksytty väitteet siitä, että suoraan valikoitumiseen liittyy vammaisiin kohdistuvaa syrjintää, ei sitä ole pidetty merkityksellisenä väestön yhteiskunnallisen aseman tutkimuksessa, koska vammaisten ihmisten ryhmä on käsitetty määrällisesti pieneksi. (West 1991, 373-374.) Urpo Kuotolan (1981, 75-77) mukaan syrjinnässä on kysymys hyvinvoinnin jaosta ja ihmisten erilaisesta kohtelusta ihmisten jonkin ominaisuuden perusteella. Jaossa kansalaiset asetetaan etuoikeutettuihin ja syrjittyihin suhteessa toisiinsa.

Enää ei epäillä valikoitumisen olemassa oloa, vaan on pohdittu liikkuvuuden selityksen tärkeyttä terveydentilan sosiaaliluokkaeroille. Tutkijat pitävät terveyteen perustuvaa liikkuvuutta pienenä, mutta kuitenkin merkittävänä selityksenä terveyserojen synnyssä (mm. Blane ym. 1993; Power ym. 1996). Patric Westin (1991; 1998,33) mukaan valikoitumisen tutkimukseen liittyy vielä käsitteellisiä ja metodisia ongelmia.

3.1.3 Kulttuurin ja terveystkäyttämisen vaikutus

Black-raportin kolmas terveyden ja sosiaalisen aseman yhteyttä kuvaavista teorioista on **sosiaalisen kausaation teoria**. Se palauttaa terveys- ja sosiaaliluokkien erot ihmisten työ- ja elinolojen eroihin. Sosiaalisella kausaatiolla tarkoitetaan syy-yhteyttä, jossa sosiaalisen aseman katsotaan vaikuttavan terveyteen ja sairastavuuteen. Sosiaalisen kausaation teoriasta on erotettavissa kaksi teoreettista selitystä, joista ensimmäinen on **kulttuuriin ja terveystkäyttämiseen liittyvät selitykset**.

Terveystkäyttämisen erojen ajatellaan yleisesti olevan yhteydessä ihmisten sosiaaliseen luokka-asemaan ja vallitsevaan kulttuuriin, jotka usein siirtyvät sukupolvelta seuraavalle. Vaikka mallissa viitataan laajasti kulttuurin luomiin arvoihin, on tutkimus kohdistunut pääasiassa ihmisten terveystkäyttämiseen. Esimerkiksi tupakointi, alkoholin käyttö, ravinto ja liikunta ymmärretään kulttuurisesti määrittäviksi, mutta yleisen käsityksen mukaan ne kuitenkin riippuvat yksilöstä itsestään. Tässä mallissa sosiaalisella asemalla

on yhteys elintapoihin ja sen kautta terveyteen. (West 1998, 34.) Vågerön ja Illsleyn (1995) mukaan terveydelle ja koulutukselle annettu itseisarvo vaikuttaa luokkakulttuurin osana sairastavuuteen, koulumenestykseen ja samoin terveydentilan eriarvoisuuteen. Myös Macintyren (1997) mainitsemalla jäsenryhmän käyttäytymisellä on vaikutuksensa ryhmän jäsenten terveyteen.

3.1.4 Aineelliset ja rakenteelliset tekijät

Toinen sosiaalisen kausaation teorian osa on **materiaaliset tai (yhteiskunta)rakenteelliset selitykset**. Tällä mallilla tarkoitetaan Townsendin ja Davidsonin (1982) mukaan luokkarakenteen, aineellisen toimeentulon ja elämäntavan murroksen määrittämiä tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja hyvinvointiin. Survey-tutkimuksissa usein oletetaan, että ihmisten luokka-asema tai asema yhteiskunnan sosiaalisissa rakenteissa selittää yksilön asenteita, käyttäytymistä ja toimintaa. Tällöin ihmisen rakenteellinen sosiaalinen asema, sukupuoli ja muut intressit määrittävät hänen yksilöintressinsä. (Raunio 1999, 213.) Sekä sosiaali- että terveystutkimuksessa on korostunut ihmisten yhteiskuntaluokan, aineellisten elinolojen ja sosioekonomisen aseman vaikutus sairastavuuteen ja kuolleisuuteen (Lahelma & Koskinen 2002).

Esimerkiksi Vågerö ja Illsley (1995, 221) kritisoivat Townsendin materialistista teoriaa, jossa aineellisuudella pyritään kuvaamaan hyvin erilaisia tilanteita niitä tarkemmin analysoimatta. Raportissa viitattiin materiaalisilla syillä suoraan yhteiskuntarakenteisiin ja kulttuurilla yksilöllisiin syihin, vaikka materiaalisilla olosuhteilla on yksilöön liittyviä yhteyksiä ja kulttuurissa vaikuttavat laajasti esimerkiksi arvot, jotka vaikuttavat ylisukupolisesti käyttäytymismalleihin.

Myös Macintyren (1997) mukaan sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot syntyvät eriarvoisten elinolosuhteiden tuloksena ja ovat siten ehkäistävissä. Ihmisten elintavat eivät ole pelkästään yksilön valintoja, vaan niihin vaikuttavat yhteiskunnan eriarvoistavat perusrakenteet sekä sosiaaliset prosessit kasvatuksen ja käytettävissä olevien voimavarojen kautta.

Black-raportissa puhuttiin sekä absoluuttisesta että suhteellisesta materiaalisesta deprivatiosta, jotka vaikuttavat terveyteen. Absoluuttinen deprivatio tarkoittaa puutetta taloudellisissa resursseissa, joilla voisi tyydyttää elämän perustarpeita. Tämä ilmenee heikkona asumistasona, aliravitsemuksena, turvattomina ja saastuneina elin- ja työympäristöinä sekä puutteina hygieniassa ja terveydenhuollossa. Absoluuttisella deprivatiolla on aiemmin ollut merkittävä selitysarvo terveyden eriarvoisuudessa.

Peter Townsend (1970, 19) oli määritellyt jo aiemmin myös suhteellisen köyhyyden käsitteen, joka ei viittaa vain materiaaliin puutteisiin vaan eroon yhteiskunnassa yleisesti hyväksytyksi katsotusta tasosta. Tällöin "väestössä olevien yksilöiden, perheiden ja ryhmien voidaan sanoa olevan köyhiä, kun heillä ei ole resursseja, joilla hankkia sellaiset ruokavaliot, osallistua sellaisiin aktiviteetteihin ja omata sellaiset elinolot ja mukavuudet, jotka ovat tavanomaisia tai ainakin laajasti kannustettuja tai hyväksytyjä yhteiskunnassa, johon he kuuluvat. Heidän resurssinsa ovat niin selvästi keskivertoihmisten tai perheiden hallitsemien resurssien alapuolella, että

heidät on itse asiassa suljettu tavanomaisten elämäntyylien, tapojen ja aktiviteettien ulkopuolelle.”

3.1.5 Uudempia selityksiä

Townsendin ja Davidsonin neljää selitysmallia täydentämään on kehitelty lisää terveyserojen selityksiä. Barker (1991) kehitti **biologisen ohjelmoinnin** teoriaa, jossa tarkasteltiin sikiöiden ja lasten syntymäpainon yhteyttä sydän- ja verisuonitauteihin kuolleisuuteen sekä köyhyyteen. Kuitenkin mm. Vågerö & Illsley (1995, 230-231) kyseenalaistavat köyhyyden lineaarisen kausaaliyhteyden sydänsairauksien biologiseen ohjelmointiin.

Tiina Pensola (2003, 25) esittelee **psykososiaalisen selityksen**, joka tarjoaa mallin siitä, kuinka ulkoiset olosuhteet vaikuttavat ihmisen psykososiaaliseen hyvinvointiin ja terveyteen. Tässä mallissa eri sosiaaliluokissa elävien ihmisten sosiaalisessa ympäristössään kokemalla stressillä on vaikutusta psykologisiin prosesseihin, jotka vuorostaan vaikuttavat ihmisen biofyysiseen tilaan. Ihmiset kohtaavat erilaisia stressaavia tilanteita ja tapahtumia, jotka vaativat tasapainotilannetta hakevaa psyykkistä ja fyysistä sopeutumista tai altistavat sairaudelle tai edesauttavat sen pahenemista. (Pensola 2003, 25.) Myös Richard Wilkinson (1986, 1-2) viittasi psykososiaaliseen stressiin suhteellisen köyhyyden teoriassaan. Hänen tulkintansa mukaan ei absoluuttinen vaan suhteellinen köyhyys tappaa, kun kunkin terveydentila riippuu hänen asemastaan suhteessa rikkaampiin tai köyhempiin ryhmiin. Wilkinsonin mukaan psykososiaalinen stressi voi johtaa rikollisuuteen, huumeiden käyttöön, lasten häiriökäyttäytymiseen ja korkeampaan kuolleisuuteen. Wilkinsonin mallia on kritisoitu muun muassa sen vuoksi, että se sulkee pois toiset selitysmallit (West 1998).

Vågerö ja Illsley (1995) viittaavat taas terveyden ja sosiaalisen tekijän yhteisvaikutukseen ja käyttävät käsitettä **sosiaalinen ohjelmointi**. Se tarkoittaa niitä sosiaalisia, aiemman elämän aikana olleita tapahtumia ja olosuhteita, jotka suorasti tai epäsuorasti vaikuttavat aikuisen terveyteen tai ovat vuorovaikutuksessa aikuisen kokemuksen kanssa vaikuttaakseen aikuisen ihmisen terveydentilaan. Koska olosuhteiden vaikutusta pidetään enemmän mahdollisena kuin deterministisenä, Tiina Pensola (2003, 38-41) viittaa **sosiaaliseen polkuun**. Aikaisemmat olosuhteet vaikuttavat ihmisten elämäntilanteeseen, kuten koulutus vaikuttaa tulevaan ammatilliseen asemaan. Poluilla on välittävä vaikutus aikaisemmista olosuhteista myöhempiin elinolosuhteisiin, mutta samalla polut myös muuttavat olosuhteita. Lisäksi eri elämäntilanteisiin liittyvät riskit kasaantuvat polun varrella. Pensola puhuu myös biologisten ja sosiaalisten polkujen yhteisestä näkökulmasta.

3.1.6 Elämänkaarinäkökulma

Ihmisen elämänkaaren näkökulmaa on sovellettu runsaasti muun muassa sosiologiassa ja psykologiassa. Elämänkaari on ihmisen matka vauvasta eri ikävaiheiden kautta vanhuuteen. Sosiologiassa painotetaan siirtymiä elämänkaaren aikana: millaisia merkittäviä yksilön asemaa ja identiteettiä muovaavia muutoksia ikääntyminen eri aikoina ja olosuhteissa tuo mukanaan. (mm. Roos 1987). Elämänkaaren näkökulma korostaa suuria

elämänmuutoksia eri elämäkulun vaiheissa. Elämäkululla tarkoitetaan tapahtumien sijoittumista ja kestoa ihmisen elämässä, vuosina määriteltynä.

Jo Black-raportin kirjoittajat Townsend ja Davidson (1982) viittasivat elämänkaaren merkitykseen huomauttamalla, että eri selitykset sosiaaliluokan ja terveyden yhteydestä voivat esiintyä eri elämänvaiheissa. **Ihmisen elämänkaari -näkökulma** on tuotu osaksi terveyden eriarvoisuudesta käytävää keskustelua. Siinä teoreettisella tasolla hyödynnetään samanaikaisesti terveystutkimusten, kulttuurin, materiaaliin ja psykososiaalisiin tekijöihin sekä valikoitumiseen perustuvia selityksiä. Näitä teorioita ei pidetä toistensa vastakohtina, vaan toisiaan täydentävinä terveyteen vaikuttavina tapahtuma- ja kokemuksetjuina. Elämänkaarinäkökulmaa ovat soveltaneet seuranta-aineistoja käyttäneet tutkijat. (Power 1991, Wadsworth 1997; ref. West 1998, 41; Pensola, 2003.) Vågerön ja Illsleyn (1995) mukaan ihmisten terveyden ymmärretään olevan molemminpuolisessa vuorovaikutuksessa heidän sosiaalisen asemansa kanssa. Naisten ja miesten terveydentila vaikuttaa heidän työllisyystilanteeseensa ja vastavuoroisesti sosiaaliset olosuhteet vaikuttavat heidän terveydentilaansa, mikä viittaa elämänkaarinäkökulman hyödyntämiseen.

Kuusisen ja Korkiakankaan (1991, 88-93) mukaan elämänkaareen vaikuttavat sekä normatiiviset että ei-normatiiviset tekijät. Normatiiviset tekijät perustuvat ympäristön odotuksiin ja niitä säätelevät yhteiskunnan viralliset ja epäviralliset instituutiot, kuten lait ja perhe. Normatiivisesti säädeltyjä elämänkaaren vaiheita ovat muun muassa täysi-ikäisyys tai aikuisuuteen siirtyminen. Myös historiallinen aika ja paikka vaikuttavat normatiivisesti. Näitä ovat esimerkiksi ruokailutottumukset tai perherakenne. Historiallinen aika tuottaa eri sukupolville erilaisia sairauksiriskejä. Ei-normatiiviset tekijät eivät ole yhteydessä ikään tai historialliseen aikaan. Yksilö kohtaa niitä ennustamatta ja ainakin näennäisesti satunnaisesti. Tällaisia ovat työttömyys, pitkäaikais-sairaudet ja vammautuminen, joilla voi olla suuri vaikutus elämänkaaren myöhempisiin vaiheisiin. Normatiivisten tekijöiden merkitys korostuu lapsuudessa ja nuoruudessa, ei-normatiiviset tekijät taas kasautuvat elämänkaaren myötä. (ref. Lahelma 1998, 14-15.)

Ensimmäinen terveystutkimuksessa käytetty elämänkaarinäkökulman selitys liittyy yksilön elämän varhaisvaiheeseen ja pienen syntymäpainon syihin ja vaikutuksiin. Synnynäisten ja perinnöllisten tautien ja vammojen lisäksi tapaturmien merkitys lisääntyy noin viidestä ikävuodesta alkaen. Pojilla ja nuorilla miehillä tapaturmat ovat selkeä terveysriski. Lapsuuden kotiympäristön fyysiset tekijät sekä terveysarvot ja vanhempien koulutus vaikuttavat lapsen terveyteen. Yksi tähän liittyvä seikka on se, miten lapsen sairaus vaikuttaa koulunkäyntiin lapsuudessa ja nuoruudessa sekä myöhemmin työmarkkinoille pyrkimisessä. Elämäntyyli ja terveystutkimusten muotoutuvat nuoruudessa, mutta myös koulumenestys vaikuttaa tulevaan kehitykseen. Ikääntyessä sairastavuus edelleen lisääntyy ja keski-ikässä terveysongelmia aiheuttavat kasvaimet ja muut krooniset taudit. Aikuisiässä elämäntavat ja työntekijöiden työympäristön fyysiset ja psykososiaaliset vaikutukset ovat tärkeitä, samoin terveyteen liittyvä sosiaalinen liikkuvuus. Eläkeikää lähestyttäessä sosiaalisten roolien ja tuen muutoksiin liittyvät tekijät tulevat entistä tärkeämmiksi. Osa sairauksista johtaa kuolemaan, osa haittaa arkielämää ja heikentää elämänlaatua, kuten tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveysongelmat. Elämänkaaren viime

vaiheissa on tyypillistä, että useat eri terveysongelmat vaivaavat samanaikaisesti. Elämänkaarinäkökulman avulla voidaan tutkia eri tekijöiden keskinäisiä suhteita elämänkaaren eri vaiheissa. Terveystilan eriarvoisuus ei johdu vain yhdestä tekijäryhmästä, vaan monet tekijät johtavat terveyteen tai sairauteen sen eri ulottuvuuksilla mitattuna. (West 1998, 41-42; Pensola 2003, 33-48.)

Leena Koivusillan (2000) mukaan terveystieteen laajoissa sosioekonomisten terveyserojen tutkimuksissa on havaittu, että terveyserot eivät ole yhdenmukaisia elämänkaaren eri vaiheissa ja että eroja ei todeta samalla tavoin kaikilla terveystilanteilla. Samoin on havaittu erilaisia terveyseroja, kun on käytetty erilaisia sosiaalisen aseman mittareita. Koivusillan mukaan sosioekonomisilla *terveyseroilla* tarkoitetaan ”väestön terveydentilan osoittimissa ilmeneviä eroja, jotka liittyvät ihmisten erilaisiin asemiin. Ne ovat yhteiskunnassa tavallisimmin esiintyviä eroja, joita havaitaan ihmisten koulutuksen, ammatin, tulojen ja ammattiaseman mukaisten ryhmien välillä terveydentilassa, kuolleisuudessa tai elinajan odotteessa eli kokonaisterveydessä.”

Koivusilta (2000) määrittelee tasa-arvonäkökulmasta *eriarvoisuuden* tarkoittavan erilaisuutta, jota pidetään epäoikeudenmukaisena. Eroja aiheuttavat yhteiskunnalliset tekijät, joita voidaan välttää ja joiden syntyä ei voida pitää ihmisten vapaan valinnan tuloksena. Tavoitteena pidetään terveyden erojen tasoittamista ja ennaltaehkäisyä, pyrkimystä saavuttaa tasa-arvoisia edellytyksiä terveydelle. Terveyserot ovat Suomessa suurempia kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa. Pitkäaikaissairastavuudessa, koetussa terveydessä ja yksilöllisessä toimintakyvyssä eroja on vähemmän kuin kuolleisuudessa (sydän- ja verisuonitaudit, väkivaltakuolemat). Eroja havaitaan myös terveyteen vaikuttavissa elämäntavoissa sekä terveyspalvelujen käytössä. Terveiden suotuisa kehitys on hyödyttänyt eniten hyväosaisia, ja ero elinajan odotteessa on kasvanut parin viime vuosikymmenen aikana.

Patric West (1998, 26-29) ja Sally Macintyre (1997, 723-730) ovat koonneet keskeisiä terveyseroja koskevia tutkimustuloksia. Ensinnäkin terveydentilaan liittyvä eriarvoisuus leimaa kaikkia kehittyneitä yhteiskuntia. Toiseksi tutkimukset osoittavat, että sosiaaliluokkien terveyserot ovat lisääntyneet huolimatta siitä, että lapsikuolleisuus ja ennenaikainen kuolleisuus ovat vähentyneet. Kolmanneksi kuolleisuuden ja sairastavuuden vaihtelua on vain vähän tutkittu muiden sosiaalisen aseman osoittimien kuin ammattiin perustuvan sosiaaliluokan mukaan. Tämä tarkastelu ei ota huomioon yhteiskunnan muuttuvaa luokkarakennetta, sosiaaliluokkien sukupuolieroja eikä työmarkkinoiden ulkopuolella olevia ryhmiä. Neljänneksi, sosiaalisen aseman ja terveydentilan yhteys on asteittainen tai lineaarinen. Viidenneksi tutkimukset olettivat, että terveyserot säilyvät samanlaisina läpi koko elämänkaaren. Kuudenneksi huomautetaan, että kun aikaisemmin eriarvoisuutta tarkasteltiin pääasiassa kuolleisuustilastojen avulla, tutkitaan nykyisin yhä enemmän myös ihmisten sairastavuuden ja muiden terveydentilan ulottuvuuksien eroja. Macintyren (1997) mukaan yleiset sairastavuuserot eivät ole yhtä jyrkkiä kuin kuolleisuuserot.

Vaikka havainnot terveyseroista ovat kiistattomia, selitysmallit ja käsitykset erojen syistä eivät ole yksimielisiä. Tutkimukset osoittavat, että yksinkertaista

ja kaikenkattavaa selitysmallia ihmisten sosioekonomisen ja terveyden väliseen yhteyteen on vaikeaa, ellei mahdotonta löytää. (West 1998, 29.) Tulojen tai asumismuodon käyttäminen sosiaalisen aseman kuvaajana ammattiluokan sijaan on osoittanut, etteivät terveyserot johdu pelkästään ammattiasemasta. Usein käytetyt poikkileikkaustutkimukset eivät hallitse tutkimuspopulaation muuttumista ajassa, vaan tutkimuksissa tarvittaisiin enemmän kohortti- ja seuranta-aineistoja. Terveystilan muuttuessa tulee ottaa huomioon myös se, että yhteiskunnan sosiaalinen rakenne muuttuu ajassa. (Karisto 1989; Raunio 1999,167.) Lisäksi elinolotutkimusten tiedot kerätään yleensä vain yli 15-vuotiailta ja laitosten ulkopuolella asuvasta väestöstä, jolloin lapset ja laitoksissa olevat sairaat ihmiset eivät ole mukana analysoitavissa tuloksissa (Mannila & Peltoniemi 1997).

3.2 Tutkimuksia liikkumisesteisten ihmisten elinoloista

Usein vammaisuus käsitetään tiettyinä asemana. Yksilö, jolla on vamma, ei ole vain vammaisen tai rajoittunut tai erilainen toiminnoissaan, vaan hän asettuu sosiaalisen hierarkian tiettyyn asemaan. Yhteiskunnallinen asema taas määrittelee ne resurssit, joita hänen kaltaiselleen ihmiselle on allokoitu. Usein tämä vastaa sitä asemaa, johon vammaiset ihmiset joutuvat, jos heidät sellaisiksi luokitellaan tietyssä yhteiskunnassa. (Townsend 1979, 687.) Vammaisten ihmisten asemaa hallitaan esimerkiksi yleisellä mielipiteellä sekä sosiaaliturvajärjestelmän oikeutusten säännöillä.

1960-luvun sosiaalipolitiikkaa koskevassa teoksessaan Pekka Kuusi (1961, 244) piti invalidihuollon kannalta keskeisinä kysymyksiä invalidi-käsitteen uudelleenmäärittelyä, toimintarajoitteisten ihmisten työhön sijoittumista sekä vammaisten ihmisten tarvitsemien avo- tai laitospalveluiden välistä dilemmaa. Nämä kysymykset ovat edelleen muuttuvassa yhteiskunnassa ajankohtaisia. Muutoksessa ovat niin lainsäädäntö, palvelurakenteet, elinolosuhteet kuin kulttuuriset käsityksetkin ihmisten toimintarajoitteisuudesta ja sen merkityksestä.

Suomen vammaispolitiikassa on tapahtunut paljon kehitystä 1960-luvun ajattelusta. Toimintarajoitteisten ihmisten mukaan ottaminen, integraatio ja yhdenvertaisuuden tavoitteet ovat yleistyneet myös käytännössä. YK:n kansainvälisen Vammaisten vuoden 1981 Suomen parlamentaarissa komiteamietinnössä (KM 1982;35, 92) todettiin: ”Täyteen osallistumiseen ja tasa-arvoon pyrittäessä on perusteltua lähteä siitä, että vammaisten kansalaisten tulee voida elää, asua, liikkua ja toimia samoissa ympäristöissä muiden kansalaisten kanssa.”

Erityisesti liikuntavammaisten tai liikkumisesteisten ihmisten elinoloista tehtyä tutkimusta on Suomessa varsin vähän. Kansainvälisen Vammaisten Vuoden 1981 Suomen komitea toteutti 1980-luvun alussa laajat läänikohtaiset selvitysohjelmat muun muassa vammaisten ihmisten koulutusmahdollisuuksista, työhönsijoittumisesta ja asumisesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta. Näiden tutkimushankkeiden tavoitteena oli saada tietoa vammaisten ihmisten asemasta ja osallistumismahdollisuuksista valtioneuvostolle ja ministeriöille tehtäviä parannusesityksiä varten. (Kom. 1982:35, 5 ja liiteraportit.)

Urpo Kuotola ym. (1983) tutkimusryhmineen tutkivat 1980-luvun alussa sekä liikuntavammaisten että näkövammaisten ihmisten elinoja ja itsenäistä suoriutumista. Kuotola ym. selvittivät tutkimushankkeessaan *deprivaatio-teorian* avulla liikuntavammaisten ihmisten toimeentuloa, työllisyyttä, koulutusta, asumista, liikkumista ja itsenäistä suoriutumista. Tutkimukseen osallistui 63 eri tavoin liikuntavammaista henkilöä kuudelta eri paikkakunnalta. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin deprivaation kasautuvan vaikeasti liikuntavammaisten henkilöiden kohdalla. Liikuntavammaiset ihmiset kokivat elämässään sekä taloudellista, sosiaalista että fyysistä deprivaatiota. Tulotaso, työhön ja uudelleen koulutukseen osallistuminen olivat alhaisia, sosiaalipalvelut olivat riittämättömiä ja sosiaaliset suhteet jäivät vähäisiksi. Raportissa vaadittiin erityisesti asumisympäristöjen muuttamista esteettömiksi itsenäisen osallistumisen mahdollistamiseksi sekä riittäviä ja yksilöllisiä kuntoutuspalveluja. (Kuotola ym. 1983, 72 – 75.)

1970- ja -80-lukujen vaihteessa, vuoden 1975 YK:n vammaisten oikeuksien julistuksen ja Kansainvälisen Vammaisten Vuoden 1981 innoittamina esimerkiksi Tampereen yliopiston opiskelijat tekivät muutamia kuntakohtaisia vammaisten ihmisten elinolosuhteita koskevia opinnäytteitä (Blomberg 1982; Lylynperä 1976; Sarolahti 1982). Näissäkin tutkielmissa voitiin osoittaa palvelujen saannin vaje, työikäisten vammaisten henkilöiden matala perus- ja ammatillinen koulutustaso ja vähäinen osallistuminen työelämään. Tutkielmien otokset olivat kuitenkin pieniä (32, 59 ja 70 henkilöä) ja ne oli poimittu jo palveluja käyttävistä kuntalaisista. Tutkielmien tiedon tarve oli pääosin palvelutarpeen selvittämisen näkökulma. Tutkielmissa odotettiin lähivuosina koti- ja erilaisten tukipalveluiden tarpeen kasvavan huomattavasti.

Invalidiliitto ry teki vuonna 1991 ”Työtä, leipää ja kuntoa” –selvityksen Invalidiliiton tuki- ja liikuntaelinvammaisten jäsenten asumisesta, toimeentulosta ja elinolosuhteista. (Mikkola 1991). Tähän selvitykseen osallistui 568 tuki- tai liikuntaelinvammaista ihmistä, jotka olivat invalidiyhdistysten jäseniä eri puolilta Suomea. Invalidiliiton jäsenten tulotason todettiin selvityksen tulosten mukaan vastaavan suomalaisten palkansaajien ja eläkeläisten ansiotasoa. Kun selvitykseen osallistuneet jäsenet osallistuivat työelämään suhteellisen harvoin (17 prosenttia vastanneista) ja suurin osa heistä oli työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkkeellä, oli heidän tulotasonsa muita alhaisempi.

Vuonna 2003 tehtiin useita tutkimuksia vammaispalveluiden toteutumisesta kuntien hallinnossa ja vammaisten ihmisten elämässä (Kuntaliitto 2003, Puumalainen 2003). Näissä tutkittiin vammaispalveluiden (mm. kuljetuspalvelut, palveluasuminen, henkilökohtainen avustaja) laajuutta, kustannuksia sekä niissä esiintyviä ongelmia. Palvelut liittyivät keskeisesti vaikeavammaisten ihmisten osallistumisen edellytyksiin, mutta nämä tutkimukset eivät kuitenkaan anna laajempaa kuvaa eri tavoin vammaisten ihmisten arjessa selviytymisestä ja yhteiskunnallisesta asemasta. Nämä tutkimukset kuvaavat lähinnä ”vaikeavammaisiksi” kategorisoitujen ihmisten vammaispalvelujen käytön laajuutta ja palvelujen tarvetta hallinnon ja palvelujärjestelmän näkökulmasta.

Ruotsissa Riksförsäkringsverket teki vuonna 2002 vertailevan analyysin toimintarajoitteisten kansalaisten elinolosuhteiden epätasa-arvosta verrattuna

muuhun väestöön. Tutkimusalueina olivat koulutus, työ, taloudellinen tilanne, poliittinen osallistuminen, sosiaaliset suhteet, vapaa-aika ja yleinen elämäntilanne. Tutkimus osoitti selvää elinolojen eriarvoisuutta toimintarajoitteisten ihmisten ja kokonaisväestön välillä. Tutkimuksessa verrattiin eri tavoin vammaisten (liikkumis- aisti- ja kehitysvammaisten) sekä lapsena tai myöhemmin vammautuneiden henkilöiden elinolosuhteita sekä keskenään että kokonaisväestöön. Tutkimukseen osallistui lähes 7000 henkilöä, jotka olivat 23-64-vuotiaita ja jotka saivat erilaisia Ruotsin kansaneläkelaitoksen myöntämiä vammaisille ihmisille tarkoitettuja tukimuotoja. (Eek 2003, 48.)

Olen päätenyt tutkimaan laajemmin liikkumisesteisten ihmisten yhteiskunnallista asemaa Suomessa. Väestötasoisien tutkimuksen mahdollisti oikeus käyttää valmista Kansanterveyslaitoksen keräämää Terveys 2000 – tutkimusaineistoa.

4 Tutkimuskysymykset ja -aineisto

Tarkastelen pro gradu –tutkielmassa yli 30-vuotiaiden liikkumisesteisten naisten ja miesten yhteiskunnallista asemaa Suomessa kolmannen vuosituhaten alussa.

4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa teen rakenteellisen yleiskatsauksen liikkumisesteisten ihmisten hyvinvointiin ja vertaan heidän yhteiskunnallista asemaansa muuhun väestöön. Olen kiinnostunut tietämään, millaisen kuvan aineisto antaa eri ikäisten liikkumisesteisten naisten ja miesten hyvinvoinnista toisiin vastaavan ikäisiin naisiin ja miehiin verrattuna. Tämä liikkumisesteisten ihmisten elinolosuhdetutkimus on osa niin sanottua hyvinvointitutkimusta. Vertailuasetelma antaa mahdollisuuden tarkastella, onko liikkumisesteisten ihmisten asemassa havaittavissa suhteellista eriarvoisuutta ja eriytynyttä kehitystä koko väestön ja vertailuryhmän jakaumiin verrattuna.

Vertaan eri mittareilla kuinka naisten ja miesten yhteiskunnallinen asema jakautuu yksilöllisten tekijöiden (kuten iän, sukupuolen ja liikkumiskyvyn) mukaan. Vertaan tutkimuksessani liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutustason, pääasiallisen toiminnan sekä toimeentulon mittareilla saatuja jakaumia vastaaviin tietoihin sekä kaikilla naisilla ja miehillä että vertailuryhmän ihmisillä, joilla ei ollut vaikeuksia liikkumisessaan.

Olen hahmottanut tutkimustehtävän pelkistetyksi oheisen kuvion avulla.

Kuvio 3: Tutkimustehtävä



Käytän tutkimuksessani objektiivisia indikaattoreita, jotka Erik Allardtin hyvinvointitutkimuksen luokittelun mukaan kuuluvat elintason aineellisiin ja persoonattomiin resursseihin perustuvan tarpeiden tyydytyksen "having"-tasolle. Allardtin having-indikaattoreihin kuuluvat muun muassa taloudelliset resurssit, asumistaso, työllisyys, työolot, terveys ja kouluvuodet. (Allardt 1993, 89.)

Olen käyttänyt yhteiskunnallisen aseman -käsitettä, joka kuvaa ilmiötä laajemmin kuin sosioekonominen asema. Sosioekonomista luokitusta käytetään yleensä ammattiryhmien väliseen vertailuun, mutta tässä tutkimuksessa on mukana myös työelämän ulkopuolella oleva väestö.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota tällä hetkellä ei ole muualta saatavissa. Tässä tutkimuksessa lähestyn aiheitani kuvailevan ja vertailevan poikkileikkausasetelman mukaisesti. Terveys 2000 -aineisto pystyy antamaan varsin kattavan kuvan suomalaisen väestön elinoloista ja siten myös liikkumisesteisten naisten ja miesten tilanteesta.

Varsinaisina tutkimuskysymyksinä ovat:

- Mikä on liikkumisesteisten naisten ja miesten suhteellinen osuus yli 30-vuotiaassa väestössä?
- Mikä on liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutukseen osallistumisen jakaumat verrattuna samanikäisten kaikkien ja vertailuryhmän naisten ja miesten koulutukseen?
- Missä määrin liikkumisesteiset työkäiset naiset ja miehet ovat mukana työmarkkinoilla, työttöminä ja eläkkeellä kaikkiin ja vertailuryhmän naisiin ja miehiin verrattuna?
- Mikä on liikkumisesteisten naisten ja miesten toimeentulon taso verrattuna saman ikäisten kaikkien ja vertailuryhmän naisten ja miesten tulotason?

En tuo tutkimuksessani esiin tutkittavien aihealueiden välillä olevaa ilmeistä yhteyttä, vaan tutkin kutakin aihealuetta toisistaan erillisinä. Tässä tutkimuksessa en ole kiinnostunut liikkumisesteisyyttä aiheuttavista diagnooseista, vaan ihmisten ilmoittaman erilaisen liikkumiskyvyn ja heidän yhteiskunnallisen asemansa välisestä empiirisestä yhteydestä ja ryhmien välisistä eroista.

Tutkimustehtävään vaikuttavat myös niin yksilölliset tekijät kuin tutkittavien aihealueiden väliin sijoittuvat ympäristötekijät. Erilaisilla fyysisillä, yhteiskunnallisilla ja asenteellisilla ympäristötekijöillä on merkittävä vaikutus liikkumisesteisten ihmisten toimintaedellytyksiin ja osallistumiseen. Tässä tutkimuksessa en varsinaisesti tutki ympäristötekijöiden vaikutuksia.

Liitekuviossa 1 (s. 102) olen sijoittanut tutkimustehtävän aihealueet toimintaedellytysten ICF-luokituksen vuorovaikutuskehikkoon.

Liikkumisesteisten naisten ja miesten joukko on heterogeeninen ryhmä erilaisia ihmisiä, joita on niin hyvin kuin heikosti toimeentulevassa väestössä. Oletan kuitenkin, että liikkumisesteisten ihmisten joukossa on keskimääräistä enemmän niitä, jotka ovat käyneet vähemmän kouluja, osallistuvat vähemmän työmarkkinoille ja sen vuoksi myös toimeentulo on niukempaa. (Kangas &

Ritakallio 1997; Kangas & Ritakallio 2003.) Tutkimuksellani aion selvittää suhteellisen eriarvoisuuden esiintymistä liikkumisesteisten ihmisten elämässä. On vahvaa näyttöä siitä, että suurin osa liikkumisesteisistä ihmisistä on yli 65-vuotiaita, mikä tulee tutkimuksen tulosten analysoinnissa ottaa huomioon.

4.2 Terveys 2000 –aineisto ja kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät

Halutessani tutkia suomalaisten liikkumisesteisten naisten ja miesten hyvinvointia, elinoloja ja yhteiskunnallista asemaa tarvitsin käyttöni ison aineiston. Kun tutkin yhteiskunnallista ilmiötä, laajan aineiston käsittelyyn soveltuvat parhaiten kvantitatiiviset eli määrälliset ja tilastotieteen menetelmät. (Raunio 1999, 199). Liikkumisesteisten ihmisten elinolojen kuvaaminen, vertailu toisen ryhmän tai koko väestön elinoloihin vaati sen, että aineiston tuli olla väestötason kattava. Kun halusin saada kuvailevaan tutkimukseen yleistettäviä ja tarkkoja tietoja tutkittavista osaryhmistä, edellytti se suuren aineiston käyttöä (Alkula ym. 1995, 44). Kansanterveyslaitoksen toteuttama Terveys 2000 –tutkimuksen valmis poikkileikkausaineisto tarjosi tälle tutkimukselle hyvän, laajan ja suhteellisen tuoreen väestöaineiston.

Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin ilmiöiden rakenteiden, määrän ja täsmennettyjen osaryhmien vertailevaan kuvaukseen. Yhteiskunnassa on prosesseja ja rakenteita, joita ei pysty suoraan havaitsemaan, vaan niiden kuvaaminen edellyttää kvantitatiivista analyysiä. Arjessa havaitaan myös paljon ilmiöitä, joiden yleisyyttä ja jakaumaa on hankala tutkia ilman kvantitatiivista tutkimusta, jossa käytetään väestöä edustavaa otosta. (Alkula 1995, 21.) Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii teoreettisiin yleistyksiin, mutta tämän lisäksi tärkeää on tulosten yleistäminen perusjoukkoon. (Alkula ym. 1995, 45-46.)

4.2.1 Terveys 2000 –aineisto ja otos

Käytin pro gradu –tutkielmassani Kansanterveyslaitoksen toteuttaman Terveys 2000 –tutkimuksen valmista tilastollista survey-aineistoa, joka oli kerätty vuosien 2000 ja 2001 aikana. Terveys 2000 -hanke (Aromaa & Koskinen 2002) on Suomessa ja kansainvälisestikin erittäin tärkeä ja tunnustettu väestön terveystutkimus. Terveys 2000 –tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia ajankohtaiset tiedot tärkeimmistä kansansairauksista, niiden syistä ja hoitotilanteesta sekä suomalaisten työ- ja toimintakyvystä. Edellinen Mini-Suomi-terveystutkimus oli toteutettu vuosina 1978-80.

Terveys 2000 -projektin suunnittelussa ja koordinoinnissa työskenteli yli kolmesataa eri organisaatioiden tutkijaa ja kotikäyntihaastattelut toteuttanutta Tilastokeskuksen haastattelijaa. Tutkimuksen perustulosraportissa (emt. 2000) todettiin, että monet kansansairaudet, kuten sepelvaltimotauti ja useat tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat vähentyneet verrattuna edelliseen Mini-Suomi-tutkimukseen. Sitä vastoin lihavuus on yleistynyt ja eläkeikäisten toimintakyky selvästi kohentunut lukuun ottamatta kaikkein vanhimpia eli yli 85 vuotta täyttäneitä ikäihmisiä.

Kansanterveyslaitoksen toteuttaman Terveys 2000 –tutkimuksen teoreettisena kohdejoukkona olivat kaikki suomalaiset, ja se pyrki kuvaamaan koko aikuisväestön terveyden, toimintakyvyn ja toimintaedellytysten kehittymistä sekä väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tutkimuksen empiiriseksi perusjoukoksi määriteltiin manner-Suomessa asuvat 18 vuotta täyttäneet aikuiset. Tilastokeskus suunnitteli kaksiasteisen otanta-asetelman. Perusjoukko ositettiin alueellisesti yliopistosairaaloiden alueiden mukaan, ja siinä käytettiin väestömäärään suhteutettua suhteellista kiintiöintiä. Jokainen osite jaettiin kahteen osaan niin, että maan 15 suurinta kuntaa tai terveyskeskusta ylläpitävät kuntayhtymät poimittiin kaikki sekä toisesta terveyskeskusten ositteesta poimittiin 65 terveyskeskuspiiriä systemaattisella PPS-otannalla. Tutkittavien otos valittiin yhteensä 80 terveyskeskuspiiristä (yhteensä 160 kunnasta) systemaattisella otannalla. (Emt., 3.)

Suurten kaupunkien otoskoko on suhteutettu väestön määrään, ja muissa terveyskeskuspiireissä otoskoot on laskettu niin, että ne vastasivat suhteellisen kiintiöinnin vaatimusta. 30 vuotta täyttäneiden tutkittavien henkilöiden otoskoko vaihteli 50-100:aan pienimmissä terveyskeskuspiireissä. 80 vuotta täyttäneitä on otokseen poimittu kaksinkertainen määrä heidän väestöosuuteensa nähden. (Emt., 3.) Terveys 2000 –aineistossa yli 30-vuotiaiden kohdejoukon koko oli 3 254 681 henkilöä.

Kansaneläkelaitos poimi havaintoyksiköksi systemaattisen otannan avulla terveyskeskusositteista 30 vuotta täyttäneistä 8028 henkilön otoksen, joka vastaa Suomen yli 30-vuotiaasta väestöstä. Otoksesta 6986 henkilöä (87 prosenttia) osallistui kotikäyntihaastatteluun kotona tai laitoksissa. Tutkimukseen kuului vielä terveystarkastus tai vaihtoehtoisesti kotiterveystarkastus. Tässä tutkimuksessa en ole käyttänyt terveystarkastusten tuloksia, sillä riittävät ja tarvitsemani toimintaedellytys- ja elinolosuhdetiedot ja muuttajat löytyivät kotikäyntihaastattelun lisäksi puhelinhaastattelusta (454 henkilöä), jälkikyselyistä (63 henkilöä) sekä haastateltujen itse täyttämistä terveystarkastuksista. Koska vastaajat ovat osallistuneet tutkimukseen erilaisilla kysymyssarjoilla, voivat vastaajien kokonaismäärät vaihdella kysymyksittäin.

Terveys 2000 –aineistossa oli mukana myös lähes kaksituhatta 18-29-vuotiaasta nuorta aikuista (Emt., 3). En käyttänyt tutkimuksessani nuorista kerättyjä tietoja, koska nuorten aineistosta en olisi saanut liikkumisesteisiä nuorten aseman vertailuun tilastollisesti merkitseviä arvoja. Liikkumisesteisten nuorten osuus jäi alle 2 prosenttiin 18-29-vuotiaista nuorista.

4.2.2 Terveys 2000 –tutkimuksen otoksen arviointia ja kato

Terveys 2000 –tutkimuksen kotikäyntihaastattelua toteuttamassa oli 158 Tilastokeskuksen haastattelijaa. Ison haastattelijajoukon kouluttaminen ja tietokonepohjaisten tiedonkeruumenetelmien ylläpitävä käyttäminen olivat haasteellinen tehtävä, jossa oli onnistuttu suhteellisen hyvin. Haastatteluhenkilöstö oli pääsääntöisesti kokeneita haastattelijoita. Haastattelut tehtiin 15.8.2000 – 28.2.2001 välisenä aikana. Lähes 60 % haastatteluista ajoittui syys-lokakuuhun 2000. Haastattelut tehtiin haastateltavan kotona tai muussa vastaajalle sopivassa paikassa. Laitoshoidossa asuvat ihmiset haastateltiin laitoksissa ja tarvittaessa omaisilta

pyydettiin apua, jotta ainakin keskeisimmät tiedot saatiin kerätyksi. Yhdeksän prosenttia haastatteluista tehtiin laitoksissa. (Heistaro 2005, 36 – 39.)

Terveys 2000 –tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002) yli kahdeksan tuhannen henkilön alkuperäisestä otoksesta oli poistettu ennen tutkimusta kuolleet henkilöt (51). Lopullisen otoksen katoon sisältyivät myös tutkimuksesta kieltäytyneet (416), ulkomailla olleet (32) tai tavoittamattomissa olleet (110) henkilöt. Lopullisesta otoksesta ainakin yhteen tutkimuksen osaluueeseen osallistui 7419 henkilöä, mikä on 93 prosenttia lopullisesta otoksesta. Terveys 2000 –tutkimuksen kato jäi alle kymmeneen prosenttiin. (Emt., 7.) Osallistuminen oli poikkeuksellisen korkea muihin suomalaisiin tai kansainvälisiin tutkimuksiin verrattuna. Korkea osallistumisprosentti on tärkeää tämän kaltaisissa kuvailevissa tutkimuksissa, missä halutaan väestötasoista tietoa. Suuri vastaajamäärä vähentää kadon valikoitumisen aiheuttamia virheitä. (Emt., 14).

Raunion (1999, 197) mukaan kyselyjen ja haastattelujen kato on usein suuri erityisryhmien kohdalla. Liikkumisesteisten ihmisten suurempi osallistumattomuus tutkimuksiin voi olla todennäköistä, mutta tässä isossa aineistossa osallistuneiden kato oli tavallista kyselytutkimusta pienempi. Näin voin olettaa aineiston kuvaavan hyvin myös liikkumisesteisten ihmisten asemaa. Terveys 2000 –tutkimuksessa olivat mukana myös laitoksissa asuvat ihmiset, mikä ei toteudu tavallisissa Tilastokeskuksen tekemissä väestön elinolotutkimuksissa. Tässä liikkumisesteisten ihmisten elinolotutkimuksessa myös laitoksissa asuvien ihmisten osallistuminen oli erityisen tärkeää.

Tutkimuksen suuren otoksen voidaan olettaa vastaavan perusjoukkoa eli suomalaisia yli 30-vuotiaita aikuisia. Joten oletan, että tutkimuksessani havaittavat jakaumat ovat samassa suhteessa myös koko väestössä. Näin ollen tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä yli 30-vuotiaisiin suomalaisiin, joilla on erilainen liikkumiskyky. Terveys 2000 –tutkimuksen laaja aineisto antoi kohdejoukosta tarkemman arvion, kuin pienempi otos olisi antanut. Tässä vertailevassa tutkimuksessa, jossa muodostin koko aineistosta oman vertailtavan osaryhmän, ei pienempi alkuperäinen tutkimusaineisto olisi ollut riittävä. Suuri otoskoko mahdollisti myös usean muuttujan tarkastelun samanaikaisesti.

4.2.3 Kotihaastattelu ja käytetyt kysymykset

Käytin tutkimuksessa pääasiassa kysymyksiä Tilastokeskuksen toteuttamasta Terveys 2000 –aineiston kotikäyntihaastattelusta, johon osallistui 6986 vastaajaa. Kotihaastatteluun käytettiin keskimäärin 70-90 minuuttia jokaista haastateltavaa kohden. (Aromaa & Koskinen 2002, 9-11.) Haastattelu- ja kyselylomakkeet löytyvät kokonaisuudessaan Kansanterveyslaitoksen kotisivuilta (www.ktl.fi/terveys2000). Haastattelun runko ja tutkimuksessa käyttämäni kysymykset ovat liitteinä (s.97 ja 98). Käyttämässäni aineistossa oli vastaajien tiedot sekä pitkään ja lyhennettyyn kotihaastatteluun osallistuneilta sekä lisäksi puhelinkyselyyn ja jälkikyselyyn osallistuneilta.

Valmiiksi luokitellusta aineistosta käytin tietoja vastaajien iästä ja sukupuolesta sekä koulutustasotietoja. Kotihaastatteluaineistosta käytin

yhdistelmämuuttujaan tarvittavia tietoja vastaajien liikkumiskyvystä sekä kysymyksiä vastaajien kokemasta terveydentilasta ja sairastavuudesta. Vertailtavina vastaajien yhteiskunnallisen aseman mittareina käytin kysymyksiä koulutuksesta ja pääasiallisesta toiminnasta. Toimeentuloa kuvaavana tietona olivat vastaajien vuoden 2000 nettovuositulot. Lisäksi käytin toimeentulon riittävyyttä selvittäviä kysymyksiä 1. terveystarkastuslomakkeista.

Esittelen käyttämäni muuttajat tarkemmin kunkin sisältöluvun yhteydessä. Terveys 2000 –tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat antaneet suostumuksensa Kansanterveyslaitokselle käyttää tietoja anonyymisti jatkotutkimuksissa. Minulla ei ole ollut tietoja tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyydestä, vaan tutkittavat ovat säilyttäneet nimettömyytensä.

4.2.4 Otanta-asetelman ja painokertoimen huomioiminen

Kaksivaiheinen otanta asetti erityisvaatimuksia tilastolliseen analyysiin. Terveys 2000 –tutkimuksen otoksen poiminnassa suoritettu ositus ja ryvästys tuli ottaa huomioon aineiston analyysissä. Toisena aineiston ominaisuutena oli väestöpainotus, jolla korjattiin havaintoaineiston ikä-, sukupuoli-, alue- ja kielijakaumia vastaamaan väestön todellisia jakaumia. Esimerkiksi 80 vuotta täyttäneitä oli otokseen poimittu kaksinkertainen määrä heidän väestöosuuteensa nähden. Näiden vaatimusten vuoksi olen tehnyt tilastanalyysin Stata 8 –ohjelmalla (svytab, svymean), joka pystyi huomioimaan otoksen väestön painokertoimet sekä otanta-asetelman ositus- ja ryvästysrakenteen. (Heistaro 2005, 227.) Tällöin tulokset voidaan yleistää perusjoukkoon, mutta taulukoiden prosenttiosuudet eivät ole suoraan laskettavissa haastateltujen määristä.

4.2.5 Ristiintaulukointi päämenetelmänä

Tutkimusaineiston analysoinnissa olen käyttänyt tilastollisen sosiaalitutkimuksen perusmenetelmää, ristiintaulukointia. Ristiintaulukointi sopii hyvin osajoukkojen vertailuun. Ristiintaulukointi on perusmenetelmä, joka on yksinkertainen ja konkreettinen, ja sen avulla tulokset voidaan esittää ymmärrettävästi. (Alkula ym. 1995, 13, 187-189.) Ristiintaulukointi on menetelmä, joka tuo esiin väestön rakenteellisia piirteitä. Rakenteellisilla tekijöillä voidaan kuvata monia sosiaalisia ilmiötä, niin arkikokemuksen kuin laajempien yhteiskunnallisten erojen tasollakin. Ihmisten sosiaalinen luokka, koulutustausta, ikä ja sukupuoli asettavat sosiokulttuurisia reunaehtoja ja luovat esteitä tai edellytyksiä monille kulutus- ja elämänvalinnoille. Rakenteet vaikuttavat edelleen vielä modernissa yhteiskunnassakin. (Räsänen 2003, 28.) Vaikka tutkimusaineistossa olisi runsaasti aineksia tehdä monimuuttujatai polkuanalyysiä, katsoin, että tässä yleiskartoituksen vaiheessa aineiston analyysi ristiintaulukoinnin avulla on riittävä.

Ristiintaulukoinnissa tilastollisen yhteyden toteaminen kertoo vain sen, että määrällinen muutos yhdessä tekijässä on yhteydessä määrälliseen muutokseen toisessa tekijässä. Ristiintaulukointi ei osoita syy-seuraussuhteen olemassaoloa eikä kausaalisuutta. (Raunio 1999, 160.) Ristiintaulukointi soveltuu analyysimenetelmäksi erityisesti silloin, kun muuttajat ovat laatuero-

asteikollisia, kuten tässä tutkimuksessa käytettävät muuttujat pääsääntöisesti olivat. Osa Terveys 2000 -aineiston kysymyksistä antoi suoraan määrällisen eli välimatka-asteikollisen vastauksen, mutta suurimmassa osassa käyttämäni määrällisistäkin kysymyksistä vastaukset oli luokiteltu valmiiksi järjestyslukuasteikolliseksi muuttujaksi.

Aloitin aineistoon tutustumisen vertailemalla koko väestön, liikkumisesteisten ihmisten ryhmän ja vertailuryhmän suoria jakaumia. Tutkittavien ikä ja sukupuoli vaikuttivat vertailuun sekä analyysin tuloksiin. Näin ollen siirryin melko pian vertaamaan ristiintaulukoita, jotka olin tehnyt ikäryhmittäin erikseen naisille ja miehille. Yhdistettyjen ristiintaulukoiden avulla analysoin, miten muuttujien suhteelliset arvot jakautuvat liikkumisesteisten ihmisten ryhmässä, vertailuryhmässä ja koko väestössä.

4.2.6 Riippumattomuustesti ja tilastollinen merkitsevyys

Tutkimusaineisto on otos kohdejoukosta, josta yleensä ollaan kiinnostuneita. Otoksesta voidaan tehdä kohdejoukkoa koskevia yleistyksiä tietyin edellytyksin. Esimerkiksi ristiintaulukoinnissa laatueroasteikollisten muuttujien prosenttijakaumista voidaan laskea luottamusväli jokaisen luokan prosenttiosuudelle. Taulukko kertoo muuttujien välisen yhteyden otoksessa. Ristiintaulukoinnin perusajatuksena on katsoa toisen muuttujan jakaumaa toisen luokissa.

χ^2 -riippumattomuustestillä testataan, onko todennäköistä, että riippuvuus on syntynyt otantasattuman vaikutuksesta siitä huolimatta, että muuttujat ovat kohdejoukossa riippumattomia. Riippumattomuus tarkoittaa sitä, että muuttujan arvo ei vaikuta toisen muuttujan jakaumaan. Riippumattomuustestissä lasketaan havaittujen ja odotettujen frekvenssien erotuksen funktio, joka ilmoittaa, kuinka todennäköistä on, että havaitut ja odotetut frekvenssit poikkeavat toisistaan vähintään otoksessa havaitun määrän verran. Olettaen, että muuttujat ovat kohdejoukossa riippumattomia.

Merkitsevyystaso tarkoittaa väärässä olemisen riskiä, jos nollahypoteesi hylätään. χ^2 -testin perusteella havaitaan, onko muuttujien välinen yhteys tilastollisesti merkitsevä. Tilastollista merkitsevyyttä kuvataan vastaavalla p-arvolla. Tilastollinen merkitsevyystaso valitaan ennen testin suorittamista. Useimmiten merkitsevyystasoksi valitaan 0,05, 0,01 tai 0,001. (Alkula ym. 1995, 215-219.) Taulukoissa p-arvo ilmoittaa jakaumien eron tilastollisen merkitsevyyden ikäryhmittäin niiden ihmisten välillä, joilla oli tai joilla ei ollut liikkumisen esteitä. Suurin osa esittämästäni liikkumisesteisten ryhmän ja vertailuryhmän jakaumien eroista olivat tilastollisesti merkitseviä. Olen merkinnyt taulukoihin tilastollisen merkitsevyystason p-arvon avulla.

5 Vertailuasetelman muodostaminen

Muodostaessani aineistosta tutkittavien ihmisten ryhmiä käytin vastaajien omaa subjektiivista arviota ja käsitystä heidän liikkumiskyvystään. Tässä tutkimuksessa en käyttänyt kliinisen terveystarkastuksen liikkumiskyvyn mittaustulosta enkä haastatteluaineiston biolääketieteellisiä kysymyksiä kehon toiminnoista tai ruumiin rakenteista. Tämä on merkittävä epistemologinen näkökulman ero yhteiskunnassa yleensä käytettyyn biolääketieteen kategoriseen määrittelyyn ihmisten liikkumiskyvystä. Silloin määrittelijöinä ovat yleensä terveydenhuollon asiantuntijat, kuten lääkäri tai fysioterapeutti. Tästä Allardt (1993, 92) käyttää käsitettä asiantuntijoiden dogmatismi. Dualistisen epistemologian mukaan tiedon tuottaminen todellisuudesta edellyttää standardoituja empiirisen tutkimuksen menetelmien käyttöä. Tässä tutkimuksessa omaksun osittain interaktiivisen epistemologian menetelmiä, jonka mukaan tutkimuksen kohteena olevien ihmisten käyttämät käsitteet ja henkilön oma arvio toiminnallisesta liikkumiskyvystä kuvaavat heidän sosiaalista todellisuuttaan. (Raunio 1999, 88-89.) Tutkittavan omaa näkemystä ei aina pidetä luotettavana ja objektiivisena tietona, vaikka henkilön kokemuksellista asiantuntijuutta omasta elämästään pidetäänkin tärkeänä. Tässä tutkimuksessa en ole selvittänyt vastaajien subjektiivisesti ilmoittaman liikkumiskyvyn ja terveystarkastuksen tuottaman tuloksen eroa.

Tässä tutkimuksessa määrittelin liikkumisesteisten ihmisten ryhmän ja vertailuryhmän yhdistelmämuuttujan avulla. Käytin yhdistelmämuuttujassa kolmea vastaajien liikkumiskykyä koskevaa kysymystä. Ensimmäisessä yhdistelmämuuttujaan käyttämässäni kysymyksessä kysyttiin liikkumiskyvystä yleisellä tasolla: (Kysymys HB02) ”Miten kykenette liikkumaan?” Toisessa ja kolmannessa yhdistelmämuuttujan kysymyksessä oli liikkumiskyvystä kysytty konkreettisemmin: (HB07) ”Kykenettekö nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä?” sekä (HB09) ”Kykenettekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä?” Vastausvaihtoehdoissa oli valittavana neljä eri asteista liikkumiskyvyn kategoriaa.

Muodostin Terveys 2000 -aineistosta naisten ja miesten vertailuryhmän ihmisistä, jotka pystyivät liikkumaan vaikeuksitta. Vertailuryhmään kuuluvat henkilöt olivat vastanneet kaikissa kolmessa yhdistelmämuuttujan kysymyksestä joko niin, että heidän ”*liikkumisensa ei ole rajoittunut*” tai että he ”*kykenevät vaikeuksitta ja levähtämättä nousemaan yhden kerrosvälin portaita tai kävelemään noin puoli kilometriä*”. Raja näin muodostettujen ryhmien välillä ei ole tarkkapiirteinen eikä yksiselitteinen. Tämä viittaa terveys- ja sairauskäsitteen suhteellisuuteen, ja ilmenee myös siinä, että vastaajat ovat vastanneet yhdistelmämuuttujan eri kysymyksiin eri tavoin.

Toimintaedellytysten luokituksessa (ICF 2004, 15) ihmisten toimintarajoitteita arvioidaan suhteessa yleisesti hyväksytyihin väestötason viitearvoihin. Näitä voidaan kuvata myös kliinisenä normaalina, joka viittaa terveen käsitteeseen. Lääketieteessä verrattavana viitearvona tai normina pidetään ”sellaisen henkilön suorituskykyä tai suoritustasoa, jolla ei ole lääketieteellisen terveydentilan ongelmaa, tautia, häiriötä, vammaa tai muuta sellaista”. Tässä tutkimuksessa en tarkastellut muita toiminta- tai suorituskyvyn rajoituksia kuin henkilöiden liikkumisen vaikeutta. Molempiin vertailuviin ryhmiin kuuluvilla henkilöillä saattoi kuitenkin olla muita terveydentilan tai toimintakyvyn ongelmia. Joka kolmannella yli 30-vuotiaalla naisella ja miehellä on ainakin

yksi pitkäaikaissairaus ja tämä osuus kasvaa iän myötä noin 80-90 prosenttiin (Aromaa & Koskinen 2002, 38). Voidaankin siis kysyä, mikä on kliininen normi? Ikääntymisen myötä myös normit muuttuvat toiminta- ja liikuntakyvyssä.

Vertailukohteena olenkin pyrkinyt käyttämään enemmän koko väestön tilastollista keskiarvoa kuin kliinistä normaaliutta. Olen verrannut liikkumisesteisten naisten ja miesten ryhmien suhdelukuja ensisijaisesti kaikkien naisten ja miesten vastaaviin lukuihin, missä liikkumisesteiset ihmiset ovat myös mukana. Taulukoissa olen nostanut kaikkia naisia ja miehiä koskevat suhdeluvut ensimmäiseksi vertailtavaksi arvoksi. Seuraavana on liikkumisesteisten naisten ja miesten saamat arvot ja alimpana suhdeluvut naisilla ja miehillä, joilla ei ollut liikkumisen vaikeuksia.

5.1 Liikkumisesteisten ihmisten ryhmä

Liikkumisesteisten naisten ja miesten ryhmä muodostui samojen yhdistelmämuuttujan kysymysten avulla. Ensimmäisen kysymyksen ”Miten kykenette liikkumaan?” vastausvaihtoehtojen perusteella liikkumisesteisten ihmisten ryhmään yhdistin mukaan ne henkilöt, jotka olivat vastanneet joko ”Pystyn liikkumaan yksin ja ilman apuvälineitä, mutta liikkuminen *tuottaa hankaluuksia*”, toiseksi ”Pystyn liikkumaan, mutta vain *toisen henkilön avustamana tai pyörätuolilla, kainalosauvoja tai muita apuvälineitä käyttäen*” ja kolmanneksi ”Olen *täysin liikuntakyvytön*”. Liikkumiskyvyn todelliset ilmenemismuodot riippuvat ympäristöstä ja ovat tarjottuja vaihtoehtoja hienojakoisempia, mutta vastaajat olivat valinneet omaa liikkumiskykyään parhaiten vastaavan vaihtoehdon. Vaikka kysymys oli esitetty varsin yleisellä tasolla, olivat vastausvaihtoehdot melko konkreettisia.

”Kykenettekö nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä?” ja ”Kykenettekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä?” –kysymyksistä olen käyttänyt yhdistelmämuuttujaan molempien kysymysten saman sisältöiset vastausvaihtoehdot. Liikkumisesteisten ihmisten ryhmään tulivat vastaajat, jotka ilmoittivat, että ”pystyn siihen, mutta *vaikeuksia on jonkin verran*”, ”pystyn siihen, mutta se on minulle *erittäin vaikeaa*” tai ”*en pysty siihen lainkaan*”. Vastaajat valitsivat valmiiksi annetuista vaihtoehdoista sen asteen, mikä parhaiten kuvasi heidän omaa käsitystään liikkumiskyvystään. Konkreettinen kysymys helpotti arvioimaan liikkumiskykyä tilannekohtaisesti ja suhteessa ympäristöön. Epämääräiset vastausvaihtoehdot antoivat taas enemmän tilaa omalle subjektiiviselle tulkinnalle.

Tässä Terveys 2000 -tutkimusaineistossa määrittelin liikkumisesteisiksi henkilöiksi ne vastaajat, jotka olivat ilmoittaneet ainakin jossakin yhdistelmämuuttujan kysymyksistä, että heillä on liikkumisessaan eri asteisia vaikeuksia tai hankaluuksia sekä ne, jotka liikkuivat apuvälineiden avulla tai jotka eivät kyennet lainkaan liikkumaan. Liikkumisesteisten ihmisten ryhmään kuuluu hyvin heterogeeninen ryhmä eri tavoin liikkuvia ihmisiä. Tämä tutkimus ei anna kuvaa eri asteisesti liikkumisesteisten ihmisten keskinäisistä hyvinvoinnin ja yhteiskunnallisen aseman eroista.

Peruskartoitusvaiheessa päädyin käyttämään yhdistelmämuuttujaa, jonka vastausvaihtoehdot jaoin yhdeksi dikotomisiksi laatueroasteikolliseksi muuttujaksi. Tällöin ensimmäiseen vaihtoehtoon on yhteenlaskettu ”liikkuminen ilman vaikeuksia” ja toiseen vaihtoehtoon ”eri asteista liikkumisen vaikeutta” kuvaavat vastaukset. Alkulan ym. (1995, 100-101) mukaan validi operationalisointi edellyttää kiinnostuksen kohteen eri puolien kartoittamista erillisillä osamittareilla, jotka on hyvä yhdistää kokonaismittariksi. Myös reliaaabeliuden kannalta yhdistelmämuuttujan käyttäminen on perusteltua. Kun osioiden arvot lasketaan yhteen, satunnaisvirheet kumoavat toisiaan ja tulos tarkentuu.

Liikkumiskyky ja –rajoitteet voivat olla eri asteisia ja ajoittain vaihtuviakin. Liikkumiskyvyn arvioiminen on tilannesidonnaista ja riippuu myös määrittelijästä. Taulukossa 1a näkyy, että vastaajien arvioinnit liikkumiskyvystään vaihtelivat kysymyksittäin. Samoin vastauksissa ovat mukana henkilöt, joiden liikkumiskyky on voinut olla rajoittunut vain tilapäisesti vastaushetken aikaan. Näin määriteltiin liikkumisesteisten ihmisten joukkoon kuului yhteensä 1475 henkilöä.

Taulukko 1a: Liikkumisesteisten ihmisten ryhmän ja vertailuryhmän muodostaminen yhdistelmämuuttujan kolmen kysymyksen avulla (%)

Vastausvaihtoehdot	Yhdistelmämuuttujan kysymykset			Yhdistelmämuuttuja = Ryhmä
	I Miten kykenette liikkumaan HB02	II Kerrosvälin nouseminen HB07	III ½ kilometrin kävely HB09	
- ”Liikkumiseni ei ole rajoittunut”	85,4 %	89,1 %	88,7 %	81,9 %
- ”Pystyn siihen vaikeuksista” N	5871	6123	6098	5598
- ”Pystyn liikkumaan yksin ja ilman apuvälineitä, mutta liikkuminen tuottaa minulle hankaluuksia”				
- ”Pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran” N	10,0 % 753	4,7 % 362	3,9 % 302	
- ”Pystyn liikkumaan, mutta vain toisen henkilön avustamana tai pyörätuolia, kainalosauvoja tai muita apuvälineitä käyttäen”				18,1 % 1475
- ”Pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa” N	4,1 % 406	1,9 % 163	1,7 % 137	
- ”Olen täysin liikuntakyvytön”	0,5 %	4,4 %	5,7 %	
- ”En pysty siihen lainkaan” N	52	403	538	
Yhteensä N	100 % 7082	100 % 7061	100 % 7073	100 % 7073
Liikkumisesteisten ihmisten osuus yhteensä N	14,6 % 1211	11,0 % 928	11,3 % 977	18,1 % 1475

Kaikissa kysymyksistä muodostetuissa taulukoissa $p < 0,0001$
Taulukon luvut on koottu ikäryhmittäin ristiintaulukoiduista vastauksista.

Tässä tutkimuksessa liikkumisesteisten ihmisten ryhmä muodostui dikotomista yhdistelmämuuttujaa käyttäen suhteellisesti suuremmaksi kuin, jos olisin valinnut vain yhden yhdistelmämuuttujan kysymyksistä. Yhdistelmämuuttujalla saatu liikkumisesteisten ihmisten keskimääräinen väestöosuus yli 30-vuotiaasta väestöstä oli 18,1 prosenttia. Se on suurempi kuin yksittäisellä kysymyksellä saatu osuus (11-15 prosenttia). Jos tutkimus olisi tehty koko

väestöstä, jossa mukana olisivat myös nuoremmat ikäryhmät, olisi liikkumisesteisten ihmisten väestöosuus tämän tutkimuksen osuutta alhaisempi, koska nuorissa ikäryhmissä liikkumisesteisiä naisia ja miehiä on suhteellisesti paljon vähemmän.

Kysymysten ristiintaulukon perusteella noin kolme neljäsosaa (77 prosenttia) liikkumisen vaikeuksista raportoineista vastaajista olivat samoja ihmisiä. Vastauksissa näkyy myös vastausten osittaisuus suhteessa erilaisiin kysymyksiin. Yli 82 prosentilla vastanneista, joilla oli vaikeuksia liikkumisessa oli vaikeuksia myös puolen kilometrin kävelyssä. Noin viidenneksellä oli vaikeuksia ainakin yhdellä liikkumisen ulottuvuudella.

Taulukko 1 b. Yhdistelmämuuttujan kysymyksiin annettujen vastausten keskinäinen ristiintaulukointi (%)

	Vaikeuksia portaissa	Ei vaikeuksia portaissa	Vaikeuksia ½km matkalla	Ei vaikeuksia ½km matkalla
Liikkumisen vaikeus	77,4	6,8	82,2	5,9
Ei liikkumisen vaikeuksia	22,6	93,2	16,8	94,1
Vaikeuksia portaissa			76,6	2,8
Ei vaikeuksia portaissa			23,4	97,2

Kaikissa taulukoissa $p < 0,0001$

Liikkumisesteisten ihmisten ryhmässä oli enemmän niitä, joiden liikkumiskyvyn rajoite oli vähäinen. Liikkumiskykyä yleensä kuvaavaan kysymykseen (HB02) annettiin eniten vastauksia lievästä liikkumisen rajoitteesta, jolloin ”liikkuminen tuottaa hankaluuksia”. Tässä tutkimuksessani, kuten eurooppalaisessa tutkimuksessakin, suurin osa vastaajista raportoi suhteellisen vähäisistäkin ongelmista (Grammenos 2003, 8). Jos liikkumisesteisten ihmisten elinolotutkimus tehtäisiin Kansaneläkelaitoksen vammaisetuisuuksien saajista (vrt. Eek 2003) tai kuntien eri vammaispalveluiden käyttäjistä (vrt. Kuntaliitto 2003), voisivat lievästi liikkumisesteiset ihmiset jäädä koko tutkimuksen ulkopuolelle. Vammaispalvelujen ja taloudellisten kompensatioiden hakeminen edellyttää ensin sitä, että liikkumisen rajoitteita elämässään kokeva kansalainen on ensin itse vakuuttunut palvelun tai kompensaaion tarpeestaan ja motivoitunut hakemaan sitä. Esimerkiksi vammaispalveluissa on todettu paljon olevan niiden alikäyttöä (Puumalainen 2003). Toiseksi sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen tai Kansaneläkelaitoksen vammaisetuisuuksien saaminen edellyttää myös hallintojärjestelmän vakuuttumista eli myönteisen hallinnollisen päätöksen saamista ja palveluun oikeutettujen kategoriaan pääsemistä. Palvelu- ja kompensatiojärjestelmässä palvelujen taloudelliset resurssit sekä poliittiset päätökset säätelevät ja valikoivat palvelujen ja niiden saajien määrää. Liikkumisesteisten ihmisten sosiaali- ja terveystaloudellinen kategorisoiminen ja ulkopuolinen määrittely on erillinen prosessi kuin ihmisten itsensä identifioituminen vammaiseksi henkilöksi. Myös tässä tutkimuksessa henkilöt, jotka ovat ilmoittaneet vaikeuksista liikkumisessaan, eivät kaikki koe ja määrittele itseään vammaiseksi henkilöksi.

Yhdistelmämuuttujassa liikkumisen vaikeutta ja haittaa kuvaavat vastaukset sisältävät laajaa variaatiota. Vastausvaihtoehdot vaihtelivat ”täysin liikuntakyvyttömästä” siihen, ettei kyennyt levähtämättä nousemaan portaita yhtä kerrosväliä tai kävelemään puolta kilometriä. Yhdistelmämuuttujan kysymyksissä (HB07 ja HB09) liikkumiskykyä suhteutettiin konkreettiseen suoriutumiseen. Tämä on vaikuttanut niin, että vastaajat arvioivat liikkumiskykyään heikommaksi kuin vastatessaan yleensä liikkumiskykyä koskevaan kysymykseen. Näissä kysymyksissä oli eniten vastauksia kohdissa: ”en pysty siihen lainkaan”, vaikka liikkumisesteiseksi määritettyjen vastaajien kokonaismäärä vähenikin näiden kysymysten kohdalla.

Koko väestössä, samoin kuin tässä määritellyn liikkumisesteisten ihmisten ryhmässäkin, vaikeasti liikkumisesteiset henkilöt jäivät pieneksi vähemmistöksi. Heidän huomioimisensa tässä tutkimuksessa jäi ilman heidän tarvitsemaansa positiivista erityishuomiota. Vastausten perusteella täysin liikuntakyvyttömiksi määrittyneet henkilöt (1 prosentti, n=52) olivat pääasiassa yli 75-vuotiaita, laitoksissa asuvia naisia, jotka eivät liikkumisessaan pystyneet hyödyntämään apuvälineitä. Liikkumiskyvyttömien henkilöiden kohdalla haastattelun tietojen antajana lähes 80 prosentilla (n= 41) oli ollut toinen henkilö kuin haastateltava itse. Tämä tarkoittanee myös sitä, että henkilöillä oli vaikeuksia kognitiivisissa toiminnoissa. Myös apuvälineillä ja toisen henkilön avustamana liikkumaan kykenevissä vastaajissa on voinut olla paljonkin henkilöitä, jotka ilman apuvälineitä tai apua olisivat liikuntakyvyttömiä. Liikkumiskykyä määriteltäessä keskeistä onkin käytettävissä olevat resurssit, apuvälineet sekä ympäristön esteettömyys.

5.2 Ryhmien demografiaa

5.2.1 Ikä ja liikkumiskyky

Ihmisen elämänkaaren merkittävimpiä muutoksia on eliniän pidentyminen kaikissa länsimaissa. Suomessa odotettavissa oleva elinikä on lähes kaksinkertaistunut sadassa vuodessa. Eliniän pidentyminen tarkoittaa sitä, että suurin osa länsimaisista ihmisistä saavuttaa myös vanhuuden. Kun ikäihmisten sairastavuus on lisääntynyt, on toisaalta elinolojen kohentumisen, sairauksien ehkäisyn ja hoidon kehittymisen johdosta onnistuttu torjumaan monia tappavia terveyden vaaroja. (Lahelma 1998, 9.) Terveystila muuttuu ikääntymisen myötä. Kysymys on sekä ikääntymisen tuomista biologisista muutoksista että elinoloihin ja elintapoihin liittyvien moninaisten terveyden riskien kasautumisesta elämänkaaren myötä (Wadsworth 1986, ref. Rahkonen ja Lahelma 1998).

Käytin analyysissä aineiston ikäryhmien valmista luokittelua. Ikäluokat vaihtuivat yleensä kymmenen vuoden välein, mutta sekä nuorimman 30-44-vuotiaiden että vanhimman yli 85-vuotiaiden ryhmän syntymävuosien väli oli viisitoista vuotta. Seuraavassa taulukossa olen muuntanut vastaajien iät syntymävuosiksi.

Kymmenen tai viidentoista vuoden ikäkohortteihin sisältyy laaja kirjo erilaisia ihmisiä, mutta tietyn ikäluokan vastaajia voidaan pitää oman ikäryhmänsä

edustajina. Voidaan ajatella, että ikäryhmän jäsenille asiat ovat tapahtuneet suhteellisen samanaikaisesti Poikkileikkausaineisto antaa kuvan usean sukupolven edustajien tilanteesta.

Taulukko 2: Vastaajien ikäryhmiä vastaavat syntymävuodet

<u>Vastaajien ikä</u>	<u>Syntymävuodet</u>
30-44-vuotiaat	1970-1956
45-54-vuotiaat	1955-1946
55-64-vuotiaat	1945-1936
65-74-vuotiaat	1935-1926
75-84-vuotiaat	1925-1916
yli 85-vuotiaat	ennen vuotta 1915 syntyneet

Vertasin ensin vastaajaryhmien syntymävuosien keskiarvoja. Kaikkien tutkimukseen vastanneiden syntymävuosien keskiarvo oli vuosi 1946. Vastaajat, joiden liikkuminen oli vaikeaa, olivat keskimäärin paljon iäkkäämpiä. Heidän syntymävuosiensa keskiarvo oli vuosi 1930. Vastaajat, joilla ei ollut liikkumisen vaikeutta, olivat nuorimpia ja syntyneet keskimäärin vuonna 1950.

Jos olisin valinnut liikkumisesteisten ihmisten ryhmän vain yhden yhdistelmämuuttujassa käyttämäni kysymyksen avulla, olisi työikäisten 30-64-vuotiaiden liikkumisesteisten vastaajien osuus jäänyt reilusti alle neljänsadan (190-367) vastaajan. Liikkumisesteisten työikäisten 30-64-vuotiaiden osuus jäi yhdistelmämuuttujaakin käyttäen melko pieneksi (435 henkilöä), vain hieman yli kolmannekseen (36 prosenttiin) liikkumisesteisten ihmisten ryhmästä. Liikkumisesteisyys painottuu ikäihmisiin. Liikkumisesteisten ihmisten ryhmästä vajaa kaksi kolmannesta (64 prosenttia, 1040 henkilöä) oli yli 65-vuotiaita vastaajia. Kun taas koko väestöaineistosta noin kaksi kolmasosaa oli 30-64-vuotiaita ja kolmannes yli 65-vuotiaita.

Taulukko 3a: Liikkumisesteisyyden osuus keskimäärin eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät						Yhteensä
	30-44 v	45-54 v.	55-64 v.	65-74 v.	75-84 v.	85 +	
Ihmiset, on liikk.est.	2,5	9,1	19,2	33,6	64,6	92,0	18,1
N	57	154	224	299	465	276	1475
Ihmiset, ei liikk.est.	97,5	90,9	80,8	66,4	35,4	8,0	81,9
N	2258	1562	937	589	228	24	5598
Koko väestö	100	100	100	100	100	100	100
N	2315	1716	1161	888	693	300	7073

Taulukoissa liikkumisesteisten ihmisten ja vertailuryhmän välisten suhdelukujen eron tilastollisen merkitsevyyden $p < 0,0001$

30-54-vuotiaiden ikäryhmissä liikkumisesteisten ihmisten osuudet jäivät alle kymmeneen prosenttiin. 55-64-vuotiaiden ikäryhmässä liikkumisesteisten ihmisten väestöosuus oli noin viidennes (20 prosenttiin) ja 65-74-vuotiaista kolmannes, eli he edustivat edelleen väestön vähemmistöä. Vasta yli 75-vuotiaiden kohdalla vertailuryhmän vastaajat, joilla ei ollut liikkumisen vaikeuksia, jäivät väestössä selkeästi vähemmistöksi.

Kuten vammaisuuden määrittely, on myös ihmisen määrittely vanhaksi aikaan ja paikkaan sidottua. Vanhuudelle ei ole yleisesti pätevää ikärajaa. Sama ihminen voi olla eri-ikäinen kronologisesti, biologisesti, sosiaalisesti ja psykologisesti määriteltynä. Ihmisten sosiaalinen, psyykinen ja biologinen vanheneminen ovat historiallisesti ja kulttuurisesti määrittyviä. Vanhus voidaan määritellä ihmiseksi, joka on ikääntymiseen liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi jatkuvasti toisen ihmisen avun tarpeessa. Tämä tarkoittaa yleensä aikaisintaan 75 - 80 vuoden ikää. Vanhuskäsityksen tulee ottaa huomioon myös vanhenemisen psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus sekä ihmisen yksilöllisyys ja käytössä olevat voimavarat. (Parkkari 1996, 35.)

5.2.2 Liikkumiskyky ja sukupuoli

Ihmisen ikä ja sukupuoli kuuluvat terveystutkimuksen perusmuuttujiin. Näillä molemmilla on sekä biologinen että sosiaalinen perusta. Jos pitäytyy iän ja sukupuolen biologisessa näkökulmassa, jää näiden sosiaalinen merkitys huomiotta. (Lahelma 1998, 12.)

Kun tarkastelin liikkumisesteisten ihmisten jakautumista iän sekä sukupuolen mukaan, tuli kuva moniulotteisemmaksi. Kun liikkumisesteisyyden ilmiö painottuu vanhempiin ikäryhmiin, myös sukupuolijakaumissa oli havaittavissa selkeää ero. Molemmissa vertailuryhmissä naisia oli enemmän, mutta koko väestön sukupuolijakauma oli tasaisempi kuin ihmisten, joilla oli liikkumisen rajoitteita. Yli 30-vuotiaasta väestöstä oli naisia noin 55 prosenttia ja miehiä 45 prosenttia. Liikkumisesteisten ihmisten joukosta oli naisia huomattavasti enemmän, noin 60 prosenttia ja miehiä noin 40 prosenttia. Vertailuryhmän sukupuolijakauma oli lähes tasan, yhtä paljon naisia ja miehiä.

Liikkumisesteisten naisten osuus kaikista yli 30-vuotiaista naisista oli 21 prosenttia, kun liikkumisesteisten miesten osuus kaikista yli 30-vuotiaista miehistä oli noin 15 prosenttia. Liikkumisesteisten naisten suurempi kokonaisuus selittyy naisten suuremmalla määrällä yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä. Suurin osa vanhusväestöstä on naisia, koska he elävät miehiä kauemmin (Parkkari, 1996, 34).

Taulukko 3b: Liikkumisesteisyyden osuus naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät						Yhteensä	N
	30-44 v	45-54 v.	55-64 v.	65-74 v.	75-84 v.	85 +		
Naiset								
Naiset, on liikk.est.	2,3	8,2	20,1	36,8	67,0	91,8	21,0	959
Naiset, ei liikk.est.	97,7	92,8	79,9	63,3	33,0	8,2	79,0	2958
Naiset yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	3917
N	1211	874	615	505	478	234	3917	
Miehet								
Miehet, on liikk.est.	2,6	10,0	18,3	29,7	59,6	92,7	14,9	516
Miehet, ei liikk.est.	97,4	90,0	81,7	70,3	40,4	7,3	85,1	2640
Miehet yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	3156
N	1104	842	546	383	215	66	3156	

Kaikissa taulukoissa liikkumisesteisten ihmisten ja vertailuryhmän välisten suhdelukujen eron tilastollinen merkitsevyyden $P < 0,0001$

30-54-vuotiaiden ikäryhmässä naisia ja miehiä, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, oli alle 10 prosenttia. Yli 65-vuotiaista naisista ja miehistä liikkumisen vaikeudet lisääntyivät 30 prosentista yli 90 prosenttiin.

Liikkumisen vaikeudet ja rajoitteet ilmaantuvat yleisemmin elämän kuluessa joko sairauden, tapaturmien tai ikääntymisen myötä. Eero Lahelman (1998) mukaan sairauksien merkitys ihmisen elämässä korostuu iän lisääntyessä, elämänkaaren loppua kohti. Suomessa suurten ikäluokkien ikääntyessä väestön keski-ikä nousee. 65-vuotta täyttäneiden osuus koko väestöstä kasvaa nykyisestä 15 prosentista noin 20 prosenttiin vuoteen 2015 mennessä. Vuoden 2030 aikoihin suuret ikäluokat saavuttavat 80. ikävuoden. Keskimääräinen elinaika vuonna 2003 oli miehillä noin 75 vuotta ja naisilla noin 82 vuotta. (Aromaa ym. 2005, 566.) Terveys 2000 –aineistossa yli 30-vuotiaasta väestöstä 23,4% oli yli 65-vuotiaita.

Heliövaaran ja Riihimäen (2005, 164.) tutkimuksen mukaan tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat yleisimmin kipua ja poissaoloja työstä. Arviolta 1,7 miljoonalla suomalaisella on jokin pitkäaikainen sairaus tuki- ja liikuntaelimessä, mikä aiheuttaa toiminnallista haittaa lähes 600 000 suomalaiselle. Arvioidaan, että tuki- ja liikuntaelinsairastavuus pienenee, mutta ikärakenteen vanhenemisen vuoksi näiden sairauksista ja vammoista johtuvat toiminnanesteet aiheuttavat kasvavaa palveluntarvetta. Eurooppalaisessa vertailussa suomalaiset luvut vammaisuuden määrästä ovat muihin maihin verrattuna korkeita. Silventoinen ja Lahelma (2002) arvioivat, että suomalaisten matala elintaso ennen 1950-lukua on lisännyt vammaisuuden määrää.

Kun väestö ikääntyy ja sen myötä liikkumisen vaikeudet yleistyvät on huomiota kiinnitettävä ikäihmisten elämisen helpottamiseen liikkumiskyvyn rajoittumisesta huolimatta. Liikkuminen on yksi omatoimisen suoriutumisen ja osallistumisen edellytyksistä. Liikkumisesteisten ihmisten tarvitsemat palvelutarpeet tulevat helpommin huomioiduiksi ikäihmisten kohdalla, koska he ovat enemmistönä. Huomiota on kiinnitettävä myös nuoremmassa ikäryhmissä vähemmistönä olevien liikkumisesteisten naisten ja miesten tarpeisiin.

5.3 Koettu terveys ja sairastavuus

Terveyshaastattelussa vastaajia pyydettiin arvioimaan sen hetkistä terveydentilaansa. Vastaukset oli luokiteltu viisiluokkaiseen asteikkoon: ”hyvä”, ”melko hyvä”, ”keskitasoinen”, ”melko huono” ja ”huono”. Vastausjakaumien perusteella voi sanoa, että koettu terveydentila oli sitä heikompaa, mitä iäkkäämmästä vastaajasta oli kyse. Liikkumisesteiset ihmiset kokivat terveydentilansa heikommaksi kuin muu väestö. Aikuisväestön nuorimmassa ikäryhmässä suhdelukujen ero oli yli kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna. 30-44-vuotiaista liikkumisesteisistä ihmisistä koki terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi keskimäärin vajaa kaksi viidestä (naisista 42 prosenttia ja miehistä 31 prosenttia). Koko väestöstä ja vertailuryhmästä keskimäärin yli neljä viidestä (naisista noin 83 prosenttia ja miehistä 80 prosenttia) koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi.

lääkäimmissä väestöryhmissä yli 65-vuotiaista liikkumisesteisistä ihmisistä terveytensä koki hyväksi noin joka kuudes (14-18 prosenttia). Ikäihmisenäkin vertailuryhmään kuuluvista naisista ja miehistä, joilla ei ollut liikkumisen esteitä, yli puolet ilmoittivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Nuorimmissa ja vanhemmissa ikäryhmissä naiset kokivat terveytensä hyväksi useammin kuin miehet.

Taulukko 4: Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus eri ikäryhmissä (%)

Väestöryhmät	IKÄRYHMÄT						Yht	N
	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+		
Koko väestö	81,0	65,1	50,9	41,5	28,5	20,7	61,0	7073
Ihmiset, on liikkum. esteitä	36,0	17,5	13,4	15,7	13,3	17,4	16,0	1475
Ihmiset, ei liikkum. esteitä	82,1	69,9	59,9	54,5	56,3	58,1	70,9	5598
Naiset yhteensä	82,9	68,9	52,9	39,6	29,0	24,8	61,0	3917
Naiset, on liikkum. esteitä	42,2	17,3	13,0	15,7	14,3	20,9	16,6	959
Naiset, ei liikkum. esteitä	83,8	73,5	63,0	53,5	58,9	68,8	72,8	2958
Miehet yhteensä	79,2	61,5	48,7	43,9	27,7	7,5 *)	61,0	3156
Miehet, on liikkum. esteitä	30,8	17,6	13,8	15,8	11,2	6,5	15,0	516
Miehet, ei liikkum. esteitä	80,5	66,3	56,5	55,8	52,0	19,0	69,0	2640

Kaikissa muissa taulukoissa ikäryhmittäin verrattuna liikkumisesteisten ihmisten ja vertailuryhmien suhdelukujen välisen eron tilastollisen merkitsevyyden $p < 0,0001$ paitsi *) yli 85-vuotiailla miehillä $p=0,2950$

Kun nuoremmissa ikäryhmissä liikkumisesteiset ihmiset ovat vähemmistönä, erot yhteenlaskettujen kaikkien naisten ja miesten sekä enemmistönä olevan vertailuryhmän naisten ja miesten, (joilla ei ollut liikkumisen vaikeuksia) suhdelukujen välillä eivät ole kovin suuria. Vertailuryhmän ja liikkumisesteisten ihmisten suhdelukujen jakaumien erot ovat luonnollisesti suurempia kuin liikkumisesteisten ihmisten suhdelukujen ero verrattuna kaikkien naisten ja miesten suhdelukuihin.

Yli 75-vuotiaana liikkumisesteiset ihmiset ovat jo enemmistönä. Silloin suhdelukujen väliset erot vertailuryhmän ja koko väestön välillä suurenevät. Tällöin myös suhdelukujen erot liikkumisesteisten ihmisten ja vertailuryhmään kuuluvien vastaajien suhdelukujen välillä entisestään kasvoivat.

5.3.1 Sairastavuus

Terveys 2000 –aineistossa oli paljon terveyteen, sairastavuuteen ja diagnooseihin liittyviä kysymyksiä. Sairastavuudessa tarkastelin vain pääkysymystä, oliko vastaajalla jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus tai jokin vika, vaiva tai vamma. Mukaan otettiin kaikki lääkärin toteamat pitkäaikaiset sairaudet sekä myös vähintään kolme kuukautta kestäneet vaivat, joita lääkäri ei ollut todennut, mutta jotka vaikuttivat toimintakykyyn (haastattelulomake). Koko väestössä keskimäärin joka toisella (53 prosenttia) oli jokin pitkäaikaissairaus, vika tai vamma. Liikkumisesteisistä ihmisistä keskimäärin 95 prosenttia potee jotain pysyvää tai pitkäaikaista sairautta, vikaa tai vammaa. Myös ihmisillä, joilla ei ollut liikkumisen rajoitteita, on yli kahdella viidestä (44 prosentilla) elämässään mukana pysyviä tai pitkäaikaisia sairauksia, vikoja tai vammoja.

Koko aikuisväestössä ainakin yhtä pitkäaikaissairautta sairastavien henkilöiden osuus kasvoi jyrkästi nuoremmissa vanhempiin ikäryhmiin. Kaikista 30-44-vuotiaista vastanneista noin kolmannes (32 prosenttia) ilmoitti sairastavansa jotain pitkäaikaista sairautta, vikaa tai vammaa, mutta kaikista yli 65-vuotiaista 80-90 prosenttia. (Aromaa & Koskinen 2002, 38.) lästä riippumatta suurimmalla osalla (95 prosentilla) liikkumisesteisistä ihmisistä (naisilla 94 prosenttia, miehillä 96 prosenttia) oli jokin sairaus, vika tai vamma. Noin viidellä prosentilla liikkumisesteisistä ihmisistä (miehillä neljällä, naisilla kuudella prosentilla) ei kuitenkaan oman ilmoituksen mukaan ollut mitään sairautta tai vammaa.

Taulukko 5: Ainakin yhden pysyvän tai pitkäaikaisen sairauden, jonkin vian, vaivan tai vamman ilmoittaneiden osuudet eri ikäryhmissä (%)

Väestöryhmät	Ikäryhmät						Yht.	N
	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+		
Koko väestö	31,7	45,9	66,2	77,0	86,6	88,9	52,9	7069
Ihmiset, on liikkumisesteitä	88,5	92,9	97,9	95,0	96,7	90,9	94,9	1473
Ihmiset, ei liikkumisen estettä	30,2	41,2	58,5	68,8	68,1	63,2	43,6	5596
Naiset yhteensä	33,5	46,6	66,3	76,8	86,8	87,6	55,5	3914
Naiset, on liikkumisesteitä	74,9	91,5	97,7	95,2	96,8	89,3 *)	94,2	957
Naiset, ei liikkumisen estettä	32,5	42,6	58,4	66,1	66,7	68,5	45,2	2957
Miehet yhteensä	29,9	45,2	65,8	77,2	85,9	92,3	50,0	3157
Miehet, on liikkumisesteitä	100,0	94,0	98,2	94,7	96,3	96,1	96,1	516
Miehet, ei liikkumisen estettä	28,0	39,8	58,5	69,7	70,5	43,9	41,9	2639

Kaikissa muissa taulukoissa ikäryhmittäin ihmisten, joilla on tai ei ole liikkumisen esteitä välisen eron tilastollisen merkitsevyyden $p < 0,0001$, paitsi yli 85-vuotiailla naisilla $p < 0,05$

Kun määrittelin ryhmää ihmisistä, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, en ollut kiinnostunut siitä, mistä lääketieteellisistä diagnooseista liikkumisen vaikeudet tai hankaluudet johtuivat. Biolääketieteellisessä mallissa selvitetään ensin liikuntavammaa aiheuttavat diagnoosit ja yhdistetään heidät sen perusteella liikkumisesteisiksi ihmisiksi. Tässä tutkimuksessa vastaajien subjektiivisesti koettua liikkumisen vaikeutta voi aiheuttaa myös varsinaisten tuki- ja liikuntaelinvammojen ja –sairauksien lisäksi esimerkiksi hengityselin-, sydän- ja verisuonisairaudet, ylipainoisuus tai näkökyvyn rajoitteet.

Kun kaikki 30-44-vuotiaat liikkumisesteiset miehet ilmoittivat, että heillä on jokin pitkäaikaissairaus tai vamma, vain 75 prosenttia 30-44-vuotiaista naisista, joilla oli vaikeuksia liikkumisessa, ilmoitti, että heillä on jokin pitkäaikaissairaus tai vamma. Näiden joka neljännän (25 prosentin) 30-44-vuotiaan liikkumisen vaikeuksista raportoineen naisen kohdalla voi pohtia, vaikeuttaako ylipainoisuus, raskaus tai lapset nuorten aikuisten naisten liikkumista. Kysymys oli aineistossa absoluuttisesti pienestä määrästä, seitsemän 28:sta vastanneesta naisesta, mutta vaikuttaa tämän ikäryhmän liikkumisesteisistä naisista tehtävään analyysiin.

Kristiina Manderbacka (1998, 125-126) on tutkinut keski-ikäisten arvioita terveydestään. Hänen mukaansa elinolosuhdekyselyyn vastanneiden puhe terveydentilasta oli moniulotteista. Arviot sisälsivät kaikissa tapauksissa maininnan lääketieteellisestä määritellystä terveydentilasta, sairaudesta tai sen puutteesta. Esiin tuotiin myös muita terveyden ulottuvuuksia. Vastaajat totesivat terveyden heikkenevän iän myötä ja he pitivät ikää yhtenä osasyynä

sairauksiin. Ikä nähtiin myös tekijänä, joka oli otettava huomioon terveyttä arvioitaessa.

Ikä ja elämänvaihe vaikuttavat paitsi terveydentilaan myös siihen, miten terveys ymmärretään. Iäkkäillä vastaajilla toimintakyky oli enemmän esillä terveydestä puhuttaessa kuin nuoremmilla. Usein nähtiin myös terveys tyytyväisyytenä, onnellisuutena tai mielentilana. Terveydestä ei haastattelussa puhuttu abstraktina normina, vaan sen sisältöä muokattiin omaa elämää vastaavaksi. Iän myötä sairastavuus lisääntyy ja terveydestä puhuttiin enemmän lääketieteellisin ja kokemuksellisin termein. Mitä yleisempää sairastavuus oli, sitä vähemmän kyseessä oli poikkeama normista. Iäkkäillä sairauden puute oli pikemminkin poikkeus. Usea vastaaja, jolla oli pitkäaikainen sairaus, piti itseään melko terveenä ikätovereihinsa verrattuna (Jylhä 1992, ref. Manderbacka 1998, 126.)

5.3.2 Näkökykyyn liittyvä liikkumisesteisyys

Tarkastelin tutkielmassani liikkumista toimintaedellytysten näkökulmasta, joten myös näkökyvyssä olevat rajoitteet voivat olla liikkumisen vaikeutumisen syy. Käytin terveyshaastattelun kysymystä: ”Rajoittaako näkökykyne liikkumistanne?” Olen laskenut yhteen annettujen vastusten vaihtoehdot: ”vain hämärässä”, ”jonkin verran myös hyvässä valaistuksessa” ja ”huomattavasti myös hyvässä valaistuksessa”. Alle 64-vuotiailla naisilla ja miehillä, jotka ovat ilmoittaneet liikkumisen vaikeuksista, liikkuminen rajoittuu erityisesti hämärässä. Kaikista liikkumisen vaikeuksia raportoineista naisista lähes joka neljännellä ja miehistä noin joka viidennellä oli näkökykyyn liittyviä liikkumisen rajoitteita. Kaikista ja vertailuryhmän naisista ja miehistä raportoi yleensä noin 3 - 6,6 prosenttia näkökyvyn vaikutuksesta liikkumiseen.

Taulukko 6: Näkökykyyn liittyvä liikkumisen vaikeus eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät						Yht	N
	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+		
Koko väestö	4,2	5,1	6,6	10,4	21,9	43,6	7,9	7020
Liikk.est. yht.	22,8	9,7	12,1	18,6	29,7	45,7	22,4	1415
Naiset yht.	4,7	6,1	7,0	10,1	22,3	37,9	3,0	
Liikk. est. n	31,8	12,8	13,7	17,3	28,9	40,4	23,6	
Ei liikk. est. n	4,2	5,5	5,3	6,1	9,6	11,7	5,2	
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,2	<0,001	
Miehet yht.	3,5	4,3	6,2	10,8	21,2	61,6	6,6	
Liikk. est. m	14,6	7,1	10,2	20,6	31,3	63,0	20,6	
Ei liikk. est. m	3,2	4,0	5,4	6,7	6,9	43,9	4,3	
P	-	<0,05	<0,3	<0,001	<0,001	<0,6	<0,001	

Nuorimmassa 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä lähes kolmasosa liikkumisen vaikeuksista raportoineista naisista ilmoitti, että näkökyky rajoittaa heidän liikkumistaan. Samanikäisistä liikkumisen vaikeuksia ilmoittaneista miehistä noin joka kuudennella näkökyky häiritsi liikkumista. Erityisesti nuoremmassa ikäryhmissä korostuivat hämärässä näkemisen vaikeudet. Yli 65-vuotiailla liikkumisen vaikeuksia raportoineilla miehillä oli suhteellisesti useammalla näkökyvyn rajoituksia kuin naisilla.

6 Koulutus

6.1 Koulutuksen taustaa ja tutkimuksia

Koulutus luo inhimillisiä resursseja, joiden avulla ihmiset rakentavat elämänsä. Yleensä työllistymisen ja tiedonsaannin edellytykset paranevat koulutuksen avulla. Koulutus lisää kykyä vastaanottaa, hyödyntää ja ymmärtää uutta informaatiota (Urponen 1989, 135). Nykyisessä tietoyhteiskunnassa koulutuksen merkitys sekä käydyt kouluvuodet ovat lisääntyneet. Koulutustaso on vahvasti sukupolvisidonnainen; vanhemmilla ikäluokilla koulutus on vähäisempää.

Koulutukseen käytetty aika on kasvanut ja samalla siirtänyt työhön siirtymisen aikaa myöhemmäksi (Koistinen 1999, 205). Ennen 1940-lukua syntyneistä selvästi yli puolet on käynyt vain perusasteen koulutuksen, mutta 1960-luvulla tai sen jälkeen syntyneillä pelkkä perusasteen koulutus on vain alle 20 prosentilla. (Aromaa ym. 2005, 454.) Ero hyvin kouluttautuneiden nuorten ikäluokkien ja matalasti koulutettujen vanhempien ikäluokkien välillä on Suomessa OECD-maiden suurimpia. Suomessa nuoremmat ikäryhmät ovat Euroopan parhaiten koulutettuja ja vanhemmat vähiten koulutettuja. (OECD 2000, ref. Kangas 2003.) Myös Mannila ja Peltoniemi (1997) ovat havainneet tutkimuksessaan, että henkilöillä, jotka ovat käyneet koulunsa peruskoulujärjestelmää edeltäneenä aikana, on koulutukseen liittyvä syrjäytymisriski suurempi kuin nuoremmilla ikäryhmillä.

Koulun erottelee jyvät akanoista. Yhteiskunnan talouden tehokkuus- ja rationaalisuusvaatimukset näkyvät myös koulujen tehtävänä arvioida ja mitata tulevien työntekijöiden tehokkuutta. Syrjäyttämisperusteena ovat ihmisten tiedot, taidot ja tehokkuus. (Sipilä 1979, 27.) Koulujärjestelmän historia on sisältänyt segregoivia elementtejä ja vammaisten ihmisten poisvalikoimista tavallisesta kouluopetuksesta. Minna Harjulan (2003, 133-134) mukaan 1900-luvun alkuvuosikymmeninä kunnan- ja koululääkärit olivat opettajien ohella kansakoulukelpoisten ”normaalien”, erityiskouluun kuuluvien ”kehityskelpoisten” sekä vanhempien ja köyhäinhoidon vastuulle jäävien ”kehityskelvottomien” lasten luokittelijoina. Vuoden 1921 oppivelvollisuuslaissa aistivallisten opetus nostettiin tasavertaiseen asemaan normaalien lasten opetuksen kanssa. Sen sijaan ruumiinviaasta tai heikosta terveydestä kärsivät lapset jätettiin tylsämielisten lasten tavoin oppivelvollisuuden ulkopuolelle. Erityisopetusta järjestettiin vain yli 10 000 asukkaan kaupunkien ”heikon kehityskyvyn” omaaville lapsille.

1900-luvun alussa armeliaisuusjärjestöt alkoivat järjestää vammaisten lasten hoitoa ja opetusta. Toisen maailmansodan jälkeen 1940-luvulla kuntia velvoitettiin huolehtimaan peruskouluiässä olevien vammaisten koululaisten pohjakoulutuksesta ja tarvittaessa asunnosta ja koulukyydeistä. Sosiaali- ja terveysministeriö huolehti yhdessä kouluviranomaisten kanssa, että valtakunnassa oli oppivelvollisuusikäisiä invalideja varten tarpeellinen määrä erityiskouluja, ja että sairaaloissa ja muissa hoitolaitoksissa hoidettaville invalideille annettiin peruskouluopetusta. (Waris 1978, 272.)

Heikki Wariksen (1978, 272-273) mukaan ”tarpeellisen lääkintähuollon ja pohjakoulutuksen jälkeen invalidille annettiin riittävä ammatillinen koulutus,

jolla hänen harkittiin voivan hankkia toimeentulonsa”. Invalidihuoltolain perusteella valtio kustansi invalidin ammattikoulutuksen alemman asteen yleisessä ammattioppilaitoksessa tai invalidien erityisissä oppilaitoksissa, joita vammaisjärjestöt olivat perustaneet valtion avustuksilla. Sisäoppilaitoksina toimivia erityisammattikouluja pidettiin vaikeavammaisille opiskelijoille erityisen soveltuvina. Vain poikkeustapauksissa voitiin invalidihuoltolain nojalla antaa erityisen lahjakkaille vähävaraisille invalideille yleiskoulutusta varten valtion apuraha ja koroton laina opiskeluun ylemmän asteen ammattikoulussa, oppikoulussa tai korkeakoulussa. Helka Urposen (1989, 74, 135) väitöskirjan mukaan noin neljännes eri tavoin pitkäaikaissairaista tai vammaisista nuorista oli ilman ammatillista koulutusta. Naisilla oli ammatillista koulutusta merkittävästi enemmän miehiin verrattuna. Urposen mukaan koulutuksen kautta saadut resurssit olivat pitkäaikaissairaiden ja vammaisten nuorten osalta merkittävästi vähäisemmät kuin heidän terveillä ikätovereillaan. Peruskoulutuksen lisäksi liikkumisesteisten ihmisten ammatillinen koulutus on myös jäänyt muuta väestöä matalammalle tasolle.

Antti Teittinen (2000) väitöskirjassaan sekä Simo Vehmas (2005, 83-108) omassa tutkimuksessaan ruotivat erityispedagogiikan ja erityiskoulun merkitystä vammaisuuden määrittelijänä, luokittelijana ja laitostajana. Vehmas kritisoi erityispedagogiikan käyttämää ”erityiset tarpeet” –käsitettä, josta puhuttaessa ongelma sijoittuu yksilöön ja on lähellä vammaisuuden psykomedikaalista selitystä. Koulutusjärjestelmä valikoi ja erittelee oppilaita yhteiskunnan toimivuuden edistämiseksi, mutta Vehmaksen mukaan tulisi miettiä enemmän niitä normatiivisia oletuksia, joiden perusteella ihmisten ominaisuudet määritellään toivottaviksi ja ei-toivottaviksi. Koulutusjärjestelmä on keskeinen yhteiskunnallisen syrjinnän ylläpitäjä, jos joitakin lapsia asetetaan marginaaliseen asemaan koulujärjestelmän toimivuuden turvaamiseksi.

Rahkosen ym. (1989) mukaan huonon terveyden omaavat ihmiset ovat muita suuremmassa vaarassa jäädä pelkän peruskoulutuksen varaan. Ja sen vuoksi päätyä myöskin alhaiseen sosiaaliseen asemaan. Sosiaalisen liikkuvuuden suunta on ollut suomalaisessa yhteiskunnassa pääsääntöisesti ylöspäin, joten mahdollista valikoitumista ja sosiaalista vajoamista ei ole pidetty kovin laajana ilmiönä.

Nykyisin Suomessa on kaikkia lapsia koskeva yleinen oppivelvollisuus. Jokaisen lapsen perusoikeutena on oikeus oppimiseen. Perustuslaki (Suomen perustuslaki 1995) korostaa kaikkien yhtäläisiä mahdollisuuksia saada kykyjensä ja erityisten tarpeidensa mukaisesti myös muuta kuin perusopetusta sekä saada kehittää itseään. Säännös kattaa opetuksen esiopetuksesta korkea-asteen opetukseen ja aikuiskoulutukseen saakka. Tämä merkitsee elinikäisen koulutuksen periaatetta.

Kansaneläkelaitos, joka huolehtii vajaakuntoisten ihmisten ammatillisesta kuntoutuksen rahoituksesta voi tukea vammaisten ihmisten yleissivistävää koulutusta esimerkiksi lukioissa tai kansanopistoissa, jos se on välttämätöntä ammatilliseen koulutukseen pääsemiseksi. Kela tukee ammatillista peruskoulutusta, jos sairaus aiheuttaa olennaisia rajoituksia ammatinvalinnassa. Kelan ammatillinen kuntoutus pitää sisällään myös ammatillista uudelleen- ja jatkokoulutusta, jos hakija on tullut kykenemättömäksi entiseen työhönsä tai siitä suoriutuminen tuottaa sairauden tai vamman takia suuria

vaikeuksia. Koulutustuen edellytyksenä on, että koulutusala ja siitä saatava ammatti mahdollistavat työllistymisen sairaudesta huolimatta. (Kelan etuudet 2005.) Kelan tukijärjestelmä ei tue vammaisten ihmisten elinikäistä oppimista. Tuki ammatilliseen kuntoutukseen takaa pääsääntöisesti kouluttautumisen vain ensimmäiseen ammattiin ja tuetulla koulutuksella tulee aina olla työllistymistavoite.

6.2 Koulutuksen vertailuanalyysi

Tarkastelen ensin Terveys 2000 -aineistolla ihmisten koulutusta. Tarkoitukseni on verrata, mikä on liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutukseen osallistumisen aste eri ikäryhmissä sekä koulutusasteiden suhteelliset osuudet verrattuna vastaavan ikäiseen vertailuryhmään ja koko väestöön.

Briitta Koskiahon (1985, 204) mukaan elinolosuhdetutkimuksen koulutusindikaattori mittaa väestön osallistumista oppimiseen ja tiedon saamiseen. Oletuksena on, mitä enemmän ihmisillä on koulutusta, sitä enemmän heillä on hyvinvointia.

Terveys 2000 -haastatteluaineistossa oli mitattu vastaajien saamaa koulutusta kolmella kysymyksellä, joista muodostin analyysiä varten neljä mittaria. Ensimmäisessä vaiheessa vertasin vastaajaryhmien keskimääräisten kouluvuosien määrää eri ikäryhmissä. Toisessa vaiheessa vertasin suoritettujen ylioppilastutkintojen osuuksia eri ikäryhmissä. Kolmanneksi vertasin ilman ammatillista jatkokoulusta olevien ihmisten osuuksia eri ikäryhmissä ja neljänneksi tarkastelin koulutustasojen jakaumien eroja ikäryhmittäin.

6.2.1 Keskimääräiset kouluvuodet

Kouluvuosien määrää tiedusteltiin kysymyksellä: ”Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti? Vastauksissa laskettiin mukaan käydyn kansakoulun tai peruskoulun lisäksi ammatilliset ja muut jatkokoulutukset. Vastaus annettiin yhteenlaskettuna kouluvuosien määränä.

Terveys 2000 -aineiston koko väestön keskimääräinen kouluvuosien määrä oli 11,1 vuotta, kun vanhempiin ikäryhmiin painottuvan liikkumisesteisten ihmisten ryhmän käytyjen kouluvuosien keskiarvo oli selkeästi alhaisempi 7,9 vuotta. Pelkkä kouluvuosien keskiarvovertailu ei ollut riittävä vertailu, koska se ei ottanut huomioon liikkumisesteisten ihmisten painottumista ikäihmisiin, joilla muutoinkin on matalampi koulutustaso kuin nuoremmilla ikäryhmillä.

Tarkastelen seuraavaksi keskimääräisiä kouluvuosia naisilla ja miehillä. Kouluvuosien keskiarvot on laskettu jokaiselle ryhmälle ja eri ikäryhmille erikseen. Taulukossa 7 näkyy selvästi koko väestön koulutuksen pidentyminen nuoremmissa ikäryhmissä.

Käytyjen kouluvuosien määrä on noin kaksinkertainen aineiston nuorimmalla ikäryhmällä verrattuna vanhimman ikäryhmän keskimääräisiin kouluvuosiin. 30-44-vuotiaat naiset ja miehet olivat käyneet kouluja keskimäärin 13-14

vuotta, kun yli 85-vuotiaiden naisten ja miesten koulutus oli noin kuuden vuoden pituinen. Lähes kaikissa ikäryhmissä yleensä naisilla oli enemmän kouluvuotia kuin miehillä.

Taulukko 7: Käydyt kouluvuodet keskimäärin naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä

	Ikäryhmät					
	30-44 v.	45-54 v.	55-64 v.	65-74 v.	75- 84 v.	85 +
Naiset yhteensä	13,9	11,9	10,3	8,0	7,2	6,0
Naiset, joilla liikk.est.	12,9	10,8	9,6	7,2	6,8	5,9
Naiset, ei liikk. est.	14,0	12,0	10,5	8,4	8,2	7,5
Miehet yhteensä	13,0	11,4	10,2	7,9	7,3	5,5
Miehet, joilla liikk.est.	10,2	10,2	9,2	6,3	6,6	5,5
Miehet, ei liikk. est.	13,1	11,6	10,5	8,6	8,3	7,1

Liikkumisesteiset naisten keskimääräiset kouluvuodet jäivät vähemmäksi kuin samanikäisillä kaikilla miehillä. Liikkumisesteisten naisten kouluvuosien keskiarvo oli kaikissa ikäryhmissä noin vuosi vähemmän kuin saman ikäisillä kaikilla ja vertailuryhmän naisilla. Miehillä, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, käytyjä kouluvuotia oli keskimäärin noin 1-4 vuotta vähemmän kuin samanikäisillä kaikilla ja vertailuryhmän miehillä.

6.2.2 Ylioppilastutkinnon suorittaminen

Toisena koulutuksen määrää kuvaavana ja kouluvuosien saman suuntaisena mittarina käytin ylioppilastutkinnon suorittamista. Ylioppilastutkinnon suorittamisesta oli tiedusteltu peruskoulutuksen yhteydessä, missä ylioppilastutkinto oli viimeisenä vaihtoehtona (ks. kysymyslomake liite, 100). Ylioppilastutkinto on yleissivistävä koulutus, joka mahdollistaa opiskelujen jatkamisen erilaisissa ammatillisissa ja akateemisissa koulutuksissa. Ylioppilastutkinnon oli suorittanut noin 22 prosenttia kaikista vastanneista, 6 prosenttia liikkumisesteisistä vastaajista ja noin 26 prosenttia vertailuryhmään kuuluvista. Koska vertailuryhmien ikäjakaumat olivat erilaiset, tuli myös varsinainen vertailu tehdä ikäryhmittäin.

Taulukko 8: Ylioppilastutkinnon suorittaneiden osuudet eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät						Yhteensä N
	30-44v.	45-54v.	55-64v.	65-74v.	75-84v.	85 + v.	
Naiset yht.	47,7	26,1	13,9	5,3	5,9	5,7	954
N, on liikk. est.	32,5	18,2	8,9	2,1	3,2	5,2	57
N, ei liikk. est.	48,1	26,8	15,1	7,2	11,3	11,2	897
N	576	229	85	27	24	13	
P	<0,07	<0,05	<0,3	<0,001	<0,001	<0,2	
Miehet yht.	28,2	17,4	13,2	6,0	6,5	2,8	571
M, on liikk. est.	10,0	11,1	7,4	2,6	2,2	3,0	34
M, ei liikk. est.	28,7	18,1	14,6	7,5	13,0	0	543
N	312	147	72	23	15	2	
P	<0,001	<0,001	<0,01	<0,01	<0,01	<0,9	

Nuoremmissa ikäryhmissä ylioppilastutkinnon suorittaneiden osuus ikäryhmässään oli huomattavasti suurempi kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Ylioppilaiden osuudet kaikista naisista lisääntyivät vanhemmista nuorempiin ikäryhmiin siirryttäessä noin viidestä prosentista lähes viiteenkymmeneen prosenttiin, liikkumisesteisten naisylioppilaiden osuus kasvoi viidestä prosentista kolmeenkymmeneen prosenttiin. Kaikilla miehillä ylioppilaiden osuus nousi vanhimmasta nuorimpaan ikäryhmään kolmesta noin kolmeenkymmeneen prosenttiin ja liikkumisesteisillä miehillä kolmesta prosentista kymmeneen prosenttiin. Vertailuryhmän naisilla ja miehillä, joilla ei ollut liikkumisen vaikeuksia, ylioppilaiden osuudet olivat vanhemmissakin ikäryhmissä yli kymmenen prosenttia. Vuosina 1926-1935 syntyneiden vastaajien kohdalla oli vähemmän ylioppilaita kuin osuuksien kehityksen perusteella olisi voinut olettaa. Tässä on nähtävissä sodan vaikutus nuoren ikäryhmän koulutusmahdollisuuksiin.

Suurimmat vertailtavien ryhmien keskinäiset erot olivat 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä. Tällöin kaikista naisista ja vertailuryhmän naisista lähes joka toinen ja liikkumisesteisistä naisista noin joka kolmas oli ylioppilas. Saman ikäryhmän kaikista ja vertailuryhmän miehistä lähes joka kolmas oli ylioppilas, kun liikkumisesteisistä miehistä oli vain joka kymmenes. Nuoremmissa ikäryhmissä vertailtavien ryhmien naisten ylioppilasosuuksien erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, mutta miesten kohdalla kaikkien ikäryhmien ylioppilasosuuksien erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Kaikista yli 45-vuotiaista naisista ja myös vertailuryhmän naisista oli ylioppilaita yli neljännes, kun samankäisten kaikkien miesten ja liikkumisesteisten naisten ylioppilastutkintojen osuus jäi jo alle viidesosaan.

6.2.3 Ilman ammatillista koulutusta

Kolmantena koulutustasojen eroa kuvaavana mittarina käytin ilman ammatillista koulutusta olevien vertailuryhmien naisten ja miesten osuuksia eri ikäryhmissä. Ammatillista koulutusta kysyttiin seuraavasti: ”Mikä on korkein peruskoulutuksen jälkeen suorittamanne koulutus tai tutkinto?” Tarkastelin erityisesti ”ei mitään ammattikoulutusta” vastausten osuutta.

Taulukko 9: Ilman ammatillista koulutusta olevien naisten ja miesten osuudet eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät						Yhteensä N
	30-44 v	45-54 v.	55-64 v.	65-74 v.	75- 84 v.	85 +	
Kaikki yhteensä	11,2	18,4	28,7	48,5	57,9	64,8	1938
Naiset yhteensä	9,3	16,0	27,0	49,2	60,1	66,6	1106
Naiset, on liikk. est.	25,0	22,9	34,0	57,7	63,9	68,8	530
Naiset, ei liikk.est.	8,9	15,4	25,2	44,3	52,2	39,1	576
p-arvo	<0,01	<0,2	<0,07	<0,01	<0,06	<0,05	
Miehet yhteensä	13,1	20,7	30,6	47,6	54,9	66,3	832
Miehet, on liikk. est.	34,9	30,3	43,0	65,6	64,8	70,0	279
Miehet, ei liikk. est.	12,5	19,7	27,8	40,0	40,3	19,0	553
p-arvo	<0,01	<0,05	<0,01	<0,001	<0,001	<0,05	

Ammatillinen koulutus on yleistynyt erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä. 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä oli vähiten niitä, jotka olivat jääneet ilman ammatillista koulutusta. Kaikissa ikäryhmissä liikkumisesteisistä naisista ja miehistä selvästi suurempi osa oli jäänyt ilman ammatillista koulutusta kuin vastaavan ikäisestä koko väestöstä ja vertailuryhmästä yleensä. Kaikista ja vertailuryhmän 30-44-vuotiaista naisista oli alle 10 prosenttia ilman ammatillista koulutusta, kun liikkumisesteisistä naisista noin joka neljäs (25 prosenttia) oli ilman ammatillista koulutusta. Kaikista ja vertailuryhmän 30-44-vuotiaista miehistä noin 13 prosenttia oli ilman ammatillista koulutusta, kun liikkumisesteisistä miehistä yli kolmannes (35 prosenttia) oli ilman ammatillista koulutusta. Kaikissa ikäryhmissä liikkumisesteiset miehet olivat useimmiten ilman ammatillista koulutusta.

Kaikilla yli 45-vuotiailla vastaajilla ilman ammatillista koulutusta olevien osuudet kasvoivat nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin naisilla kuudenneksestä ja miehillä viidenneksestä yli kuuteenkymmeneen prosenttiin. Yli 45-vuotiaista liikkumisesteisistä naisista ja miehistä oli joka ikäryhmässä noin 10 prosenttia enemmän ilman ammatillista koulutusta kuin saman ikäisistä kaikista ja vertailuryhmän naisista ja miehistä yleensä. 30-64-vuotiaissa miehet olivat useammin ilman ammatillista koulutusta, yli 65-vuotiaissa oli enemmän naisia, joilla ei ollut mitään ammatillista koulutusta. Yli 65-vuotiaista liikkumisesteisistä naisista noin kolme viidesosaa (58-69 prosenttia) ja miehistä kaksi kolmasosaa (66-70 prosenttia) oli ilman ammatillista koulutusta.

6.2.4 Koulutustason rakenteiden erot

Kansanterveyslaitos oli yhdistänyt perus- ja ammatillisen koulutuksen vastauksista kolmiportaisen koulutusastetta kuvaavan muuttujan. Samaa muuttujaa käytettiin myös perusraportissa kuvaamaan eri koulutusryhmien osuuksien välisiä eroja. Muuttujassa oli luokiteltu *perusasteen* koulutuksen saaneiksi henkilöt, jotka olivat suorittaneet enintään ammattikurssin tai saaneet työpaikkakoulutuksen, mutta joilla ei ollut ylioppilastutkintoa. *Keskiasteen* koulutukseksi oli määritelty ammattikoulun, oppisopimuskoulutuksen, näyttötutkinnon, ammatillisen koulun tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet heidän peruskoulutuksestaan riippumatta. Tässä ryhmässä olivat myös ne ylioppilastutkinnon suorittaneet, joilla oli sen lisäksi suoritettu vain ammattikurssi tai työpaikkakoulutus. *Korkea-asteen* koulutukseksi oli laskettu ammatillisen opistotutkinnon sekä ammatti- tai muun korkeakoulututkinnon suorittaneet. (Aromaa & Koskinen 2002, 19.)

Vertasin, kuinka vertailuryhmien naisten ja miesten koulutusasteet jakautuivat eri ikäryhmissä (liitetaulukko 1, s. 103). Kaikissa ikäryhmissä liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutukset painoutuivat enemmän perusasteen koulutukseen, kun kaikkien ja vertailuryhmän naisten ja miesten koulutus painottui nuoremmissa ikäryhmissä korkea-asteen koulutukseen. Suurimmat erot vertailtavina olevien ryhmien välillä olivat 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä. Kaikilla ja vertailuryhmän 30-44-vuotiailla naisilla oli 13 prosentilla perusasteen koulutus, kun samanikäisistä liikkumisesteisistä naisista perusasteen koulutus oli lähes joka kolmannella (32 prosentilla). Saman ikäryhmän kaikilla ja vertailuryhmän miehillä oli perusasteen koulutus

18 prosentilla, liikkumisesteisillä miehillä yli kahdella viidesosalla (42 prosentilla) oli pelkkä perusasteen koulutus.

30-44-vuotiaiden ikäryhmän kaikilla ja vertailuryhmän naisilla oli korkea-asteen koulutus jo yli puolella (51 prosenttia), ja liikkumisesteisistä naisista oli korkeasti koulutettuja 40 prosenttia. Kaikilla ja vertailuryhmän miehillä oli ylintä koulutusta vähemmän kuin naisilla, heistä noin joka kolmannella (32 prosentilla) ja liikkumisesteisistä miehistä yhdellä viidestä (21 prosentilla) oli korkea-asteen koulutus. Tässä ikäryhmässä liikkumisesteisillä naisilla oli enemmän korkea-asteen koulutusta kuin yleensä miehillä. Miehillä oli enemmän keskiasteen koulutusta. Kaikista ja vertailuryhmän miehistä noin puolella oli keskiasteen koulutus ja liikkumisesteisillä miehillä noin 40 prosentilla. Naisista joka kolmas ja liikkumisesteisistä naisista yli neljännes olivat keskiasteen koulutuksen suorittaneita.

Vaikka liikkumisesteisten ihmisten koulutustaso on noussut erityisesti nuoremmassa ikäryhmässä, jäi se kaikissa ikäryhmässä huomattavasti koko väestön koulutustasoa matalammaksi. Jo yli 55-vuotiailla ihmisillä koulutustaso oli suhteellisen matala nuorempiin ikäryhmiin verrattuna. Kaikista 55-64-vuotiaista naisista ja miehistä yli puolet (naisilla 54 ja miehillä 50 prosenttia) oli suorittanut vain perusasteen koulutuksen. Liikkumisesteisillä naisilla ja miehillä osuudet olivat tätäkin suurempia, sillä kolme viidesosaa (60 prosenttia) heistä oli suorittanut pelkästään perusasteen koulutuksen. Koko väestössä yli 65-vuotiailla oli perusasteen koulutustaso keskimäärin lähes kolmella neljäsosalla (72-80 prosentilla). Saman ikäisillä liikkumisesteisillä ihmisillä perusasteen koulutus oli keskimäärin viidellä kuudesosalla (80-88 prosentilla) vastaajista. Vastausten erot liikkumiskyvyn mukaan olivat yli 95 prosenttisesti tilastollisesti merkitseviä muiden kohdalla paitsi 45-54-vuotiaiden naisten, 55-64-vuotiaiden naisten ja miesten sekä yli 85-vuotiaiden miesten suhdelukujen kohdalla.

Kansanterveyslaitoksen tutkijat olivat verranneet Terveys 2000 -aineistolla saatuja koulutustason kuvauksia Tilastokeskuksen ilmoittamiin väestön koulutusjakaumatietoihin. Erityisesti perusasteen koulutuksen käyneiden osuudet vastasivat melko hyvin Terveys 2000-aineiston tietoja. Myös keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden osuudet alle 65-vuotiailla miehillä vastasivat lähes Tilastokeskuksen lukuja. Alle 54-vuotiailla naisilla keskiasteen koulutuksen käyneiden osuus oli Terveys 2000-aineiston mukaan 6-8 prosenttia pienempi ja korkea-asteen koulutuksen osuus vastaavasti suurempi kuin Tilastokeskuksen tilastoissa. Tämä saattoi liittyä Kansanterveyslaitoksen käyttämän koulutusasteluokituksen eroihin. (Suomen tilastollinen vuosikirja 2001; Aromaa & Koskinen 2002, 20.)

7 Pääasiallinen toiminta

7.1 Työllisyyden taustaa ja tutkimuksia

Suomalainen yhteiskunta on luterilaisen etiikan mukaisesti edelleen hyvin työkeskeinen. Pertti Koistinen (1999, 196-209) summaa työn keskeiseksi yhteiskunnalliseksi tehtäväksi neljä ulottuvuutta, työllä on tuotannollisen tehtävän lisäksi sosialisatioon, jakoihin ja palkitsemiseen liittyvät funktiot. Työ määrittää useimpien ihmisten elämäntulkua, tavoitteita ja elämän suunnittelua. Myös ammatillista koulutusta suunnataan tulevaisuuden työllisyystarpeiden mukaan. Palkkatyö on vahvasti yhteiskunnallisen vaihdon muoto ja työllä on keskeinen vaikutus ihmisten tulonmuodostukseen. Työllä on edelleen vahva vaikutus ihmisten elämäntulkun ja identiteettiin, vaikka työelämän joustot sekä työttömyys saavat ihmiset etsimään tilalle vaihtoehtoisia elämän projekteja. Työtä ja ammattia pidetään edelleen ihmisten sosiaalisen ja taloudellisen aseman osoittimena. Työ vaikuttaa ajankäyttöön, sosiaaliturvaan ja palveluihin sekä sosiaalisiin suhteisiin. Työhön käytetty aktiiviaika on lyhentynyt koulutuksen pidentymisen ja eläkkeelle siirtymisen aikaistumisen vuoksi. Työtä pidetään edelleen vahvasti yhteiskunnallisen järjestyksen ja EU:n vaikutuksesta yhä enemmän myös sosiaalisten oikeuksien perustana.

Erityisesti Euroopan Unionissa työllä ajatellaan olevan laajat positiiviset vaikutukset elämänlaatuun. Se on tulojen tärkein lähde, työllisyys edistää sosiaalista integraatiota ja se on työntekijöiden elämän perusjäsentäjänä. Vuoden 2000 EU:n Lissabonin huippukokouksen laatima Euroopan strategia EU:n taloudelle ja sosiaalipolitiikalle sekä uudistettu strategia kasvun ja työllisyyden parantamiseksi asettavat keskeiseksi tavoitteeksi työllisyysasteen nostamisen. Lissabonin strategian Suomen kansallisen toimenpideohjelma vuosiksi 2005-2008 asettaa tavoitteeksi työikäisten (15-65-vuotiaiden) työllisyysasteen nostamisen 70 prosenttiin vuoteen 2007 mennessä ja 75 prosenttiin vuoteen 2011 mennessä. Erityisesti EU-kontekstissa sosiaalipolitiikka on vahvasti alistettu työllisyys- ja talouspolitiikalle. (Alber & Fahey 2004, 51; Lissabonin strategia 2005..., 52.)

Työmarkkinoita tutkineen Petri Böckermanin (2002) mukaan Suomessa elinkeinorakenteen murros on ollut nopeaa toisen maailmansodan jälkeisenä aikana. Elinkeinorakenteen muutoksella tarkoitetaan toimialojen suhteellisten osuuksien muuttumista kansantalouden kehittyessä. Talouden toimeliaisuus jaetaan alkutuotantoon, jalostuselinkeinoihin, palveluelinkeinoihin sekä infomaatio- ja tietokoneteknologiaan. Erityisesti 1950- ja -60-luvuilla Suomessa siirryttiin alkutuotannosta suoraan palveluvaltaiseen tuotantoon.

Kun toimintaedellytykset määritellään suhteessa ympäristöön, vaikuttavat liikkumisesteisten ihmisten työllisyyteen ja työkyvyn määrittelyyn monet yhteiskunnan taloudelliset, poliittiset ja kulttuuriset tekijät ja näissä tapahtuneet muutokset. Näitä ovat muun muassa elinkeinorakenteen muutos, teknologian lisääntyminen, koulutustason nousu, asenteiden muuttuminen sekä tarjolla olevien tukipalvelujen saatavuus. Kun työ oli alkutuotannon agraariyhteiskunnassa pääasiassa työvoimavaltaista ja fyysistä, liittyi työllistymisen edellytysten tai työkyvyttömyyden määrittely yleensä ihmisen keholliseen työ- ja toimintakykyyn. Koneellistumisen lisääntyessä,

elinkeinorakenteen kehittyessä ja tietotyön yleistyessä ihmisten kognitiiviset ja psykososiaaliset tekijät korostuvat, kun arvioidaan työntekijöiden työkykyä (Ojala 2003, 15). Työllistymisen edellytyksiä arvioinnissa on käytettävä myös muita kuin yksilön biofysiisiin ominaisuuksiin liittyvää lääketieteellistä arviointia. Helka Urposen (1989, 136) tutkimuksen mukaan työn saantia ja työssä suoriutumista edistävät tai vaikeuttavat monet muutkin tekijät kuin vammaisuus tai sairaus. Työllistymiseen vaikuttavat työntekijän koulutuksen ja ammattitaidon ohella yhteiskunnan työllisyystilanne, työelämän laadulliset ja rakenteelliset tekijät sekä työnantajilla olevat kokemukset vammaisista tai pitkäaikaissairaista työntekijöistä työyhteisössä.

Elinkeino- ja ammattirakenteen muutoksen sekä tuottavuuden lisäämisen seurauksena työttömyys on kasvanut suureksi. 1990-luvulta alkaen suomalainen elinkeinoelämä on ollut matkalla kohti tietoyhteiskuntaa, mikä on nostanut merkittävästi työntekijöiden pätevyysvaatimuksia. Matalasti koulutettujen ja vanhempien työntekijöiden työttömyysasteet ovat olleet huomattavasti korkeammat korkeasti koulutettuihin ja nuorempiin työntekijöihin verrattuna. (Böckerman 2002, 83-91.)

Grammenosin (2003, 21.22) mukaan miehet kohtaavat enemmän sosiaalista painetta legitimoida työhön osallistumattomuutensa tai työttömyytensä kuin naiset. Miehet, jotka kokivat häpeää tai kiusallisuutta siitä, etteivät tee työtä, voivat raportoida sairaudesta tai vammaisuudesta sosiaalisesti hyväksyttävänä syynä osallistumattomuudelleen. Naiset, jotka eivät osallistuneet työmarkkinoille asettivat syiden etusijalle kodin velvollisuudet.

Baldwin ym. (1993) havaitsivat työelämään osallistumisen vaikuttavan vammaisuuteen kahdella tavalla. Suoran vaikutuksen odotetaan olevan negatiivinen, koska ihmiset, jotka pitävät työnsä tai pääsevät työhön, eivät kohtaa sosiaalista painetta vaatia itselleen vammaisuuden statusta. Epäsuoran vaikutuksen mukaan työllisyydellä on kaksiselitteinen, osittain epäselvä vaikutus todelliseen vammaisuuteen. Toisaalta stressi ja fyysiset vaatimukset työssä voivat heikentää henkilön terveydentilaa. Toisaalta taas toiminnan ja työn puute, joka on yhteydessä osallistumattomuuteen, voi myös lisätä vammaisuutta. (ref. Grammenos 2003, 21.)

Terveyden perusteella tapahtuvaa valikoitumista pidetään hyvinvointiyhteiskunnassa yleensä kielteisenä ja syrjivänä ilmiönä, mutta sosiaali- ja eläkepoliittiset keinot ovat myös tukeneet sitä. Rajoittuneen terveyden ja työkyvyn omaavat työntekijät ovat saattaneet saada siirron kevyempiin työtehtäviin tai alempiin ammattiasemiin. Terveydentila on perusteena työmarkkina-aseman muutoksille myös silloin, kun vakavammin sairast työntekijät ovat siirtyneet ennenaikaiselle eläkkeelle, joka on vaikuttanut myös tulojen ja muun sosiaalisen aseman heikentymiselle. (Lahelma & Rahkonen 2005.) EU:n syrjintädirektiiviä toteuttavan yhdenvertaisuuslain (21/2004) perusteella syrjintä muun muassa iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella koulutuksessa ja työllistymisessä ovat nykyisin kiellettyjä.

Simo Mannila (1993) on tutkinut vajaakuntoisten työntekijöiden työhistoriaa ja syrjäytymistä 1990-luvun alussa. Tutkimusryhmän naisten ja miesten perus- ja ammattikoulutustaso oli heikkotasoisista verrattuna tietoihin yleensä vajaatyökykyisten työntekijöiden koulutustasosta. Mannilan mukaan tulos

viittasi siihen, että työn ja terveyden alueilla ilmenevän syrjäytymisen taustalla on myös koulutuksellista marginaalisuutta.

Pertti Koistisen (1999, 94) mukaan naiset tekevät yhä koko- tai osa-aikaisen työpanoksen myös kotitalouden piirissä. Tämä kuvaa edelleen olemassa olevaa sukupuolten välistä työnjakoa sekä sitä, että yhteiskuntien koulutus-, sosiaaliturva- ja eläkepoliittisilla järjestelmillä sekä hoivan järjestelyillä on vaikutusta siihen, miten eri ryhmät osallistuvat työmarkkinoille. Dekommodifikaatio tarkoittaa sosiaalipolitiikka- ja hyvinvointijärjestelmiä, joiden avulla osa väestöstä voi elää ja tyydyttää osan tarpeistaan työmarkkinoiden ulkopuolella (Esping-Anderssen 1990). Dekommodifikaatiojärjestelmiä ovat muun muassa työttömyys-, eläke- ja opintotukijärjestelmät.

Työkyvyttömyyseläke mahdollistaa työttömyys- ja varhaiseläkejärjestelmien lisäksi ennenaikaisen eläkkeelle siirtymisen. Työkyvyttömyyseläke on laajimman ikäryhmän käytössä, mutta työkyvyttömyyseläkkeelle pääsy on kuitenkin kaikista tiukimmin kontrolloitu lääketieteellisin perustein. Sen vuoksi työttömyys- ja varhaiseläkkeet ovat olleet työkyvyttömyyseläkkeen substituutteja, korvaavia keinoja poistua ennenaikaisesti työmarkkinoilta. (Hakola 2000, 5-11.) Työkyvyttömyyseläke voidaan tulkita myös työllisyydestä syrjäytymisen muodoksi. (Lehtonen ym. 1986, 46-47).

7.2 Pääasiallisen toiminnan vertailuanalyysi

Tarkastelen seuraavaksi Terveys 2000 -aineistolla ihmisten työllisyyttä pääasiallisen toimintaa koskevan kysymyksen avulla. Tarkoitukseni on tutkia missä määrin liikkumisesteiset työkäiset naiset ja miehet ovat mukana työmarkkinoilla, työttöminä ja eläkkeellä verrattuna vertailuryhmään ja koko väestöön.

Vastaajilta kysyttiin, mikä luetelluista vaihtoehtoista kuvasi parhaiten vastaajien vastaushetkistä pääasiallista toimintaa. Vastausvaihtoehtoja oli kahdeksan: ”Oletteko kokopäivätyössä, osa-aikatyössä, opiskelija, eläkkeellä, työtön tai lomautettu, hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä, varusmies- tai siviilipalvelussa tai muu?” Jaoin vastaukset neljään ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään tulivat työlliset, johon sisältyivät sekä kokopäivätyössä että osa-aikatyössä olevat vastaajat. Toisena ryhmänä olivat työttömät, johon sisältyivät työttömien lisäksi myös lomautettuina olleet vastaajat. Kolmantena ryhmänä olivat eläkeläiset ja neljänteen ryhmään tulivat muut työvoiman ulkopuolella olevien ryhmät kuten opiskelijat, varusmiehet tai siviilipalveluksessa olevat, omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä hoitavat sekä muut. Vaihtoehdossa ”muut” oli yhteensä 33 vastausta. Näistä lähes puolet oli sairaslomalla tai kuntoutusrahalla olevia ihmisiä.

7.2.1 Työllistyminen ja työhön osallistuminen

Työhön osallistumisen asteella tarkoitetaan sitä, kuinka suuri osa jostakin työvoiman ryhmästä, kuten naisista tai miehistä tai esimerkiksi etniseen ryhmään kuuluvista, kuuluu työvoimaan. Tämä lasketaan kunkin työvoimaan

kuuluvan ryhmän prosentuaalisena osuutena oman ikäluokkansa väestöosuudesta (Koistinen 1999, 92-93.)

Työvoimaan kuuluvaksi lasketaan sekä työkäiset työlliset että työttömät työnhakijat yhteensä. Liitetaulukkaan 2a (s. 104) on koottu aineiston työvoimaan kuuluvien naisten ja miesten osuudet ikäryhmittäin. Kaikista ja vertailuryhmän 30-54-vuotiaista naisista kuului työvoimaan noin viisi kuudesta (85-94 prosenttia), samanikäisistä liikkumisesteisistä naisista työvoimaan kuului noin kaksi kolmasosaa (61-68 prosenttia). Kaikista ja vertailuryhmän 30-54-vuotiaista miehistä työvoimaan kuului 90-95 prosenttia, kun samanikäisistä liikkumisesteisistä miehistä työvoimassa mukana oli 49-69 prosenttia. Kaikkien 45-54-vuotiaiden naisten työvoimaan kuuluminen vielä nousi nuorempaan ikäryhmään verrattuna, mutta miesten työvoimaan kuuluminen laski jyrkästi nuorimmasta ikäryhmästä alkaen. Erityisen suuri pudotus oli liikkumisesteisten miesten kohdalla.

Yli 55-vuotiaiden työvoimaosuudet putosivat huomattavasti nuoremmissa ikäryhmistä. Kaikista ja vertailuryhmän 55-64-vuotiaista naisista 49-57 prosenttia kuului työvoimaan, samanikäisistä liikkumisesteisistä naisista vain joka viides (20 prosenttia). Yli 55-vuotiaista kaikista ja vertailuryhmän miehistä työvoimaan kuului 51-57 prosenttia ja liikkumisesteisistä miehistä viidennes (25 prosenttia).

Kaikkien 30-64-vuotiaiden naisten ja miesten työhön osallistumisen aste oli keskimäärin noin 65 prosenttia. Kaikkien yli 30-vuotiaiden työkäisten liikkumisesteisten naisten työhön osallistumisen aste oli keskimäärin 36 prosenttia ja miesten 32 prosenttia. Sen sijaan miehillä ja naisilla, joilla ei ollut liikkumisen vaikeuksia, työhön osallistumisen aste oli EU-tavoitteen mukaisesti 72-73 prosenttia.

Osa-aikatyötä tekevät vastaajat sisältyivät työllisiin vastaajiin. Yleensä naiset tekivät osa-aikatyötä enemmän, lähes joka kymmenes työhön osallistuneista 30-44-vuotiaista naisista teki töitä osapäiväisesti. Liikkumisesteisistä naisista noin viisi prosenttia ja miehistä noin kolme prosenttia työllistyivät osa-aikaisesti.

Taulukko 10: Työhön osallistumisen aste naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät			Yhteensä N
	30-44v.	45-54v.	55-64v.	
Naiset yhteensä	75,5	80,6	39,3	1855
Naiset, joilla on liikk. est.	42,6	49,7	14,9	65
Naiset, ei liikk. esteitä	76,3	83,3	45,5	1790
N	913	704	238	
Miehet yhteensä	86,2	80,5	40,4	1844
Miehet, joilla on liikk. est.	44,9	36,4	13,4	56
Miehet, ei liikk. esteitä	87,3	85,4	46,4	1788
N	950	677	217	

Kaikissa taulukoissa suhdelukujen ero liikkumisesteisten ihmisten ja vertailuryhmän välillä oli tilastollisesti merkitsevä, p-arvo oli < 0,0001

EU:n 70 prosentin työllisyysastetavoite toteutui keskimäärin hyvin kaikkien 30-54-vuotiaiden naisten ja miesten osalta. Naiset ja miehet, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, osallistuivat työelämään huomattavasti harvemmin kuin väestö yleensä. Kaikista ja vertailuryhmän naisista työllistyi yli kolme neljästä (76-83 prosenttia), kun liikkumisesteisistä naisista oli vastaushetkellä töissä vajaa puolet (43-50 prosenttia). 30-54-vuotiaista kaikista ja vertailuryhmän miehistä yli viisi kuudesta (81-87 prosenttia) joko koko- tai osapäiväisesti ja liikkumisesteisistä miehistä vain noin kaksi viidesosaa (36-45 prosenttia).

Kaikkien yli 55-vuotiaiden naisten ja miesten työhön osallistuminen laski erittäin voimakkaasti. Kaikista ja vertailuryhmän 55-64-vuotiaista naisista ja miehistä työhön osallistui keskimäärin noin 40 prosenttia, mutta liikkumisesteisistä naisista ja miehistä työllistyi enää vajaa kuudennes (naisista 15 prosenttia ja miehistä 13 prosenttia).

7.2.2 Työttömyys

Kaikkien 30-64-vuotiaiden naisten ja miesten yleinen työttömyysaste oli noin 10 prosentin luokkaa. Kaikissa ikäryhmissä yleensä naisten työttömyysosuus oli korkeampi kuin miehillä. Liikkumisesteisten naisten ja miesten työttömyys oli jokaisessa ikäryhmässä yleistä työttömyysastetta korkeampi. (Taulukko 11.) Lähes joka neljäs (24 prosenttia) 30-44-vuotiaasta liikkumisesteisestä miehestä oli työttömänä, naisistakin lähes joka viides (18 prosenttia). 30-44-vuotiaiden liikkumisesteisten naisten työttömyys oli lähes kaksi kertaa korkeampi kuin vastaavan ikäisillä kaikilla ja vertailuryhmän naisilla. Samanikäisten liikkumisesteisten miesten työttömyys oli noin kolme kertaa yleisempää kuin kaikilla ja vertailuryhmän miehillä.

45-54-vuotiaiden liikkumisesteisten naisten työttömyysaste oli edelleen korkea, lähes joka viides oli työttömänä, mutta samanikäisten liikkumisesteisten miesten työttömyys oli laskenut kahteentoista prosenttiin. Kaikkien 55-64-vuotiaiden naisten ja miesten työttömyysprosentit olivat edelleen noin 10 prosenttia. Poikkeuksena olivat naiset, joilla oli liikkumisvaikeuksia, heidän työttömyysasteensa oli enää vain noin viisi prosenttia.

Taulukko 11: Työttömien osuus eri ikäryhmissä naisista ja miehistä (%)

	Ikäryhmät			Yhteensä N
	30-44v.	45-54v.	55-64v.	
Naiset yhteensä	9,9	11,4	10,1	281
Naiset, joilla on liikk.est.	18,1	18,0	4,9	24
Naiset, ei liikk. esteitä	9,7	10,8	11,4	281
N	121	100	61	
P	<0,2	<0,07	<0,05	
Miehet yhteensä	8,3	9,0	10,9	226
Miehet, joilla on liikk. est.	24,1	12,2	11,5	28
Miehet, ei liikk. esteitä	7,9	8,7	10,8	198
N	92	76	58	
P	<0,01	<0,3	<0,8	

Liikkumisesteisten työttömien ihmisten osuus alle 65-vuotiaassa väestössä on suhteellisesti vähäinen. Tämän vuoksi työttömyysosuustaulukon vertailuryhmien suhdelukujen väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

7.2.3 Työikäisten eläköityminen

Työikäiset liikkumisesteiset naiset ja miehet olivat huomattavan usein eläkkeellä kaikkiin ja vertailuryhmän samanikäisiin naisiin ja miehiin verrattuna. 30-44-vuotiaiden ikäryhmästä liikkumisesteisistä naisista oli eläkkeellä noin joka viides (21 prosenttia) ja liikkumisesteisistä miehistä useampi kuin joka neljäs (27 prosenttia). Kaikista ja vertailuryhmän samanikäisistä naisista ja miehistä oli eläkkeellä 1,1 - 2,4 prosenttia. Yleensä 45-54-vuotiaiden naisten ja miesten eläköitymisosuus oli selvästi alle 10 prosenttia, kun saman ikäryhmän liikkumisesteisten naisten ja miesten eläköityminen lisääntyi. 45-54-vuotiaista liikkumisesteisistä naisista jo lähes kolmannes (31 prosenttia) ja miehistä lähes puolet (49 prosenttia) oli eläkkeellä.

Taulukko 12: Eläkkeellä olevat eri ikäryhmissä naisista ja miehistä (%)

	Ikäryhmät			Yht. N
	30-44v.	45-54v.	55-64v.	
Naiset yhteensä	1,6	5,0	47,7	361
Naiset, joilla on liikk.est.	21,4	31,0	77,6	125
Naiset, ei liikk. esteitä	1,1	2,6	40,2	236
Miehet yhteensä	2,4	9,2	47,4	369
Miehet, joilla on liikk.est.	27,4	49,0	72,2	119
Miehet, ei liikk.esteitä	1,8	4,8	41,9	247

Kaikissa taulukoissa liikkumisesteisten naisten ja miesten ja vertailuryhmän suhdelukujen eron p-arvo oli < 0,001

55-64-vuotiaiden ikäryhmästä kaikista naisista ja miehistä eläkkeellä oli jo lähes puolet. Liikkumisesteisillä naisilla ja miehillä eläköityminen oli vielä yleisempää, liikkumisesteisistä naisista oli eläkkeellä 78 prosenttia ja miehistä 72 prosenttia. Kaikki taulukon suhdelukujen erot olivat tilastollisesti merkitseviä.

Työvoiman ja eläkkeiden ulkopuolella oleminen voidaan laskea piilotyöttömyydeksi. Työvoiman ulkopuolella oleminen eli palkattomassa kotityössä työllistyminen, perheenjäsenen hoitaminen tai opiskeleminen oli yleisintä 30-44-vuotiaiden naisten keskuudessa. Lähes viidennes (18 prosenttia) naisista, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, ilmoitti olevansa työvoiman ulkopuolella muuten kuin eläkkeellä. Yleensä 30-44-vuotiailla naisilla tämä osuus oli noin 13 prosenttia. Myös 45-64-vuotiaiden liikkumisesteisten naisten kohdalla työvoiman ja eläkkeen ulkopuolella olevien osuus oli suurempaa kuin muulla samanikäisellä väestöllä. 45-64-vuotiaiden liikkumisesteisten miesten eläkkeen tai työvoiman ulkopuolisuus oli alle kolmen prosentin luokkaa.

Liitetaulukossa 2b (s.104) olen koonnut pääasiallisen toiminnan osuudet ikäryhmittäin. Nuoremmassa ikäryhmissä työllistyminen on yleisintä, mutta liikkumisesteisten naisten ja miesten työllistyminen on selkeästi kaikkien ja vertailuryhmän naisia ja miehiä vähäisempää. Liikkumisesteisten naisten ja

miesten työttömyys- ja eläköitymisosuudet ovat toisiin samanikäisiin naisiin ja miehiin verrattuna huomattavasti korkeammat. Nuoremmissa ikäryhmissä naisia oli enemmän pois työelämästä, ilmeisimmin hoitamassa perhevelvollisuuksia.

8 Toimeentulo

8.1 Toimeentulon taustaa ja tutkimuksia

Merkittävin ihmisten arkielämän valintoja mahdollistavista tai rajoittavista tekijöistä on taloudelliset resurssit eli raha. Rahan määrä vaikuttaa ihmisten kaikkeen kulutuskäyttäytymiseen ja mahdollisuuksiin toteuttaa ja hyödyntää yhteiskunnassa olevia asioita. (Räsänen 2003, 28.)

Pertti Koistisen mukaan (1999, 210-211) teollisten yhteiskuntien tavoitteena on ohjata tulonmuodostusta ja tulonjakoa yli sukupolvien sekä eri väestöryhmien kesken. Tulojen ensi- ja uudelleenjakoon vaikuttavat niin talous, politiikka, kansalaisyhteiskunnan instituutiot kuin yhteiskunnan rakenne ja näissä tapahtuneet muutokset. Suomessa on aiemmin asetettu tavoitteeksi tulonjaon tasaisuus, jota on toteutettu vaikuttamalla tulopoliittisiin sopimuksiin, julkiseen säästämiseen, verotukseen sekä tulonsiirtojärjestelmiin. 1990-luvulta lähtien lisääntyntä tuloerojen kasvua on perusteltu työmarkkinoiden toimivuuden parantamisella sekä tarpeella kehittää työnteon kannustimia.

Tasa-arvon edistymisestä huolimatta tuloerot ovat suuret niin eri ikäryhmien kuin sukupuoltenkin välillä. Hyvinvointi on tämän päivän Suomessa hyvin epätasaisesti jakautunut (esim. Kautto 2006). Hyvinvointieroihin vaikuttavat muun muassa ihmisten ikä, koulutus, työmarkkina-asema ja perhetilanne. Taloudellinen huono-osaisuus on yhteydessä moniin sosiaalisiin ongelmiin ja yhteiskunnalliseen toiminta- ja sopeutumiskykyyn. Huono-osaisuus ja syrjäytyminen voidaan ymmärtää kumuloituvaksi ilmiöksi. (Räsänen 2003, 26.) Uusitalon (2002, 26) mukaan yhteiskuntaluokissa ja eriarvoisuudessa on kysymys resursseista ja eri pääomista ja niiden jakautumisesta ihmisten kesken. Kysymys on niistä perusteista, millä resursseja saavutetaan ja jaetaan.

Kreikan kansallisen vammaisfoorumin ja Euroopan vammaisfoorumin (EDF 2002, 34) toteuttaman selvityksen mukaan noin 94 prosenttia vammaisista ihmisistä ei saa riittävästi taloudellista tukea verrattuna heidän tarpeisiinsa. Selvitys osoitti, että suuri osa vammaisista ihmisistä elää alimmassa tulonjakokymmenyksessä.

Rahkonen ym. (2002) ovat tutkineet monimuuttujamenetelmällä tulojen ja terveyden välistä suhdetta. Tutkimuksessa oli katsottu ihmisten työllisyysasemaa, koulutukseen osallistumista ja ammattiluokkaa sekä kaikkea, mikä vaikuttaa heidän toimeentuloonsa. Samalla oli tutkittu myös, oliko vaikutus sama myös ihmisten terveyden ja toimeentulon välillä. Tutkimuksessa oli tehty havainto, jonka mukaan toimeentulon ja terveyden välinen suhde oli voimakkaasti vähentynyt, kun työllisyysasema, koulutus ja sosiaalinen luokka oli vakioitu. Suuri osa tulojen epätasa-arvosta suhteessa terveyteen oli enemmän suhteessa työllisyysasemaan ja muihin sosiaalisen aseman indikaattoreihin kuin suoraan köyhyyden osoittimiin. Tämä viittaa siihen, että tuloerojen vähentäminen yksin ei kitke sosiaalista terveyden eriarvoisuutta.

8.2 Toimeentulon vertailuanalyysi

Tarkoitukseni on selvittää, mikä on liikkumisesteisten naisten ja miesten toimeentulotaso samanikäiseen koko väestöön ja vertailuryhmään verrattuna. Terveys 2000 –aineiston haastattelussa ja kyselylomakkeissa selvitettiin vastaajien taloudellista asemaa ja tuloja vain muutamalla kysymyksellä.

8.2.1 Vuositulot eri ikäryhmissä

Käytin vertailussa Kansanterveyslaitoksen verohallinnolta hankkimia haastatteluun osallistuneiden vastaajien nettovuositulotietoja vuodelta 2000. Kyseessä on puhdas eli nettotulo, jossa työ-, pääoma- ja eri sosiaalivakuutustuloista on vähennetty verot ja maksut. Verohallinnolta saadut tulotiedot olivat kaikkien osalta yhtä helposti saatavissa.

Koko väestön nettovuositulojen keskiarvo oli lähes 13.700,- euroa ja kaikkien liikkumisesteisten ihmisten nettovuositulojen keskiarvo oli noin 9.000,- euroa. Tuloeroa oli lähes 5.000,- euroa. Tässä vertailussa ei ole vielä otettu huomioon liikkumisesteisten ihmisten ryhmän painottumista yli 65-vuotiaisiin.

Laskin ensin nettovuositulojen keskiarvot eri ikäryhmissä eri ryhmille erikseen. Pelkän vuositulojakauman perusteella miesten nettokeskitulot olivat erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä huomattavasti naisten tuloja korkeammat. Vuositulojen keskiarvona esitetty vertailu peittää näkyvistä tulojen epätasaisen jakauman samanikäisten ihmisten kesken. Vertailu osoittaa kuitenkin karkeaa rakenteellista eroa eri väestöryhmien välillä.

Työikäisillä vastaajilla vuositulojen keskiarvot olivat korkeammat kuin iäkkäimmillä ja eläkkeellä olevilla vastaajilla. 30-54-vuotiaiden miesten henkilökohtaiset nettovuositulojen keskiarvot olivat keskimäärin kaikkein korkeimmat. Kun miesten nettovuositulojen keskiarvot olivat lähempänä 20.000,- euroa, oli naisten vuotuiset nettokeskitulot noin 10.000,- euroa. Kaikilla ja vertailuryhmän 30-54-vuotiailla naisilla nettokeskitulot olivat yli 12.500,- eurosta 14.100,- euroon. Liikkumisesteisillä naisilla nettokeskivuositulo jäi yli 2.000,- euroa alhaisemmaksi ja vaihteli 10.000,- eurosta 10.600,- euroon. Kaikkien ja vertailuryhmän miesten nettokeskitulot vaihtelivat lähes 17.500,- eurosta noin 19.000,- euroon. Liikkumisesteisten miesten nettovuositulojen keskiarvot jäivät noin 7.000,- euroa pienemmäksi kuin toisilla miehillä ja vaihtelivat 10.700,- eurosta 11.800,- euroon.

Yli 55-vuotiaiden työikäisten nettovuositulot laskivat jonkin verran, mutta suhteellisesti vähemmän kuin työhön osallistuminen. Silloin nettovuositulojen ero vertailuryhmän naisten ja liikkumisesteisten naisten välillä oli noin 1.000,- euroa, miehillä ero oli edelleen noin 3.000,- euroa.

Yli 65-vuotiaiden eläkkeellä olevien vastaajien tulot olivat luonnollisesti alhaisemmat kuin työikäisillä. Muutaman vuoden eläkkeellä olleiden kaikkien ja vertailuryhmän naisten keskitulot olivat noin 8.200,- 8.800,- euroa. Liikkumisesteisten naisten tulot olivat kaikkiin naisiin nähden pienemmät, noin 7.100,- euroa. 65-74-vuotiaiden kaikkien ja vertailuryhmän miesten nettovuositulot olivat keskimäärin noin 12.000,- 12.400,- euroa.

Taulukko 13: Nettovuositulojen keskiarvot naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä, euroa/vuosi

	Ikäryhmät					
	30-44-v.	45-54v.	55-64v.	65-74v.	75-84v.	85+ v.
Naiset yhteensä	12.523,00	12.829,79	11.223,21	8.217,64	7.237,01	7.122,46
Naiset, on liikk. est.	10.613,87	10.034,21	10.300,98	7.161,14	6.721,17	6.610,67
Naiset, ei liikk. est.	12.563,38	14.191,34	11.452,71	8.836,29	8.177,49	13.493,88
Miehet yhteensä	18.692,06	17.531,78	15.305,63	11.997,57	10.941,72	8.161,10
Miehet, on liikk. est.	10.785,84	11.822,22	12.514,46	11.028,15	8.987,83	7.978,51
Miehet, ei liikk. est.	18.939,86	18.193,40	15.992,00	12.407,49	13.862,63	11.029,26

Samanikäisten liikkumisesteisten miesten keskivuositulot olivat myös kaikkien miesten vuosituloja alhaisemmat, noin 11.000,- euroa.

8.2.2 Keskivuositulot kotitalouden kulutusyksikköä kohden

Vuositulot oli laskettu myös kulutusyksikköä kohden vakiintuneen OECD:n kulutusyksikköasteikon mukaan. Tässä laskutavassa kotitalouden sisällä kulutusta painotetaan siten, että ensimmäinen aikuinen saa painoarvon 1,0, muut aikuiset 0,7 ja alle 18-vuotiaat lapset 0,5. Kotitalouden kulutusyksikköä kohden laskettua tulojen jakautumista yksilöiden kesken voidaan pitää toimeentulon mittarina. (Koistinen 1999, 215.) Kansanterveyslaitos pitää kuitenkin kulutusyksikköä kohden saatuja tietoja hieman puutteellisina, koska kotitalouksien koostumuksessa oli mahdollisesti tapahtunut muutoksia kyselyn ja rekisteritietojen keräämisen välillä.

Taulukko 14: Kotitalouden kulutusyksikköä kohden lasketut nettovuositulojen keskiarvot, euroa/vuosi

	Ikäryhmät					
	30-44-v.	45-54v.	55-64v.	65-74v.	75-84v.	85+ v.
Naiset yht.	28.513,61	29.082,77	30.327,16	14.404,78	10.499,30	8.682,61
N., on liikk. est.	20.261,71	22.087,10	19.062,97	12.493,32	9.112,83	8.237,26
N., ei liikk. est.	28.706,72	29.732,18	33.144,33	15.598,20	13.235,71	14.551,26
Miehet yht.	28.541,37	29.156,90	25.918,74	19.281,26	15.613,73	10.184,54
M., on liikk. est.	17.911,99	20.713,13	21.614,49	17.170,60	13.523,42	10.153,93
M., ei liikk. est.	28.871,54	30.151,19	26.994,55	20.197,75	18.710,49	11.636,17

Kulutusyksikköä kohden lasketut vuositulojen keskiarvot tasoittivat miesten ja naisten tuloerot erityisesti nuoremmassa ikäryhmissä. Kaikkien ja vertailuryhmän naisten nettovuositulot kulutusyksikköä kohden olivat 30-54-vuotiailla lähes samat kuin kaikilla ja vertailuryhmän miehillä. 55-64-vuotiaiden naisten kotitalouksien kulutusyksiköiden nettovuositulot olivat korkeammat kuin samanikäisillä miehillä. 30-64-vuotiailla kaikilla ja vertailuryhmän naisilla keskivuositulot kulutusyksikköä kohden olivat 28.500,- eurosta 33.100,- euroon. Samanikäisten liikkumisesteisten naisten kulutusyksikköä kohden laskettujen keskivuositulot olivat noin 10.000,- euroa alhaisemmat ja vaihtelivat 19.000,- eurosta 22.000,- euroon. Kaikkien ja vertailuryhmän

miesten kulutusyksikköä kohden laskettujen vuositulojen keskiarvot 30-64-vuoden ikäryhmissä vaihtelivat 25.900,- eurosta 30.100,- euroon, kun taas samanikäisten liikkumisesteisten miesten vuosikeskitulot kulutusyksikköä kohden olivat noin 17.900,- eurosta 21.600,- euroon. 30-54-vuotiaiden liikkumisesteisten naisten keskivuositulot kulutusyksikköä kohden laskettuna olivat korkeammat kuin liikkumisesteisten miesten keskivuositulot kulutusyksikköä kohden.

Yli 65-vuotiaiden vastaajien kulutusyksikköä kohden laskettujen nettovuositulojen keskiarvot olivat työikäisiä alhaisemmat. Yli 65-vuotiaiden miesten keskivuositulot kulutusyksikköä kohden olivat yleensä naisten vuosituloja suuremmat. Kaikkien ja vertailuryhmän naisten keskivuositulot vaihtelivat 8.600,- eurosta 15.600,- euroon. Liikkumisesteisten naisten keskivuositulot kulutusyksikköä kohden vaihtelivat 8.200,- eurosta 12.500,- euroon. Yli 65-vuotiaiden kaikkien ja vertailuryhmän miesten keskivuositulot kulutusyksikköä kohden laskettuna vaihtelivat 10.100,- eurosta 20.200,- euroon. Samanikäisten liikkumisesteisten miesten kulutusyksikköä kohden lasketut vuositulojen keskiarvot vaihtelivat 10.100,- eurosta 17.100,- euroon.

8.2.3 Köyhyys

Koska työhön osallistuminen työikäisten liikkumisesteisten ihmisten kohdalla oli vähäisempää, seuraa tästä suoraan myös tulojen alhaisuutta. Tarkastelen seuraavaksi, kuinka suurella osuudella yli 30-vuotiaista vertailtavana olevien ryhmien naisista ja miehistä nettovuositulot jäivät alle 6.000,- euron. Kuudentuhannen euron nettovuositulot on lähellä absoluuttista köyhyysrajaa, käytännössä tämä vastasi 500,- euron nettokuukausituloa.

Taulukko 15: Alle 6.000,- euron nettovuosituloilla elävien naisten ja miesten osuudet eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät					
	30-44-v.	45-54v.	55-64v.	65-74v	75-84v.	85+ v.
Naiset yht	15,7	11,7	16,0	29,5	42,1	55,3
Liikk. est. naiset	28,7	25,3	16,8	36,3	45,6	58,0
Ei liikk. est. naiset	15,4	10,4	15,8	25,6	35,2	24,2
P	<0,06	<0,001	<0,8	<0,05	<0,05	<0,01
Miehet yht.	10,5	12,8	11,6	17,4	23,6	39,4
Liikk. est. miehet	34,5	30,6	14,1	21,8	25,2	42,4
Ei liikk. est. miehet	9,9	10,8	11,6	15,5	21,1	0,0
P	<0,001	<0,001	<0,4	<0,2	<0,5	<0,05

Keskimäärin 10-16 prosentilla kaikista ja vertailuryhmän 30-54-vuotiaista naisista ja miehistä nettovuositulot kulutusyksikköä kohden jäivät alle 6.000,- euron. Eniten köyhiä oli työikäisten liikkumisesteisten miesten keskuudessa. 30-54-vuotiailla liikkumisesteisistä miehistä noin kolmanneksella (31-35 prosenttia) ja liikkumisesteisistä naisista yli neljänneksellä (25-29 prosenttia) nettotulot olivat vuodessa alle 6.000,- euroa.

Kaikista ja vertailuryhmän 55-65-vuotiaista naisista ja miehistä 12-16 prosentilla nettotulot olivat alle 6.000,- euroa vuodessa, kun samanikäisistä liikkumisesteisistä naisista ja miehistä köyhien osuus oli 14-17 prosenttia. Yli 65-vuotiaista eläkeläisvastaajista kaikilla ja vertailuryhmän naisista 24-55 prosentilla nettotulot jäivät vuodessa alle 6.000,- euron, samanikäisistä liikkumisesteisistä naisista lähes joka toisella (36-58 prosentilla). Kaikista ja vertailuryhmän miehistä 16-39 prosentilla nettovuositulot jäivät alle 6.000,- euron, mutta liikkumisesteisistä miehistä 21-42 prosentilla. Erityisesti ikääntyneiden naisten nettovuositulot olivat useammin alle kuudentuhannen euron.

8.2.4 Tulojen ja menojen välinen suhde

Terveyshaastattelun lisäksi Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneet vastasivat kotonaan terveystutkimus kysely 1:ssä olleisiin kysymyksiin. Käytin analyysissä terveystutkimuksesta kysymykset, jotka liittyivät kysymysten otsikon mukaan toimeentulon ja sairauskulujen suhteeseen. Ensimmäisessä kysymyksessä ei suoraan viitattu sairauskuluihin, vaan vastaajia pyydettiin yleensä luonnehtimaan tulojen ja menojen yhteyttä vastaushetkellä omassa taloudessaan. Vastaajia pyydettiin antamaan subjektiivinen käsitys rahojen riittävydestä. Vastausvaihtoehtoja oli kuusi, joista kaksi edusti rahojen riittävyyttä: ”rahat riittävät hyvin omiin tarpeisiimme ja jää ylikin” sekä ”rahat riittävät sopivasti omiin tarpeisiimme”. Kolme vastauksista edusti rahojen niukkuutta eli sitä, että vastaajat joutuivat tinkimään kulutuksessaan ”jossain määrin”, ”paljon, mutta tulemme toimeen tuloillamme” tai ”joudumme tinkimään kaikesta kulutuksesta, emmekä tule toimeen omilla tuloillamme”. Kuudes vastausvaihtoehto oli ”en osaa sanoa”.

Luokittelin vastaukset kolmeen luokkaan, joista ensimmäiseen tulivat ne vastaajat, jotka arvioivat rahojensa riittävän. Toiseen luokkaan yhdistin ”joudumme tinkimään jossain määrin” –vastauksiin ”en osaa sanoa” - vastaukset. Kolmanteen ryhmään tulivat vastaajat, jotka sanoivat joutuvansa tinkimään paljon tai kaikessa kulutuksessaan. Vertasin vastausten rakenteita eri ryhmissä ikäryhmittäin.

Liitetaulukossa 3 (s. 105) olen verrannut eri ikäryhmissä vastaajien arviointia tulojen ja menojen välisestä suhteesta. 30-54-vuotiaiden ikäryhmän kaikista ja vertailuryhmän naisista 13-16 prosenttia ja liikkumisesteisistä naisista noin puolet (42-52 prosenttia) ilmoittivat joutuvansa tinkimään paljon kulutuksestaan. 30-54-vuotiaista kaikista ja vertailuryhmän miehistä 12-14 prosenttia ja liikkumisesteisistä miehistä reilu neljännes (25-30 prosenttia) sanoi joutuvansa tinkimään kulutuksestaan paljon.

55-64-vuotiaiden ikäryhmässä kaikista ja vertailuryhmän naisista ja miehistä 12-17 prosenttia joutui tinkimään paljon menoistaan, kun vastaava osuus liikkumisesteisten naisten ja miesten keskuudessa oli 28-35 prosenttia.

Yli 65-vuotiaista kaikista ja vertailuryhmien naisista ja miehistä yli puolet sanoivat tulojen riittävän menoihin, mutta liikkumisesteisistä naisista vain 35 prosenttia sanoi tulojensa riittävän. Vanhemmissa ikäryhmissä tulot riittivät yleensä useammalla kuin nuoremmissä ikäryhmissä, mutta liikkumisesteisistä

naisista ja miehistä joutui edelleen suurempi osa tinkimään paljon menoistaan, liikkumisesteiset naiset enemmän kuin miehet.

8.2.5 Taloudellisen tilanteen kehitys

Toisessa käyttämässäni Terveys 2000 –tutkimuksen 1. terveystutkimuksen kysymyksessä pyydettiin vastaajia arvioimaan sitä, ”miten vastaajien taloudellinen tilanne oli kehittynyt kolmen viimeisen vuoden aikana?” Vastaajien taloudellisen tilanteen kehittymistä tietyn ajanjakson aikana koskevan kysymyksen tavoitteena oli laajentaa poikkileikkausaineistolla saatavaa kuvaa. Vastaukset kuvaavat vastaajien subjektiivisia arvioita taloudellisesta tilanteestaan 1990-luvun lopulla, jolloin Tilastokeskuksen mukaan bruttokansantuote kasvoi noin 5 prosentin vuosivauhdilla ja elettiin noususuhdannetta syvän laman jälkeen. (www.tilastokeskus.fi)

Yli puolet kaikista työkäisistä 30-64-vuotiaista ja noin 70 prosenttia yli 65-vuotiaista naisista ja miehistä koki, että heidän taloudellinen tilanteensa oli säilynyt ennallaan. Kaikista 30-64-vuotiaista vastaajista noin joka kolmannella (naisilla 30 prosentilla, miehillä 33 prosentilla) taloudellinen tilanne oli muuttunut parempaan. Vain noin 11 prosentilla liikkumisesteisistä naisista ja miehistä taloudellinen tilanne oli kohentunut.

Taulukko 16: Taloudellisen tilanteen kehitys huonompaan suuntaan kolmen edellisen vuoden aikana naisilla ja miehillä eri ikäryhmissä (%)

	Ikäryhmät					
	30-44 v	45-54 v.	55-64 v.	65-74 v.	75-84 v.	85 +
Naiset yhteensä	15,3	18,5	23,2	23,9	19,1	20,8
N., on liikk. est.	40,6	42,9	38,5	33,5	26,0	23,5
N., ei liikk. est.	14,7	16,4	19,5	18,7	7,5	0
N	175	156	137	111	71	26
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
Miehet yhteensä	11,7	17,1	24,6	20,9	17,5	20,3
M., on liikk. est.	26,5	35,5	41,6	25,0	22,9	22,0
M., ei liikk. est.	11,4	15,2	21,0	19,4	11,0	0
N	120	135	125	71	26	8
P	<0,05	<0,001	<0,001	<0,3	<0,05	<0,52

Työkäisillä ja yli 65-vuotiailla naisilla ja miehillä, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, oli taloudellinen tilanne kääntynyt huonommaksi useammin kuin toisilla samanikäisillä kolmen edellisen vuoden aikana. Eniten toimeentulonsa heikkenemistä olivat kokeneet 30-64-vuotiaat liikkumisesteiset naiset. Heistä kaksi viidesosaa (39-43 prosenttia) koki taloudellisen tilanteensa heikentyneen, kun saman ikäisistä kaikista ja vertailuryhmän naisista vain vajaa viidesosa (15-23 prosenttia) koki taloudellisen tilanteen huonontuneen. Miehillä saman suuntainen ero toistui; kaikista ja vertailuryhmän työkäisistä miehistä keskimäärin yksi viidestä (11-25 prosenttia) koki taloudellisen tilanteen heikentyneen kolmen vuoden aikana, kun liikkumisesteisistä miehistä näin koki yli kaksi kuudesta (27-42 prosenttia).

Kaikilla ja vertailuryhmien yli 65-vuotiailla naisilla ja miehillä noin viidenneksellä (8-24 prosentilla) taloudellinen tilanne oli kääntynyt huonompaan suuntaan. Yli 65-vuotiailla naisilla ja miehillä, joiden liikkuminen oli vaikeaa, noin neljänneksellä (22-34 prosentilla) taloudellinen tilanne oli muuttunut huonommaksi, naisilla enemmän kuin miehillä.

9 Tulosten vertailua toisiin työllisyystutkimuksiin

9.1.1 Liikkumisesteisten ihmisten työllistyminen Ruotsissa

Ruotsin Kansaneläkelaitos eli Riksförsäkringsverket julkaisi vuonna 2003 tutkimuksen, jossa vertailtiin eri tavoin vammaisten ihmisten elinolosuhteita muuhun väestöön. Ruotsalaistutkimuksessa vertailtiin työllistymisen eroja eri tavoin ja eri ikäisinä vammautuneiden naisten ja miesten välillä. Tutkimuksesta on saatavissa tiedot erilaisista työllistymisprofiileista 23-64-vuotiailla naisilla ja miehillä, jotka olivat vammautuneet joko lapsuudessa (alle 16-vuotiaana) tai olivat myöhemmin saaneet liikunta- aisti- tai kehitysvamman. Eri tavoin toimintarajoitteisten ihmisten työllistymistilanteita oli verrattu avoimilla työmarkkinoilla, tuetussa työllistämisessä tai työvoiman ulkopuolella olevien osuudella. Koska koko väestöä koskevassa tutkimuksessa oli käytetty erilaisia muuttujia, ei kattavaa vertailua koko väestön työllisyystilanteeseen oltu voitu tehdä. (Eek 2003, 26-27.)

Terveys 2000 –aineiston valmiit kysymykset mahdollistivat vertailun koko väestöön, mutta ne eivät antaneet mahdollisuutta vertailla ihmisten työllistymistä heidän vammautumisen- tai sairastumisajankohdansa mukaan kuten ruotsalaistutkimuksessa. Myöskin ruotsalaistutkimuksen tutkimusasetelma, jossa vertailtiin eri tavoin toimintarajoitteisten ihmisten työllisyysasemaa keskenään, oli erilainen kuin tässä tutkimuksessa. Vertasin kuitenkin osittain ruotsalaistutkimuksen tuloksia liikkumisesteisten ihmisten kohdalta tämän tutkimuksen tuloksiin.

Ruotsalaistutkimuksessa (Eek 2003, 26-27) synnynnäisesti tai lapsuudesta saakka liikkumisesteisistä naisista ja miehistä noin neljännes (24-25 prosenttia) työskenteli avoimilla työmarkkinoilla. Yli 16-vuotiaina vammautuneista naisista avoimilla työmarkkinoilla oli vain 10 prosenttia ja miehistä 14 prosenttia. Lapsesta saakka vammautuneista naisista työllistettyinä oli reilu viidennes (22 prosenttia) ja miehistä reilu kolmannes (35 prosenttia). Yli 16-vuotiaina vammautuneista naisista vain vajaa 6 prosenttia ja miehistä 11 prosenttia olivat työllistettyinä. Yhteensä naisista, joilla oli ollut lapsuudesta saakka vaikeuksia liikkumisessaan, vajaa puolet (46 prosenttia) oli työmarkkinoilla, kun miehistä töissä oli lähes kolme viidestä (59 prosenttia). Yhteensä yli 16-vuotiaina vammautuneista naisista vain kuudennes (16 prosenttia) ja miehistä noin neljännes (25 prosenttia) oli työmarkkinoilla.

Yli 16-vuotiaina vammautuneet naiset ja miehet olivat enemmän poissa työmarkkinoilta kuin lapsesta saakka vammautuneet. Ruotsalaistutkimuksessa (Eek 2003, 28) havaittiin myös, että vaikka myöhemmin vammautuneiden koulutustaso oli korkeampi, vammaisuuden vaikeusaste oli suurempi. Tämän vuoksi matalampi työllistyminen olisi osittain selitettävissä. Toisaalta lapsesta saakka vammautuneet olivat mahdollisesti pystyneet huomioimaan vamman vaikutuksen jo ammatinvalinnassaan, joten heidän työllistymisensä oli helpompaa.

Tässä Terveys 2000 –aineistolla tehdyssä tutkimuksessa en pystynyt erottamaan työllistymistoimenpiteiden avulla työllistyneitä, joten oletin, että he olivat ilmoittaneet itsensä työssä oleviksi. Ruotsalaistutkimuksessa ilman töitä

tai työllistämistoimenpiteitä oli keskimäärin yli kaksi kolmannesta (69 prosenttia) liikkumisesteisistä naisista. Tämän tutkimuksen perusteella suomalaisten liikkumisesteisten naisten osuus työttömänä tai työvoiman ulkopuolella oli keskimäärin hieman vähäisempää kuin ruotsalaisilla sisarilla. Työtä vailla olevien ja työvoiman ulkopuolisten osuudet vaihtelivat eri ikäryhmissä 50 prosentista 85 prosenttiin, joten keskimäärin lähes kolme viidestä (64 prosenttia) 30-64-vuotiaista naisista, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, olivat työvoiman ulkopuolella tai työttöminä.

Liikkumisesteisten miesten kohdalla työvoiman ulkopuolelle tai työttömäksi joutuminen oli suomalaisilla miehillä yleisempää kuin ruotsalaisilla. Keskimäärin eri ikäisinä vammautuneista ruotsalaisista miehistä työvoiman ulkopuolella oli lähes kolme viidestä (58 prosenttia), kun suomalaisista liikkumisesteisistä miehistä työvoiman ulkopuolella tai työttöminä oli yli kaksi kolmasosaa (69 prosenttia).

Ruotsalaistutkimuksessa oli enemmän naisia, jotka olivat sekä työmarkkinoiden että työllistämistoimenpiteiden ulkopuolella. Ruotsissa eri tavoin ja eri ikäisinä vammautuneista miehistä suurempi osuus oli työllistämistoimenpiteiden kohteena kuin naiset. Aikaisemmat Ruotsin kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimukset osoittavat myös, että tavoitteet työllistää miehet uudelleen avoimille työmarkkinoille ovat korkeammat kuin naisten kohdalla. Yhteiskunnallinen normi miesten korkeammasta työhön osallistumisesta myös vammaisten miesten kohdalla vahvistui ruotsalaistutkimuksessa. (RFV 1997; RFV 1999; ref. Eek 2003, 27.) Tilanne ei ollut täysin samanlainen Suomessa. Tämän tutkimuksen perusteella liikkumisesteisten naisten työhön osallistumisen aste 30-64-vuotiailla oli naisilla keskimäärin miehiä hieman parempi (naisilla 36 prosenttia ja miehillä 32 prosenttia).

Ruotsalainen hyvinvointimalli on rakennettu vahvasti työlinjalle kuten suomalainen työllisyys- ja sosiaalipolitiikkakin. Suomalainen yhteiskunta on yleensä seurannut viiveellä ruotsalaista työllisyysjärjestelmää. Osittain EU:n vaikutuksesta myös Suomessa ovat aktiiviset vaihtoehdot työvoimapolitiikassa olleet etusijalla työttömyyden ja toimeentuloisuuden sijaan. Aktiivisen työvoima- ja sosiaalipolitiikan keinoja sovelletaan työttömiin työnhakijoihin ja lisäksi toimintarajoitteisten ihmisten kohdalla. Ruotsissa kuntoutustoimenpiteitä ja vaihtoehtoja kilpailukyyn parantamiseksi on priorisoitu työttömyyskorvauksen ja sairauspäivärahan tai työkyvyttömyyseläkkeen sijaan. Niin Ruotsissa kuin Suomessakin vajaakuntoisilla työntekijöillä on mahdollisuus saada ammatinvalinta- ja urasuunnittelua, saada työhönsijoitus- tai kuntoutusneuvontaa, päästä työ- ja koulutuskokeiluun, saada työllistämistukea, työllistyä sosiaalisissa yrityksissä, saada työpaikan järjestelytukea tai tehdä tuettua työtä työkeskuksessa. Lisäksi heillä on mahdollisuus mennä työllisyyskoulutukseen tai saada apua työapuvälineiden hankintaan. Ruotsissa on käytetty aktiivisesti myös elinkeinotukea, jolla on tuettu vajaakuntoisten työntekijöiden oman yrityksen perustamista. Myös EU:n syrjintädirektiivistä säädetty laki syrjinnän kiellosta työelämässä voidaan nähdä keinona vahvistaa eri tavoin toimintarajoitteisten ihmisten työmarkkinoille pääsyä. (Eek 2003, 26; Työministeriö www.mol.fi/ammattillinen_kuntoutus.)

9.1.2 Eurooppalainen tutkimus vammaisten ihmisten työllistymisestä

Elin- ja työolojen parantamista tavoittelevan Eurooppalaisen säätiön tutkimuksessa (Grammenos 2003, 43-44) vertailtiin lievästi ja vaikeasti vammaisten ihmisten työllistymistä vammattomiin ihmisiin. Eurooppalaisesta tutkimuksesta selvisi, että vammaisten ihmisten osallistumattomuus työmarkkinoille oli lähes kaksi kertaa korkeampi kuin ihmisten, joilla ei ollut vammaa. Noin puolet vaikeasti vammaisista 30-50-vuotiaista ihmisistä ei ollut työmarkkinoilla, kun lievästi vammaisista ihmisistä työvoimaan kuului noin 70 prosenttia. Työhön osallistumattomuus lisääntyi nopeasti yli 50-vuotiailla vammaisilla ja vammattomilla ihmisillä, minkä voitiin katsoa johtuvan varhaiseläkejärjestelmistä.

Tässä tutkimuksessani liikkumisesteisillä naisilla työvoiman ulkopuolisuus ja työttömyys olivat 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä 2,3-kertaisia, nousivat 45-54-vuotiailla 2,6-kertaiseksi ja laskivat jälleen 55-64-vuotiailla 1,4-kertaiseksi saman ikäryhmän naisten lukuihin verrattuna. Tähän tulokseen vaikutti se, että mukaan oli laskettu myös 55-64-vuotiaat, joiden kohdalla siirtyminen työvoiman ulkopuolelle lisääntyy yleensä voimakkaasti. 30-64-vuotiaiden liikkumisesteisten naisten työmarkkinoiden ulkopuolisuus oli 1,4-kertaista koko väestön kaikkiin samanikäisiin naisiin verrattuna. Suomalaisen liikkumisesteisten miesten työvoiman ulkopuolisuus oli hieman suurempaa kuin naisten. 30-64-vuotiaiden liikkumisesteisten miesten työttömyys ja työmarkkinoiden ulkopuolisuus yhteensä oli yli 1,7-kertaa yleisempää verrattuna koko väestön saman ikäisiin kaikkiin miehiin.

30-44-vuotiaiden liikkumisesteisten miesten työttömyys ja työmarkkinoille osallistumattomuuden osuus työssä oleviin verrattuna väheni 4-kertaisesta 3,3-kertaiseksi 45-54-vuotiaiden ikäryhmässä. 55-64-vuotiaiden ikäryhmässä liikkumisesteisten miesten työmarkkinoiden ulkopuolisuus ja työttömyys oli 1,4-kertainen kaikkiin samanikäisiin miehiin verrattuna.

Tämän tutkimukseni mukaan liikkumisesteisten naisten ja miesten työhön osallistuminen oli suhteellisen saman suuruista keskenään. Liikkumisesteisten naisten työllisyysosuus oli hieman suurempi kuin liikkumisesteisten miesten ja vastaavasti liikkumisesteisten miesten työttömyys ja eläköityminen olivat hieman liikkumisesteisten naisten osuutta suurempaa.

Euroopan vammaisfoorumin ja Euroopan Komission toteuttamassa selvityksessä (EDF 2002, 35) arvioitiin, että 31 prosenttia työikäisistä vammaisista ihmisistä oli työmarkkinoilla tai työllistettynä. Loput heistä oli joko työttöminä (21 prosenttia) tai työmarkkinoiden ulkopuolella (42 prosenttia). Tässä Terveys 2000 –aineistolla tehdyssä tutkimuksessa 30-64-vuotiaiden liikkumisesteisten ihmisten keskimääräinen osallistuminen työelämään oli 33 prosenttia (naisilla 36 ja miehillä 32 prosenttia). Työttömyysaste 30-64-vuotiailla liikkumisesteisillä ihmisillä oli keskimäärin 15 prosenttia (naisilla 14 ja miehillä 16 prosenttia). Liikkumisesteisistä ihmisistä työmarkkinoiden ulkopuolella olevien osuus oli 52 prosenttia (naisilla 51 ja miehillä 53 prosenttia), mikä oli huomattavasti korkeampi kuin vastaavat eurooppalaiset arviot.

9.1.3 Alhainen työhön osallistuminen

Ruotsin kansaneläkelaitoksen tutkimuksessa (Eek 2003, 28-29) vastaajia pyydettiin selittämään alhaista työhön osallistumistaan. Työhön osallistumattomuuden vastaukset jaottuivat kolmeen teemaan. Ensimmäinen osa vastaajista piti toimintarajoitetta suoraan työkyvyttömyyden aiheuttajana tai ainakin syynä sopeuttaa ammatinvalinta niihin ammatteihin, jotka soveltuvat toimintarajoituksiin. Toinen osa vastaajista korosti tarvetta sopeuttaa työ saavutettavaksi. Vastausten mukaan tietyt työpaikat, työt, työajat ja työtahti olisivat muutettavissa joustaviksi. Kolmantena teemana vastauksissa nousivat esiin työnantajien ennakkoluuloiset asenteet.

Ensimmäinen syy työhön osallistumattomuuteen viittaa vammaisuuden lääketieteelliseen malliin, jossa syytä haetaan ensisijaisesti työntekijästä ja hänen yksilöllisestä toimintakyvystään. Toinen ja kolmas annettu selitys viittaavat enemmän vammaisuuden määrittelyn sosiaalisen mallin merkitykseen, jossa kiinnitetään huomiota työn sopeuttamismahdollisuuksiin sekä asenteisiin, joilla on merkitystä liikkumisesteisten ihmisten työllistymisen edellytyksiin.

Myös Eurooppalaisessa tutkimuksessa vammaisten ihmisten työhön osallistumattomuutta selitettiin työn joustamattomuudella ja teknisten apuvälineiden puutteella. Moni vastaajista raportoi jättäneensä työn vammaisuuden vuoksi, mutta lisäsi, että he olisivat säilyttäneet työn, jos sitä olisi mukautettu ajoissa. (Grammenos 2003, 43-44.)

Suomessa Rahusen ja Kukkosen (1990) tekemän selvityksen mukaan työnantajien suhtautuminen vajaakuntoisiin työnhakijoihin oli myönteisintä fyysisesti vajaakuntoisten työnhakijoiden kohdalla, mutta heidänkin kohdallaan asenne oli melko torjuva. (ref. Mannila 1993, 22). Pertti Koistisen (1999, 230) mukaan työpolitiikassa puhutaan naisten ja miesten työllistymisen kohdalla tilastollisen diskriminaation teoriasta. Tämän mukaan työnantajilla ei ole tietoa työntekijöiden ominaisuuksista ja tulevasta tuottavuudesta, vaan työnantaja suhtautuu työntekijöihin odotusarvojen mukaan. Oletetaan, että naiset jäävät äitiyslomalle ja alkoholia nauttivat pitävät välipäiviä ja heikomman terveyden omaavat tarvitsevat useammin sairauslomia, jolloin oletus vaikuttaa näiden ryhmien rekrytointiin ilman työntekijöiden yksilöllisiä eroja. Ruotsissa Knutssonin ja Perssonin (2001) tutkimus työnantajien asenteista osoitti työnantajien aliarvioivan toimintarajoitteisten työnhakijoiden työkykyä. Työnantajat, jotka olivat palkanneet toimintarajoitteisen työntekijän, olivat 34 prosentissa tapauksista kokeneet työhönoton menneen paremmin, kuin olivat odottaneet. Vain yhdeksän prosenttia työnantajista koki työhönoton sujuneen huonommin, kuin he odottivat. (ref. Eek 2003, 29.)

Marjo-Riitta Reinikaisen (2004, 188) vammaisia naisia koskeneen tutkimuksen mukaan liikkumisesteisiä naisia harvoin kannustetaan jatkamaan työelämässä mukanaoloa vammautumisen tai sairastumisen jälkeen. Työelämässä pysyivät lähinnä ne, joiden vamma tai sairaus olivat vähäisiä tai huomaamattomia. Tutkimuksessa viitattiin työyhteisöissä oleviin julkilausumattomiin normaaliuden vaatimuksiin. Samoin naisten vammaisuuden nähtiin kyseenalaistavan heidän kyvykkyytensä olla aktiivinen ja tuottava yksilö.

Tilastollisen diskriminaation teoria viittaa selektioteoriaan ja terveydentilan perusteella tapahtuvaan valikoitumiseen. Sen mukaan toimintarajoitteet ovat työmarkkinoille pääsyn häirtana tai suoranaisena esteenä.

Pertti Koistisen (1999, 132-134) mukaan ihmisten sosiaalinen kohoaminen tai vajoaminen vaikuttavat yksilöiden työmarkkinakäyttäytymiseen. Sosiaalisen aseman laskeminen voi vähentää ihmisen motivaatiota tai kykyä yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Se voi myös madaltaa yksilön asettamia vaatimuksia omalle työlleen tai etenemiselleen. Sosiaalisen aseman kohoamista pidetään yhteiskunnassa positiivisena ja tavoiteltavana, mikä luo sosiaalista turvallisuutta ja lisää yhteiskunnan kehittämisen dynamiikkaa.

10 Yhteenveto

Liikkumisesteisten naisten ja miesten sosioekonominen asema osoittautui kauttaaltaan heikommaksi kuin samanikäisellä väestöllä yleensä.

Tämän tutkimuksen mukaan liikkumisesteisten naisten ja miesten keskimääräinen väestöosuus yli 30-vuotiaassa väestössä oli keskimäärin 18,1 prosenttia.

Liikkumisesteiset ihmiset kokivat terveydentilansa heikommaksi kuin muu väestö.

Kaikissa ikäryhmissä liikkumisesteisten ihmisten koulutustaso on matalampi kuin muun väestön. Liikkumisesteisillä naisilla ja miehillä oli kouluvuotia, ylioppilastutkintoja ja ammatillista koulutusta vähemmän kuin vastaavan ikäisillä yleensä. Nuorten koulutustaso on yleensä kohonnut huomattavasti verrattuna vanhemman ikäpolven koulutustasoon.

30-44-vuotiaiden ikäryhmässä kaikista ja vertailuryhmän naisista lähes joka toinen ja liikkumisesteisistä naisista noin joka kolmas oli ylioppilas. Saman ikäryhmän kaikista miehistä ja vertailuryhmän miehistä lähes joka kolmas oli ylioppilas, kun liikkumisesteisistä miehistä vain joka kymmenes. 30-44-vuotiaista kaikista ja vertailuryhmän naisista oli alle 10 prosenttia ilman ammatillista koulutusta, liikkumisesteisistä naisista joka neljäs (25 prosenttia). Saman ikäisistä kaikista ja vertailuryhmän miehistä noin 13 prosenttia oli ilman ammatillista koulutusta, kun liikkumisesteisistä miehistä yli joka kolmannelta (35 prosenttia) puuttui ammatillinen koulutus.

30-44-vuotiaiden ikäryhmän kaikista ja vertailuryhmän naisista oli korkeaasteen koulutus yli puolella (51 prosenttia), kun liikkumisesteisistä naisista oli korkeasti koulutettuja 40 prosenttia. Miehet olivat naisia vähemmän kouluttautuneet. Kaikista ja vertailuryhmän miehistä noin yksi kolmesta (32 prosenttia) ja liikkumisesteisistä miehistä yksi viidestä (21 prosenttia) oli korkeasti kouluttautunut.

Naiset ja miehet, joilla oli liikkumisen vaikeuksia, osallistuivat työelämäään huomattavasti harvemmin kuin väestö yleensä. Parhaassa työiässä olevista 30-54-vuotiaista liikkumisesteisistä naisista oli vastaushetkellä töissä vajaa puolet (43-50 prosenttia) ja miehistä noin kaksi viidesosaa (36-45 prosenttia). Vastaavat osuudet kaikilla ja vertailuryhmän naisilla ja miehillä oli noin 75-86 prosenttia. 55-64-vuotiaiden työhön osallistuminen laski kaikilla naisilla ja miehillä 39-46 prosenttiin, kun liikkumisesteisistä naisista ja miehistä oli työelämässä enää noin 13-15 prosenttia.

Liikkumisesteisten ihmisten työttömyys oli jokaisessa ikäryhmässä yleistä työttömyysastetta korkeampi. Lähes joka neljäs (24 prosenttia) 30-44-vuotiaasta liikkumisesteisestä miehestä oli työttömänä, liikkumisesteisistä naisistakin lähes joka viides (18 prosenttia).

Eläkkeellä olevien liikkumisesteisten naisten ja miesten osuudet olivat yli 20 prosenttia korkeammat kuin muulla väestöllä. 30-44-vuotiaista liikkumisesteisistä naisista oli eläkkeellä noin joka viides (21 prosenttia) ja liikkumisesteisistä miehistä useampi kuin joka neljäs (27 prosenttia). Kaikista ja vertailuryhmän 33-44-vuotiaista naisista ja miehistä oli eläkkeellä 1,1 - 2,4 prosenttia.

Tutkimuksessa tuli esiin, että liikkumisesteisten naisten ja miesten toimeentulo oli heikempi kuin muun saman ikäisen väestön. Vertailuryhmän ja kaikkien 30-54-vuotiaiden naisten nettokeskitulot olivat vuodessa yli 12.500,- eurosta 14.100,- euroon. Liikkumisesteisillä naisilla nettokeskivuositulo jäi yli 2.000,- euroa alhaisemmaksi ja vaihteli 10.000,- eurosta 10.600,- euroon. Kaikkien ja vertailuryhmän miesten nettokeskitulot vaihtelivat lähes 17.500,- eurosta noin 19.000,- euroon. Liikkumisesteisten miesten nettovuositulojen keskiarvot jäivät noin 7.000,- euroa pienemmäksi kuin toisilla miehillä ja vaihtelivat 10.700,- eurosta 11.800,- euroon.

30-44-vuotiaat liikkumisesteiset naiset arvioivat subjektiivisesti, etteivät heidän tulonsa riittäneet menoihin. Liikkumisesteisillä miehillä oli huomattavasti enemmän toimeentulon vaikeuksia kuin miehillä yleensä. Liikkumisesteiset miehet ja naiset arvioivat myös taloudellisen tilanteensa kehittyneen heikompaan suuntaan kuin väestössä yleensä.

11 Pohdintaa ja johtopäätökset

11.1.1 Metodologista pohdintaa

Teppo Kröger (2001) on nimennyt vammaistutkimuksen näkökulmat akateemiseksi, professionaaliseksi ja kokemukselliseksi. Krögerin mukaan terveyden ja sosiaalisen aseman indikaattoreita koskeviin tutkimuksiin osallistuvat käsitelmäärittelijöinä pääasiassa akateemiset tutkijat. Määritelmien yhteiskunnallisten sovellutusten asiantuntijoina toimivat eri professioiden edustajat. Itse toimintarajoitteiset ihmiset, joita luokitellaan eri intressien perusteella, ovat harvemmin tuoneet esiin kokemuksellisuuttaan. Tämä tutkimus yhdistää eri näkökulmia ja tuon esiin omaa kokemuksellista asiantuntijuuttani akateemiseen tutkimukseen.

Tutkielmassani olen käyttänyt erilaisia Jürgen Habermasin esittämiä tiedonintressejä. Tiedonintressit ovat abstrakteja mielenkiinnon kohteita, jotka ohjaavat tutkimusta. Toisaalta tuotan teknokraattista tietoa asettamiini kysymyksiin. Tutkimukseeni sisältyy myös kriittisen tutkimuksen emansipatorista intressiä. Pyrkimykseni on osaltaan vähentää sitä salaperäisyyttä, joka liittyy vammaisuuden määrittelyn yhteydestä yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin rakenteisiin ja prosesseihin. Tutkimus lisää tilastollista tietoa aiemmin lähinnä ”mutu”-tuntemuksella tiedettyyn asiaan. Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä myös liikkumisesteisten ihmisten omaa itseyttä yhteiskunnallisesta asemastaan sekä vaikuttaa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. (Habermas 1974; ref. Raunio 1999, 360-371; Mercer 2004, 119-128.) Tavoitteeni oli brittiläisen vammaistutkimuksen tavoin osoittaa eriarvoisuutta ja pohtia niitä rajoitteita, joita yhteiskunta asettaa vammaisten ihmisten kansalaisuudelle. (Ks. Teittinen 2000, 26-28.)

Survey-tutkimuksissa on yleensä esillä deterministinen ihmiskäsitys, jonka mukaan ihmiset reagoivat mekaanisesti itsensä ulkoihin ja yhteiskunnan tuottamiin vaikutuksiin. Positivistinen tutkimusote myös esineellistää tutkimuskohdetta, jota tutkitaan rutinoituneesti ilman reflektiivistä otetta. Minä taas haluan korostaa ihmistieteen metodologian mukaisesti sitä, että nyky-yhteiskunnassa ihmisten oletetaan pystyvän refleктоimaan, mutta myös hallitsemaan ja muuttamaan omaa elämäänsä ja sosiaalista ympäristöään. (Raunio 1999, 91, 225). Pyrin käsittelemään tutkimuskohdettani toimivina ja autonomisina subjekteina, joiden yhteiskunnallisesta asemasta olen kiinnostunut.

Käyttämäni tutkimusaineisto on ollut tutkijasta riippumaton, Kansanterveyslaitoksen tuottama väestöaineisto. Analyysin lähtökohdaksi olen kuitenkin valinnut liikkumisesteisenä sosiaalipoliitikkona ihmistieteellisen ymmärtämisen tavoitteen. Erikoislaatuisen normatiivisuuden vuoksi myös luonnontieteen menetelmillä tehty systemaattinen empiirinen yhteiskunta-tutkimus voi olla ihmistiedettä (Ks. Juntunen & Mehtonen 1982, 18-21). Tutkimukseni lähti liikkumisesteisten naisten ja miesten näkökulmasta tarkastelemaan heidän yhteiskunnallista asemaansa verrattuna muun väestön hyvinvoinnin tasoon. Tämä näkökulma poikkesi tavallisesta objektiiviseksi mielletystä kvantitatiivisesta tutkimuksesta, joka yleensä edustaa enemmistöä ja määrittelee vähemmistöt marginaaliin. Tässä tutkimuksessa sekoitin kvantitatiiviseen tutkimukseen mukaan standpoint-teorian näkökulmaa, jossa

vähemmistöryhmän edustaja esittää tulkintoja yhteiskunnan rakenteista. Standpoint-teoria kiistääkin yleispätevän tulkinnan olemassaolon, koska tutkijan sosiaalinen asema vaikuttaa todellisuudesta esitettäviin tulkintoihin ja käsityksiin. (Raunio 1999, 86-88, 235.)

Olen käyttänyt liikkumisesteisten ihmisten käsitettä konstruktiivisessa, en luonnontieteellisessä viitekehysessä. Silloin liikkumisesteisyys rakentuu sosiaalisten merkitysrakenteiden kautta. (Raunio 1999, 238.) Luonnonilmiöitä voidaan määritellä sosiaalisesti, mutta niitä ei ole tuotettu sosiaalisesti, kun taas yhteiskunnalliset ilmiöt ovat merkityksellistä todellisuutta ja sosiaalisesti tuotettuja. Olen pyrkinyt välttämään liikkumisesteisistä naisista ja miehistä puhuttaessa biolääketieteellistä näkökulmaa, mikä on lähellä luonnontieteellistä viitekehystä.

Survey-tutkimukset edustavat yleensä funktionaalista yhteiskuntanäkemyistä, jossa ihmisten odotetaan sopeutuvan yhteiskunnallisiin muutoksiin (Emit. 196-197). Minulla taas on vahva näkemys siitä, että yhteiskuntaa tulee muuttaa paremmin erilaisten ihmisten erilaisia tarpeita vastaavaksi. Toimintakulttuurien tutkimuksen näkökulman mukaan yhteiskunnan sosiokulttuurista rakennetta ei nähdä toimijoista riippumattomana sosiaalisena totena, vaan inhimillisen toiminnan tuloksena ja siten muutettavissa olevana. (Giddens 1984.) Samoin kuin vammaisuuden ja toimintaesteisyyden käsitelmääritykset ovat muuttuneet poliittisiksi ja oikeudellisiksi prosesseiksi, on emansipatorisen tutkimuksen lähtökohtana vaikuttaa myös politiikan avulla.

11.1.2 Metodista pohdintaa

Survey-menetelmää ei yleensä pidetä parhaana mahdollisena tutkimusmenetelmänä tutkia keskimääräisestä poikkeavia ryhmiä, ellei käytetä erillistä otantamenettelyä tai tehdä erillistutkimuksia. (Raunio 1999,190-197.) Liikkumisesteisten ihmisten kohdalla katson, että laajasti kerätty väestötasoinen tutkimusaineisto oli hyvä ratkaisu tässä peruskartoituksen vaiheessa. Väestötutkimusaineiston otanta ei ole vääristänyt tutkimuskohdetta, vaan ilmiön voidaan olettaa olevan otoksessa samassa suhteessa kuin perusjoukossa. Terveys 2000 –tutkimuksen otos kuvaa melko tarkasti väestön rakennetta, joten voin uskoa, että tutkimus antaa hyvän kuvan liikkumisesteisten ihmisten elinoloista Suomessa. Väestötasoisista tiedoista edustava Terveys 2000 –haastatteluaaineisto ei ole myöskään leimannut vastaajia erityistutkimukseen osallistujiksi, joten tutkimuksen tuloksia voidaan siksikin pitää luotettavina.

Poikkileikkaustutkimus, joka tarkastelee ikäryhmittäisiä eroja yhdellä hetkellä ei kerro suoraan ikääntymisen myötä tapahtuvista muutoksista. (Lahelma 1998) Poikkileikkaustutkimuksessa ikäryhmät edustavat omaa sukupolveaan, johon ovat vaikuttaneet kunkin ajan koulutus- ja ammattijärjestelmät. Tässäkin aineistossa vanhemmat ikäryhmät ovat käyneet vähemmän kouluja ja työllistyneet enemmän agraariyhteiskunnan tehtävissä.

Liikkumisesteisten naisten ja miesten ryhmää määrittellessäni en käyttänyt kysymyksiä siitä, kuinka vastaajat kykenivät liikkumaan asunnossa tai kävelemään yli kahden kilometrin matkaa. Liian lyhyt kävelymatka olisi pienentänyt ja pitkä kävelymatka suurentanut tutkittavaa ryhmää

tarpeettomasti. Suoriutuminen puolen kilometrin kävelystä ja kerrosvälin nousemisesta kertovat konkreettisesti jokapäiväisissä toiminnoissa ja osallistumisessa tarvittavasta liikkumiskyvystä tai –rajoitteesta. Liikkuminen on riippuvainen sekä ihmisen kyvystä että elinympäristöstä, mikä vaikuttaa henkilön mahdollisuuteen osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan. Liikkumisesteisten naisten osuus kaikista naisista oli 21 prosenttia ja miehissä 15 prosenttia. Keskimäärin liikkumisesteisten ihmisten väestöosuus oli noin 18 prosenttia yli 30-vuotiaassa väestössä, mitä voidaan pitää suhteellisen luotettavana arviona. Osuus on suurempi kuin koko väestöä koskevissa arvioissa, koska alle 30-vuotiaiden ikäryhmissä liikkumisesteisyys on vain muutaman prosentin luokkaa.

Terveys 2000 –aineistolla en voinut tehdä vertailua ihmisten välillä sen perusteella, oliko liikkumisen este ollut heillä jo lapsena, vai oliko heidän liikkumisensa rajoittunut vasta myöhemmin. Valmiista poikkileikkaus-aineistosta en saanut tietoa, kuinka kauan liikkumisen vaikeus oli kestänyt. Sairastavuutta ja vammoja koskevissa kysymyksissä pyydettiin ilmoittamaan, jos ”sairaus, vika tai vamma oli pysyvä tai pitkäaikainen, jonka lääkäri oli todennut ja jos vaivat olivat kestäneet yli kolme kuukautta”. Vammautumisen ja tapaturmien kohdalla oli kysytty, miten ja missä tapaturmat olivat aiheutuneet, mutta ei kysymystä siitä, milloin vammautuminen, sairastuminen tai tapaturma oli tapahtunut. Kysymys vammautumisen tai sairastumisen aiheuttaman liikkumisesteisyyden alkamisen ajankohdasta olisi ollut mielenkiintoinen arvioitaessa liikkumiskyvyn vaikutusta ihmisten sosiaaliseen asemaan yhteiskunnassa.

Tässä tutkimuksessa en voi tehdä johtopäätöksiä lapsesta saakka tai myöhemmin liikkumisen vaikeuksia saaneiden ihmisten selviytymisen välillä, vaan elämäntilanteita katsotaan vastaushetken mukaan. Vammautumisen aiheuttaman liikkumiskyvyn yhtäkkisen rajoittumisen ajankohta voidaan mahdollisesti paikantaa tarkastikin, mutta esimerkiksi pitkäaikaissairauden tuomaa liikkumiskyvyn vähittäisen heikkenemisen ajankohtaa onkin vaikeampi tarkasti määritellä. Mielestäni tutkimuksissa tulee välttää lääketieteellisen mallin mukaista ajattelua, minkä perusteella vammautumis- tai sairastumisajankohta vääjäämättä ja traumaattisesti vaikuttaa yksilön myöhempään elämäntilanteeseen ja määrittää hänen koko persoonaansa.

Sosiaali-indikaattoreiden tapaan maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämää toimintaedellytysten ja terveyden ICF-luokitusta voidaan pitää moniulotteisena indikaattorina, jolla luokitellaan ja mitataan ihmisten yhteiskunnallisia suoriutumisedellytyksiä. Ihmisten toiminta- ja suorituskäytön arviointia tarvitaan Talcott Parsons (1951) ja rationaalisen ajattelun mukaisessa tehokkaassa tuotantotavassa, jossa syrjäyttämiseksi luodaan pitävät kriteerit. (Sipilä 1979, 26.) ICF-luokituksen (2004, 8-9) tarkoituksena ei ole luokitella ihmisiä vaan toimintaedellytyksiä ja –rajoitteita sekä terveyttä ja terveyden lähialueita. Luokitusten käyttö johtaa mielestäni kuitenkin helposti ihmisten luokitteluun, koska yksilöllinen toimintakyky ja terveys ovat aina suhteessa ihmiseen samoin kuin ikä ja sukupuoli. Tulevaisuus näyttää ICF-luokituksen tulevan käytön laajuuden ja mahdollisuudet.

11.1.3 Vertailututkimuksen arvoista

Tässä tutkimuksessa olen vertailut yhden kansakunnan eri väestöryhmiä keskenään muodostamani erottelukriteerin perusteella. Vertailututkimukseen liittyy myös arvottamiseen liittyviä normatiivisia kysymyksiä. Vertailututkimus perustuu yleensä siihen, että määritellään normi, johon tutkittavaa ryhmää verrataan. Lääketieteessä määritellään kliiniseksi normiksi henkilöt, joilla ei ole terveydellistä puutetta tai vajavuutta. (vrt. ICF 2004, 15.) Myös mekaanisen tutkimuskäytännön mukaan tutkittavan ryhmän tulosta tulee verrata ryhmään, jossa kyseistä ominaisuutta ei ole.

Minun tuli tutkimusta tehdessäni ratkaista, voinko käyttää sosiaalipolitiikan vertailututkimuksessa lääketieteellistä viiteryhmää normina? Voinko verrata liikkumisesteisten naisten ja miesten ryhmiä niihin henkilöihin, jolla ei ole vaikeuksia liikkumisessaan? Voi olla jossakin määrin tavoiteltava, mutta ei realistinen normi, että väestössä ei olisi yhtään sellaista ihmistä, jolla ei olisi liikkumisessaan vaikeuksia ja rajoitteita. Kiistämätön tosiasia kuitenkin on, että kaikissa yhteiskunnissa on aina ollut ja tulee aina olemaan eri ikäisiä ihmisiä, joilla on erilaisia liikkumisen rajoitteita. Korkea elinikä lisää liikkumisen vaikeuksia eikä sosiaalista osallistumista vielä voi täysin hoitaa virtuaalisesti kehollisuudesta ja paikasta riippumatta. En usko lääketieteellisen kehityksen kykenevän täydellisesti poistamaan ihmiskehon fyysistä haavoittuvuutta, vajavaisuutta tai raihnaistumista ja niistä aiheutuvia erilaisia liikkumisen tai muun yksilöllisen toimintakyvyn vaihtelua. Sen vuoksi olen pitänyt tutkimuksessani koko väestöä, kaikkia naisia ja kaikkia miehiä kuvaavien ryhmien tilastollisia keskiarvoja ensisijaisesti verrattavana ja tavoiteltavana tasona. Valittu tilastollisten suhdelukujen keskimääräisyys oli vain yksi mielivaltaisesti valittu vertailukohta, joka oli erilainen naisten ja miesten ja eri ikäisten ihmisten kohdalla. Postmodernit ihmistieteen metodologiaa kannattavat tutkijat kavahtavat keskiarvonormitusta – kuten minäkin – mutta pidän sitä tässä tapauksessa parempana kuin kliinistä normia.

Lääketieteellisen kliinisen normin voidaan ajatella viittaavan Marjo-Riitta Reinikasen (2004, 193) käyttämään ”disablismi-käsitteeseen”. Siinä on kysymys yhteiskunnallisista ja kulttuurisista käytännöistä, jotka vammauttavat, alistavat, syrjäyttävät, toiseuttavat ja ulossulkevat vammaisia ihmisiä ja siten myös liikkumisesteisiä naisia ja miehiä. Reinikainen tutki erityisesti liikuntavammaisten naisten kokemuksia naiseuden ja naisellisuuden normatiivisista olettamuksista. Jos normatiivisia olettamuksia naiskauneudesta verrataan vammaisen naisen kehoon, ne muuttuvat disablisisiksi käytännöiksi. Jos yhteiskunnassa asetetaan normiksi henkilö, jolla ei ole liikkumisen rajoitetta, joutuu suuri osa ihmisiä kärsimään siitä politiikasta, jolla syrjäytetään liikkumisesteisten ihmisten tarpeet. Tämä osoittaa vammaisuuden sosiaalisen mallin tärkeyden. On tärkeää ottaa huomioon se, että yhteiskuntaan kuuluu myös kansalaisia, joilla on erilaisia liikkumiskyvyn vaikeuksia.

11.2 Johtopäätökset

Tutkimukseni antaa karkean yleiskatsauksen siitä, kuinka liikkumisesteiset naiset ja miehet osallistuivat yhteiskunnan sosiaaliseen ja taloudelliseen elämään koulutuksen ja työn kautta 2000-luvun alun Suomessa. Tutkimus osoittaa, että liikkumisesteisten naisten ja miesten hyvinvointi ja asema niin koulutuksen, työllisyyden kuin toimeentulonkin mittareilla on suhteellisesti heikompi kuin vastaavan ikäisillä kaikilla ja vertailuryhmien naisilla ja miehillä.

Pro gradu –tutkielmaani voisi pitää osaltaan taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien toteutumisen arviointitutkimuksena. Johtopäätöksenä olisi, etteivät liikkumisesteisten naisten ja miesten TSS-oikeudet ole toteutuneet yhdenvertaisesti samanikäiseen väestöön verrattuna. Tutkielma osoittaa eri mittareilla mitattuna hyvinvoinnin eriarvoisuutta ja liikkumisesteisten ihmisten syrjäyttämistä yhteiskunnallisesta osallistumisesta.

Pelkoni on, että tutkimuksen tulosta käytetään vahvistamaan käsityksiä liikkumisesteisten ihmisten huonommasta kyvystä edetä yhteiskunnan hierarkioissa. Tutkimuksen tulosta ei pidä ottaa pelkästään vallitsevien säännönmukaisuuksien esittämisenä, vaan yhteiskunnan muuttuessa ja ihmisten koulutustason noustessa säännönmukaisuudet muuttuvat ja ovat muutettavissa. On huomattava, että ihmisten yhteiskunnalliseen asemaan ja toimintaedellytyksiin vaikuttavat ulkoiset tekijät samoin kuin ihmisten yksilölliset kyvyt. Liikkumisesteisillä naisilla ja miehillä on toimintarajoitteista huolimatta käytössään resursseja, joita tietoyhteiskunnassa voidaan hyödyntää.

Kuvaileva vertailututkimukseni ei pysty selittämään sitä, mikä on ihmisten liikkumiskyvyn ja yhteiskunnallisen aseman välisen yhteyden kausaalinen suunta. Tutkielman päätuloksena on kuvata tilannetta tilastollisesti ja rakenteellisesti. Liikkumisesteisten ihmisten yhteiskunnalliseen asemaan vaikuttavat myös monet muutkin tekijät kuin pelkästään hänen liikkumisen vaikeudet. Käytän kuitenkin terveyserojen teoreettisia selityksiä arvioidessani tutkimustuloksesta vedettäviä yhteiskunnallisia johtopäätöksiä.

TerveYTEEN liittyvä valikoitumis- ja liikkuvuusteoria on yksi todennäköisistä selityksistä liikkumisesteisten naisten ja miesten heikompaan yhteiskunnalliseen asemaan. On tärkeää erottaa terveyteen liittyvän valikoitumisen ja sosiaalisen liikkuvuuden erilaiset sosiaalipoliittiset seuraukset liikkumisesteisten ihmisten elämässä. Lapsen tai nuoren vammautumisen tai sairauden vaikutus kouluttautumiseen ja työllistymiseen vaikuttaa koko eliniän toimeentulon tasoon. Syrjäyttäminen koulutus- ja työllisyysmahdollisuuksista voi merkitä minimi perustoimeentulon varassa elämistä koko eliniän ajan. Myöhemmin elämän aikana saadun vamman tai sairauden vaikutus työmarkkinoilta poisliikkuvuuteen on huomioitu vakuutus- ja eläkeratkaisuissa ja ne takaavat paremman ja ansioihin sidotun toimeentulon myös työelämän ulkopuolella.

TerveYTEEN perustuvaan valikoitumiseen sekä sosiaaliseen liikkuvuuteen voidaan vaikuttaa monien yhteiskuntapoliittisten keinojen avulla, jolloin esimerkiksi syrjintä ei ole sallittua terveydentilan tai toimintakyvyn perusteella. Myös terveydeltään tai yksilölliseltä toimintakyvyltään heikommille kansalaisille tulee luoda yhteiskunnallisia edellytyksiä osallistua

yhdenvertaisesti positiivisten ja kompensoivien toimenpiteiden avulla. Koulutus- ja työllistymismahdollisuuksia voidaan tukea ja kompensoida esimerkiksi riittäväillä kuljetus-, avustaja- ja tukipalveluilla.

Liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutus- ja työllistymismahdollisuuksien parantaminen edellyttää erilaisia koulutus- työllisyys-, talous- ja tulopoliittisia keinoja ja näiden hallinnonalojen tiivistä yhteistyötä. Liikkumisesteisten ihmisten työllistymisen edistämiseen tarvitaan työ-, verotus- ja sosiaaliturvajärjestelmien rakenteellista joustavuutta, osittaista lomittumista ja toistensa täydentävyyttä. Kategoriseksi ja toisensa poissulkeväksi suunnitellut järjestelmät eivät ota huomioon vammaisuuden ja toimintaedellytysten määritelmien moniulotteisuutta ja poliittisuutta. Esimerkiksi liikkumisesteisten ihmisten toimeentuloturvan ja työstä saatavan palkan yhteensovittamiseen tarvitaan nykyistä monimuotoisempia mahdollisuuksia. Myös suurten työnantajien työkyvyttömyyseläkkeiden maksuvastuuta tulee jakaa laajemmin ja rohkaista työnantajia palkkaamaan liikkumisesteisiä työntekijöitä.

Yhteiskunnan fyysiset ja rakenteelliset esteet, jotka jättävät liikkumisesteisten naisten ja miesten saavuttamattomiin monia tiloja ja paikkoja sivuavat terveyserojen aineellista ja materiaalista selitysmallia. Ympäristön fyysisessä saavutettavuudessa on viime vuosina tapahtunut edistymistä, mutta useat koulut ja työpaikat ovat edelleen fyysisesti esteellisiä varsinkin, jos opiskelija tai työntekijä käyttää liikkueessaan apuvälineitä. Fyysisesti esteelliset koulu- ja yliopistorakennukset sekä työpaikat vaikeuttavat liikkumisesteisten naisten ja miesten kouluttautumista ja työllistymistä ja nämä puolestaan vaikuttavat liikkumisesteisten ihmisten köyhyyteen, vähävaraisuuteen sekä sosiaalisten että taloudellisten oikeuksien toteutumiseen. Opiskelijan tai työntekijän fyysisiä toimintaedellytyksiä voidaan kompensoida teknisillä apuvälineillä ja esteettömillä opiskelu-, työ- ja toimintaympäristöillä. Esteellinen ympäristö tulee ymmärtää sekä materiaalisena että kulttuurisena esteenä, joka aiheuttaa sekä absoluuttista että suhteellista eriarvoisuutta. Vallitseva hyvinvoinnin eriarvoisuus aiheuttaa myös stressiä ja vaikuttaa takaisin ihmisten terveydentilaan.

Raskas ja fyysinen työ kuluttaa työntekijöiden terveyttä. Toisiin ammatteihin liittyy enemmän terveysriskejä ja fyysistä rasitusta kuin toisiin ja joskus terveyttä ja toimintakykyä vaarantavat riskit toteutuvat. Tällöin työntekijän sosiaalisella asemalla on suora vaikutus terveyteen. Tämä liittyy terveyserojen materiaaliseseen selitykseen. Terveydentilan heikentymisestä mahdollisesti seuraava ammattiaseman muuttuminen tai työmarkkinoilta poistuminen viittaavat taas terveyteen liittyvän liikkuvuuden selitykseen. Terveysriskin kohdanneen työntekijän ikä, toimintaedellytykset, koulutus ja motivaatio vaikuttavat keskeisesti siihen, mitkä mahdollisuudet hänellä on edelleen hyödyntää jäljellä olevaa toimintakykyään. Yksilöllisten tekijöiden lisäksi myös tarjolla olevilla uudelleen- ja jatkokoulutus järjestelmillä on keskeinen vaikutus ihmisten uudelleentyöllistymisen mahdollisuuksiin ja siten myös ansio- ja toimeentuloturvan tason.

Terveyserojen kulttuuriset selitysmallit ovat yhteydessä yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin, asenteisiin ja käyttäytymismalleihin. Kun liikkumisen vaikeuksia omaavat kansalaiset on aiemmassa agrariiyhteiskunnassa kategorisoitu ja luokiteltu sosiaalisesti marginaaliin ja sivuraiteille kuuluviksi, on liikkumisesteiset ihmiset asetettu myös kulttuurisesti heikompaan asemaan

toisiin verrattuna. Perinteiset kulttuuriset käsitykset liikkumisesteisten ihmisten heikosta asemasta eivät tue heidän menestystä ja edistymistään vielä nykyisinkään. Epäilykset liikkumisesteisten naisten ja miesten pärjäämisestä vaikuttavat niin kanssaihmiin kuin liikkumisesteisiin ihmisiin itseensäkin. Ihmisryhmän sijoittuminen tai sijoittaminen heikompaan yhteiskunnalliseen asemaan vaikuttaa liikkumisesteisten ihmisten itsensä omaksumiin roolimalleihin ja pyrkimyksiin. Mielestäni on tärkeää esimerkiksi ammatinvalinnan ohjauksessa kiinnittää huomiota siihen, että liikkumisesteisiä naisia ja miehiä esitetään yhteiskunnan eri sektoreilla ja sen hierarkian eri tasoilla. Kulttuuriset käsitykset muuttuvat, yhteiskunnan hallinto- ja palvelujärjestelmiä hitaammin. Näitä nopeammin muuttuu kuitenkin elinkeinorakenne, joka määrittää työntekijöiltä vaadittavia ominaisuuksia, työkykyä ja ihmisten osallistumisen mahdollisuuksia.

Jatkotutkimuksessa tulee selvittää kontekstuaalisten ympäristötekijöiden vaikutusta liikkumisesteisten ihmisten osallistumisen mahdollisuuksiin. Yhteiskuntatutkimuksen kohteina tulee olla muun muassa esteettömän tai esteellisen fyysisen ympäristön vaikutus, yhteiskunnallisen palvelu- ja kannustusjärjestelmän riittävyys tai puutteellisuus sekä kulttuurisen asenneympäristön edistävä tai rajoittava vaikutus liikkumis- ja toimimisesteisten ihmisten arjessa ja osallisuudessa. Tulevissa tutkimuksissa on kiinnitettävä huomiota esim. koulutusjärjestelmien syrjäyttäviin ja osallistaviin käytäntöihin, työnantajien asenteisiin sekä työllistymistä tukeviin tai rajoittaviin tuki- ja palvelujärjestelmiin.

Kaikki ihmiset eivät hanki korkea-asteen koulutusta ja työllisty kokopäiväisesti vaan yhteiskunnassa on aina myös matalasti koulutettuja ja työvoiman ulkopuolista väestöä. Kuten Pekka Kuusi (1961) vaati aikanaan, on tänäkin päivänä tärkeää, että "Kansaneläkelaitos tekee säännöllisesti tutkimusta tuotannosta syrjäytyneen väestön kulutusmahdollisuuksista". 1980-luvun vammaisten vuoden komiteamietinnössä (KM 1982:35, 282-285), samoin 1990-luvun Suomen vammaispoliittisessa ohjelmassa (Kohti yhteiskuntaa... 1995, 45) edellytettiin, että Kansaneläkelaitoksen lisäksi myös yliopistot, sosiaaliturvan tutkimuslaitokset ja kuntoutustutkimuskeskukset tekevät tutkimuksia eri tavoin vammaisten ihmisten elinoloista. Tämä tavoite ei ole edelleenkään riittävästi toteutunut. Vammaistutkimukseen tuleekin saada rahoitusta sekä lisää tekijöitä ja arvostusta eri yliopistojen ja tutkimuslaitosten tutkijoiden keskuudessa.

Kun väestö ikääntyy ja vanhuus tuo mukanaan liikkumisen vaikeuksia lähes kaikille, on huomiota kiinnitetty erityisesti ikäihmisten liikkumis- ja osallistumismahdollisuuksien helpottamiseen. Liikkumisesteisten ihmisten tarvitsemat palvelutarpeet tulevat helpommin huomioituksi ikäihmisten kohdalla. Huomiota on kiinnitettävä myös nuoremmassa ikäryhmässä vähemmistönä olevien liikkumisesteisten naisten ja miesten, tyttöjen ja poikien tarpeisiin ja yhdenvertaisten oikeuksien toteutumiseen eri elämän alueilla. Tarvitaan lisää desing for all -ajattelua, jossa fyysisen ympäristön esteettömyys, palvelujen saavutettavuus ja tuotteiden helppokäyttöisyys toteutetaan jokaisella toimialalla myös käytännöissä.

Terveys 2000 -aineisto tarjoaa yhden valmiin väestöaineiston jatkaa tutkimusta liikkumisesteisten ihmisten osallistumisesta ja elinolosuhteista. Esimerkiksi liikkumisesteisten naisten ja miesten arjen sujumisen,

osallistumisen ja tarvittavien palvelujen saamisen kannalta kysymykset asumisesta ja liikkumisesta ovat keskeisiä. Jatkotutkimusta tarvitaan myös liikkumisesteisten ihmisten elämänlaadusta, elämäntavoista ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia muuhun väestöön verrattuna. Mielenkiintoista olisi tutkia esimerkiksi siitä, mikä vaikutus liikkumisesteisten naisten ja miesten koulutukseen ja työhön osallistumisella on ollut heidän elämän laatuunsa sekä niitä kokemuksia, joita koulutukseen ja työhön osallistuminen antavat sosiaalisesta incluusiosta.

EU:ssa kehitetyn sosiaalisen laadun teorian tavoitteena on tarkastella sitä, kuinka laajasti ihmiset voivat osallistua yhteisönsä sosiaaliseen ja taloudelliseen elämään sekä niitä olosuhteita, jotka edistävät heidän hyvinvointiansa ja yksilöllisiä mahdollisuuksiaan. Sosiaalisen laadun teoria vaikuttaa varteenotettavalta lähestymistavalta tutkia erityisesti toimintarajoitteisten ihmisten osallistumista ja elämän olosuhteita. Teorian kehittymistä ja sosiaalisen laadun tutkimusta kannattaa seurata. Monitasoisten yhteiskunnallisten yhteyksien ja sosiaalisen laadun abstraktien käsitteiden tutkimukseen tarvitaan sekä määrällisiä että laadullisia mittareita.

LÄHDELUETTELO

Painetut lähteet:

Albrecht, Gary L. (ed.) (1982) *The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation*. Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press.

Allardt, Erik (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Porvoo: WSOY.

Allardt, Erik (1993) *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research*. Teoksessa Nussbaum, Martha & Sen, Amartya (toim.) (1993) *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press, 88-94.

Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) (2005) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES.

Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (2005) *Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä*. Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) (2005) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES. Helsinki, 444-460.

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo, (toim.) (2002) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.

Baldwin, M. & Zeager, L.A. & Flacco, P.R., (1993) *Gender Differences in Wage Losses from Impairments. Estimates from the Survey of Income and Program Participation*. *The Journal of Human Resources*, XXIX, 3, 1993, 866-887.

Barnes, Colin & Mercer, Geof (ed.) (2004) *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*. Leeds: The Disability Press.

Beck, Wolfgang A. & van der Maesen, Laurent J. G. & Walker, Alan C. (eds.) (1997) *The Social Quality of Europe*. The Hague, London, Boston: Kluwer Law International.

Beck, Wolfgang A. & van der Maesen, Laurent J. G. & Walker, Alan C. (1997) *Social Quality: From Issue to Concept*. Teoksessa Beck Wolfgang A. & van der Maesen Laurent J. G. & Walker Alan C. (eds.) *The Social Quality of Europe*. London: The Hague. Boston: Kluwer Law International, 263-296.

Blane, David & Davey Smith, George & Bartley, Mel (1993) *Social selection: What does it contribute to social class differences in health?* *Sociology of Health and Illness* 15, 1-15.

Blomberg, Pentti (1982) *Lempäälän vammaisten elinolosuhteet ja yhteiskunnan palvelujen saavutettavuus*. Sosiaalihuoltajatuokinnon avohuollon ja kuntoutusopin tutkielma. Tampereen yliopisto.

Bourdieu, Pierre (1988) *Järjen käytännöllisyys. Toiminnan teorian lähtökohtia*. Juva: Vastapaino.

Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc J. D. (1995) Refleksiiviseen sosiologiaan. Tutkimus, käytäntö ja yhteiskunta. Alkuteos: Invitation to reflexive sociology. Käännöstyöhön ovat osallistuneet Ari Antikainen et al.] Joensuu: Joensuu University Press.

Böckerman, Petri (2002) Elinkeinorakenteen muutos ja yhteiskunnalliset jaot. Teoksessa Piirainen, Timo & Saari, Juho (toim.) Yhteiskunnalliset jaot 1990-luvun perintö? Helsinki: Gaudeamus. 83-97.

Drewnowski, Jan (1970) Studies in measurement of levels of living and welfare. UNEISD Report no 70.3. Geneva.

Drewnowski, Jan (1974) On Measuring and Planning the Quality of Life. the Hague. Paris: Mouton.

Esping-Andersen, Gøsta (1990) The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge : Polity Press.

Euroopan yhteisöjen komissio (2003) Komission tiedonanto neuvostolle, Euroopan parlamentille, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Sosiaalipoliittisen ohjelman väliarviointi. KOM (2003) 312 lopullinen. Bryssel 2.6.2003.

Foucault, Michel (1988a) Technologies of the Self. Teoksessa Luther, H.M., Gutman, H. & Hutton, P.H. (eds.) Technologies of the Self. A Seminar with Micheh Foucault. London: Tavistock. 16-49.

Foucault, Michel (1988b) The Political Technologies of Individuals. Teoksessa Luther, H.M., Gutman, H. & Hutton, P.H. (eds.) Tedhnologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault. London: Tavistock. 145-162.

Från patient till medborgare, 2000: 79.

Giddens, Anthony (1984) Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia: toiminnan, rakenteen ja ristiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissä. Suomentaneet Pasi Andersson ja Ilkka Heiskanen. Helsinki: Otava.

Gould, Raija (1985) Työkyvyttömyys – erivapaus työstä vai työttömyydestä. Tutkimus työkyvyttömyyskäsitteen sisällöstä ja työkyvyttömyyseläkeläistymisen vaiheista. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1. Helsinki.

Haapala, Johanna (toim.) (2003) Sosiaalinen politiikka. Juva: WSOY.

Habermas, Jürgen (1972) Knowledge and Human Interests. Translated by Jeremy J. Shapiro. London: Heinemann.

Hebermas, Jürgen (1974) Theory and Practice. Translated by J. Viertel. London: Heinemann.

Hakola, Tuulia (2000) Navigating through the Finnish pension system. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Harjula, Minna (1996) Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvulta 1930-luvulle. Helsinki: SHS.

- Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.) (2002) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes. Jyväskylä: Gummerus.
- Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) (2004) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes.
- Heistaro, Sami (toim.) (2005) Menetelmäraportti. Terveys 2000 –tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Heliövaara, Markku & Riihimäki, Hilka (2005) Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, Stakes ja KTL, 164-71.
- Helne, Tuula (2003) Sosiaalipolitiikka epävarmassa maailmassa. Teoksessa Haapala, Johanna (toim.) Sosiaalinen politiikka. Juva: WSOY, 17-40.
- Hyvinvointi, elintaso ja elämäntapa tutkimuksen kohteina. (1981) Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos. Opetusmoniste 2/1981.
- ICF (2004) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Alkuperäinen teos: Classification of Functioning. Disability and Health: ICF. WHO. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.
- ICIDH (1980) – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO.
- Ingstad, Benedicte and Reynolds Whyte, Susan (eds.) (1995) Disability and Culture, Berkley-Los Angeles-London: University of California Press.
- Jenkins, R. (2000) Categorization: Identity, Social Process and Epistemology. Current Sociology. Vol. 48(3), 7-25.
- Jokinen, Eeva & Kaskisaari, Merja & Husso, Marita (toim.) (2004) Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö. Tampere: Vastapaino.
- Juntunen, Matti & Mehtonen, Lauri (1982) Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Toinen tarkistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Jylhä, Marja (1992) Kuinka terveydestä puhutaan? Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) (1992) Terveys sosiologia. Helsinki: WSOY, 145-153.
- Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen Seppo & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) (2002) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.
- Kangas, Olli (2003) Laman varjo ja nousun huuma. Suomalainen yhteiskunta 1990-luvun lopulla. Teoksessa Kangas, Olli (toim.) (2003) Laman varjo ja nousun huuma. Helsinki: Kansaneläkelaitos. 11-21.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (toim.) (1996) Kuka on köyhä? Köyhyys 1990-luvun puolivälin Suomessa. STAKES 1996. Tutkimuksia 65. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2003) Moniulotteisen köyhyyden trendit 1990-luvulla. Teoksessa Kangas, Olli (toim.) (2003) Laman varjo ja nousun huuma. Helsinki: Edita Prima Oy, 49-91.

Karisto, Antti (1981) Hyvinvointitutkimuksen arviointia. Sosiaalipolitiikan jatkokoulutusluentosarjan "Sosiaalipolitiikkatiede" luento Tampereen yliopistossa kevätlukukaudella 1980. Teoksessa: Hyvinvointi, elintaso ja elämäntapa tutkimuksen kohteina. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos. Opetusmoniste 2/1981, 86-108.

Karisto, Antti (1989) Sosiaaliluokka ja sairastavuus. Tutkimus muutoksista vuosina 1964-1987. Teoksessa Karisto, Antti & Takala, Pentti & Hellsten Katri & Helminen, Ilmari & Massa, Ilmo (toim.): Sosiaaliset riskit, tutkimus ja päätöksenteko. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) (1992) Terveys sosiologia. Juva: WSOY.

Kautto, Mikko (toim.) (2006) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes. Helsinki: Gummerus.

Knutsson, H. & Persson, K. (2001) Funktionshindrade personer med nedsatt arbetsförmåga – ett arbetsgivareperspektiv. Forskningsrapport 2001:5. Stockholm: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.

Kohti yhteiskuntaa kaikille. Vammaispoliittinen ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1995:10. Valtakunnallinen vammaisneuvosto. Helsinki: Oy Edita Ab.

Koistinen, Pertti (1999) Työpolitiikan perusteet. Porvoo: WSOY.

Koivusilta, Leena (2000) Health-related selection into educational tracks: a mechanism producing socio-economic health differences. Turun Yliopisto.

Koskiaho, Briitta (1985) Social Indicators as Applied in Planning: Notions, Criteria and Methods. Teoksessa Hilhorst, J. G. M. & Klatter, M. Social Development in the Third World: level of living indicators and social planning. London : Croom Helm, 190-211.

Koskiaho, Briitta (1986) Yhteiskunnan muutos ja sosiaalipolitiikka. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kröger, Teppo (2001) Akateeminen, professionaalinen ja kokemuksellinen näkökulma vammaisuuteen. Esitelmä Vammaistutkimuksen päivillä 18. – 19.10.2001.

Kuntaliitto (2003) Vammaispalvelut kunnissa. Selvitys vammaispalveluiden toteutumisesta kunnissa. Kuntaliitto.

Kuotola, Urpo (1981) Vammaiset ja yhteiskunta. Teoksessa Sosiaalihuollon näköaloja. Tampere:

Kuotola, Urpo ym. (1983) Liikuntavammaisten elinolot ja itsenäinen suoriutuminen. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos, tutkimuksia; 62. Sosiaalihuollon ja lääkintöhallituksen kehittämisprojekti. Helsinki.

Kuusi, Pekka (1961) 60-luvun sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja. Porvoo: WSOY.

Kuusinen, Jorma & Korhonen, Mikko (1992) Ihmisen kehitys elämänkaaren näkökulmasta. Teoksessa: Kuusinen, Jorma (toim.): Kasvatuspsykologia. Helsinki: WSOY. 87-124.

Könkkölä, Maija (2003) Esteetön asuinrakennus. Helsinki: Invalidiliitto ry /VYP.

Lahelma, Eero (1992) Terveystila tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kariosto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) Terveys sosiologia. Hki: WSOY, 191-201.

Lahelma, Eero (1998) Johdanto: Ikä, ikääntyminen ja elämänkaari terveystutkimuksessa. Teoksessa Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.) Elämänkaari ja terveys. Tampere: Gaudeamus, 9-22.

Lahelma, Eero & Koskinen, Seppo (2002) Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot – haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen Seppo & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) (2002) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita. 21-44.

Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Aittomäki Akseli (2004) Pathways between socioeconomic determinants of health. Journal Epidemiology Community Health 2004:58, 327-332.

Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2005) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Julkaisematon käsikirjoitusmoniste.

Lehtiö, Jouko (1997) Suomalaisten vammaisten elämä varsinaisessa elämäkerta- ja vammaisten elämää keskeisesti käsittelevässä kaunokirjallisuudessa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C 132. Turku.

Lehtonen, Heikki, Heinonen Jari. & Rissanen Pekka. (1986) Syrjäytymiskäsitteen käytön ongelmia. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 12. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Lundberg, Olle & Nyström, Peck M. (1995) Sense of coherence, social structure and health. A simplified way of measuring sense of coherence. Swedish Institute for Social Research. Stockholm: Stockholms universitet.

Lylynperä, Mirja (1976) Nokialaisten vammaisten elinolot ja palvelujen tarve. Sosiaalihuoltajatutkimuksen avohuollon linjan tutkielma. Tampereen yliopiston sosiaaliturvan opetusjaosto.

Macintyre, Sally (1997) The Black Report and Beyond What are the Issues? Social Science & Medicine 1997:44, 723-745 .

Manderbacka, Kristiina (1998) Keski-ikäisten käsitykset terveydestään. Teoksessa Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.) (1998) Elämänkaari ja terveys. Tampere: Gaudeamus, 119-127.

Mannila, Simo (1993) Työhistoria ja syrjäytyminen. Vaikeasti työllistyvien terveysongelmaisten elämäkulusta. Työpoliittinen tutkimus Nro 58. Helsinki: Työministeriö.

- Mannila, Simo & Peltoniemi, Jyri (1997) *Köyhiä ja kipeitä. Terveystila ja syrjäytyminen 1986-94. Tutkimuksia 57.* Helsinki: Yliopistopaino.
- Mannila, Simo (2002) *Köyhyys ja terveyserot.* Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen Seppo & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa.* Helsinki: Edita. 149-158.
- Mercer, Geof (2004) *From Critique to Practice: emancipatory disability research.* Teoksessa Barnes, Colin & Mercer, Geof (ed.) *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research.* Leeds: The Disability Press. 118-137.
- Mikkola, Tuula (1991) *Työtä, leipää ja kuntoa. Invalidiliiton jäsenten työtilanne, asuminen ja toimeentulo.* Invalidiliitto ry. Helsinki: Invalidiliitto ry.
- Morris, J. (1991) *Pride Against Prejudice: Transforming Attitudes to Disability.* London: Women's Press.
- Nussbaum, Martha & Sen, Amartya (toim.) (1993) *The Quality of Life.* Oxford: Clarendon Press.
- Nouko-Juvonen, Susanna (1997) *Näkymätön vammainen. Vammaisten ja vammaispalveluiden tilastointi Suomessa 1990-luvulla. Aiheita 46/1997.* Helsinki: Stakes.
- Nouko-Juvonen, Susanna (toim.) (1999) *Pyörätuolitango. Näkökulmia vammaisuuteen.* Helsinki: Edita.
- OECD (2003) *OECD employment outlook.* Paris: OECD.
- Ojala, Matti (2003) *Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 272.* Saarijärvi: Gummerus.
- Oliver, Michael (1983) *Social Work with Disabled People.* Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, Michael (1996) *Understanding Disability. From Theory to Practice.* Malaysia: Macmillan Press Ltd.
- Oliver, Mike (2002) *Re-defining disability: a challenge to research.* Teoksessa Swain, John & Finkelstein, Vic & French Sally & Oliver Mike (ed.) *Disabling barriers – enabling environments.* London: SAGE Publications. First published 1993, 61-67.
- Parkkari, Juhani (1996) *Vammaisten ja vanhusten ihmisoikeudet.* Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 200. Saarijärvi: Gummerus.
- Parsons, Talcott (1951) *The Social System.* New York: Free Press.
- Pensola, Tiina (2003) *From Past to Present: Effect Lifecourse on Mortality, and Social Class Differences in Mortality in Middle Adulthood.* Yearbook of population research in Finland. XXXIX Supplement. Helsinki: Väestöliitto.
- Piirainen, Timo & Saari, Juho (toim.) (2002) *Yhteiskunnalliset jaot 1990-luvun perintö* Helsinki: Gaudeamus.

- Pitcher, J. & Siora, G. & Green, A. (1996) Local Labour Market Information on Disability. Local Economy. August 1996,120-130.
- Power, Chris & Manor, Orly & Fox, John (1991) Health and Class. The Early Years. London: Chapman and Hall.
- Power, Chris & Matthews, Sharon & Manor, Orly (1996) Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: Lifetime social circumstances or social mobility? British Medical Journal 313, 449-453.
- Purola, Tapani (1971) Sairaus sosiaalilääketieteellisenä käsitteenä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 9, 3-11.
- Puumalainen, Jouni & Laisola-Nuotio, Annika & Lehikoinen Tuula (2003) Vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Kysely palvelujen käyttäjille ja kuntien edustajille. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 71/2003.
- Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.) (1998) Elämänkaari ja terveys. Tampere: Gaudeamus.
- Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero & Martikainen, P. & Silventoinen Karri. (2002) Determinants of health inequalities by income from the 1980s to the 1990s in Finland. Journal Epidemiology and Community Health. 56, 442-443.
- Rahunen, A. & Kukkonen T. (1990) Vajaakuntoisten tuettu työllistäminen: kysyntä ja asenteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 1. Helsinki: VAPK.
- Raunio, Kyösti (1981) Elintasotutkimuksen historiaa Suomessa. Teoksessa Hyvinvointi, elintaso ja elämäntapa tutkimuksen kohteina. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos. Opetusmoniste 2/1981, 3-41.
- Raunio, Kyösti (1983) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia makrotasolla. Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan julkaisuja. Sarja A:10.
- Raunio, Kyösti (1999) Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Helsinki: Gaudeamus
- Reinikainen, Marjo-Riitta (2004) Vammaisuuden ja sukupuolen käytäntöjen jäljillä. Teoksessa Jokinen, Eeva & Kaskisaari, Merja & Husso, Marita (toim.) Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö. Tampere: Vastapaino, 176-198.
- Roos, Jeja-Pekka (1987) Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämänkerroista. SKS, Helsinki.
- Räsänen, Pekka (2003) Eksistentiaalinen ja ontologinen epävarmuus. Riskiyhteiskunnan yksilölliset ja rakenteelliset ulottuvuudet. Teoksessa Kangas, Olli (toim.) (2003) Laman varjo ja nousun huuma. Helsinki: Edita Prima Oy, 23-48.
- Sarolahti, Kaija (1982) Vammaisten elinolosuhteet Järvenpäässä. Sosiaalihuoltajatutkiminto avohuollon linjan tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Schmidt, Lars-henrik & Kristensen, Jan Erik (1986) Lys luf og renlighed – den moderne socialhygienens fødsel. Viborg: Akademisk Forlag.

- Schneider, Anne L & Igram, Helen (1993) Social Construction of Target Populations: implications for politics and policy. *American Political Science Review*. Vol 87(2), 334-347.
- Sen, Amartya (1993) Capability and Well-Being. Teoksessa Nussbaum, Martha & Sen, Amartya (ed.) *The Quality of Life*. Oxford. Clarendon Press. 30-53.
- Shakespeare, Tom (ed.) (1998) *The Disability Reader*. Social Science Perspectives. London: Cassell
- Sihto, Marita & Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä Ritva (2002) Terveyserojen kaventamiskeinot käyttöön. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen Seppo & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita. 325-330.
- Sihvonen, Ari-Pekka (1998) Miesten ja naisten elämänkaari ja terveet elinvuodet. Teoksessa Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.): *Elämänkaari ja terveys*. Tampere: Gaudeamus, 186-201.
- Silventoinen, Karri & Lahelma, Eero (2002) Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1986 and 1994. *Journal Epidemiol Community Health*. 56, 253-58.
- Sipilä, Jorma (1979) *Sosiaalisten ongelmien synty ja lievittäminen*. Helsinki: Tammi.
- Smith, Adam (1981) *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. Indianapolis: Liberty Fund.
- STAKES (1999) *Tautiluokitus ICD-10*. (Classification of diseases, tenth revision). Turenki: Turengin tekstipalvelu.
- Stone, Deborah (1984) *The Disabled State*. Philadelphia: Temple University Press.
- Suikkanen, Asko (1999) *Vammaisuuden kysymys ja Michael Oliverin tulkintatapa*. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna (toim.) *Pyörätuolitango. Näkökulmia vammaisuuteen*. Helsinki: Edita.
- Swain, John & Finkelstein, Vic & French, Sally & Oliver, Mike (ed.) (2002) *Disabling barriers – enabling environments*. London: SAGE Publications. First published 1993.
- Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri (2005) *Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen*. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) (2005) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, 24-31.
- Townsend, Peter (1970) *Measures and Explanations of Poverty in High Income and Low Income Countries: The Problems of Operationalizing the Concepts of Development, Class and Poverty*. Teoksessa Townsend, Peter (ed.) *The Concept of Poverty. Working Papers of Methods of Investigation and Life-Styles of the Poor in Different Countries*. London: Heinemann. 1-45.
- Townsend, Peter (ed.) (1970) *The Concept of Poverty. Working Papers of Methods of Investigation and Life-Styles of the Poor in Different Countries*. London: Heinemann.

- Townsend, Peter (1979) *Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standards of Living*. Middlesex: Penguin Books
- Townsend, Peter & Davidson, Nick (1982) *Inequalities in health : The Black report. The health divide*. Teoksessa Townsend, Peter & Davidson, Nick (eds.) *Inequalities in health : The Black report. The health divide*. Harmondsworth : Penguin, 103-115.
- Tuomikoski, Hannu (1992) *Sairaus ja sosiaalisten ongelmien kasautuminen*. Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) *Terveyssosiologia*. Juva: WSOY.
- Urponen, Helka (1989) *Varhain sairastuneen ja vammaisen sosiaalinen selviytyminen. Sosiologinen seurantatutkimus pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten sosiaalisesta selviytymisestä varhaislapsuudessa*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 78. Tampere: UKK-instituutti, Turun yliopisto.
- Uusitalo, Hannu (2002) *Tulonjako ja yhteiskunnalliset jaot*. Teoksessa Piirainen, Timo & Saari, Juho (toim.) *Yhteiskunnalliset jaot 1990-luvun perintö* Helsinki: Gaudeamus, 26-42.
- Vaarama, Maria & Kaitsaari, Tuula (2002) *Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi*. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Stakes. Jyväskylä: Gummerus, 120-149.
- Valtioneuvosto (2001) *Periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- van der Maesen, Laurent J. G. & Walker, Alan C. (2002) *Social Quality: The Theoretical State of Affairs*. European Foundation on Social Quality.
- Vehmas, Simo (2005) *Vammaisuus. Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan*. Helsinki: Gaudeamus.
- Vågerö, Denny & Illsley, Raymond (1995) *Explaining health inequalities: Beyond Black and Barker*. *European Sociological Review* 11(3), 219-241.
- Wadsworth, Michael E.J. (1986) *Serious illness in childhood and its association with later life achievement*. Teoksessa Wilkinson Richard G. (ed.) *Class and Health. Research and Longitudinal Data*. London: Tavistock.
- Waris, Heikki (1978) *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka*. Kuudes painos. Porvoo: WSOY.
- Watson, Nicholas (1998) *Enabling Identity: Disability, Self and Citizenship*. Teoksessa Shakespeare, Tom (ed.) *The Disability Reader. Social Science Perspectives*. London: Cassell, 147-162.
- West, Patric (1991) *Rethinking the health selection explanation for health inequalities*. *Social Science & Medicine* 32, 373-384.
- West, Patric (1998) *Terveydentilan eriarvoisuus ja elämäntaakanäkökulma*. Suomenos Rahkonen & Lahelma. Teoksessa Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.): *Elämäntaari ja terveys*. Tampere: Gaudeamus, 23-47.

Whitehead, Margaret (1992) The Health Divide. Teoksessa Townsend, Peter & Davidson, Nick (1992) Inequalities in health : The Black report. The health divide. London: Penguin Books , 311-336.

Wilkinson, Richard G. (1986) Socio-economic differences in mortality. Interpreting the data on their size and trends. Teoksessa Wilkinson, Richard.G. (ed.) (1986) Class and Health: Research and Longitudinal Data. London: Tavistock Publications, 1-20.

Wilkinson, Richard.G. (ed.) (1986) Class and Health: Research and Longitudinal Data. London: Tavistock Publications.

YK:n vuoden 1975 vammaisten oikeuksien julistus

Zola, Irving (1993) Disability Statistics. What We Count and What It Tells Us. A Personal and Political Analysis. Journal of Disability Policy Studies, 2, 10-39.

Viranomaisjulkaisut ja viralliset tilastot:

JHS 126. Sosioekonomisen aseman luokitus. Tilastokeskuksen käsikirjoja 17: Sosioekonomisen aseman luokitus, uusin laitos [viitattu 31.3.2005]. Saatavissa www-muodossa: <http://www.jhs-suositukset.fi/intermin/hankkeet/jhs/home.nsf/pages/E9F36291D5877B6BC2256FAB002ADB6>

Kom. 1982:35. Kansainvälisen vammaisten vuoden 1981 Suomen komitean mietintö. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kelan etuudet 2005. Ammatillista kuntoutusta vajaakuntoisille [viitattu 14.12.2004]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/Docs/160801094743EH?OpenDocument>.

Recommendations for the 1990 Censuses of Population and Housing in the ECE region, Statistical standards and studies No 40, United Nations, New York 1987

Provisional Guidelines on Statistics of Distribution of Income, Consumption and Accumulation of Households, United Nations, New York 1977

Ammatillinen kuntoutus. Työministeriö [viitattu 25.4.2005] Saatavissa www-muodossa www.mol.fi/ammattillinenkuntoutus.

Suomen tilastollinen vuosikirja 2001. Helsinki: Tilastokeskus.

Ulkoministeriön julkaisuja (1978) Kansainvälisiä ihmisoikeusasiakirjoja I. Suomen YK-liitto.

Suomen säädöskokoelma:

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987 VPA (vammapalveluasetus)

Invalidihuoltolaki 907/1946

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 VPL (vammapalvelulaki)

Kansanterveyslaki 66/1972

Keisarillisen Majesteetin armollinen asetus yleisestä waiwaishoidosta Suomen Suurruhtinaanmaassa. 10/1879
Laki oppivelvollisuudesta 101/1921
Laki julkisesta työvoimapalvelusta 1295/2002
Suomen perustuslaki 969/1995 ja 731/1999
Vaivaishoitoasetus 1852
Vaivaishoitoasetus 1879
Yhdenvertaisuuslaki 21/2004

Elektroniset tietolähteet:

Alber, Jens & Fahey, Tony (2004) Perceptions of living conditions in an enlarged Europe. Quality of Life in Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [viitattu: 5.1.2005]. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF03113EN.pdf>

Crammenos, Stefanos (ed.) (2003) Illness, disability and social inclusion. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [viitattu 20.11.2004]. Saatavilla www-muodossa: www.eurofound.eu.int.

Definition of Disability in Europe: A Comparative Analysis. (2002) Final Report. Comparative analysis and assessment of the policy implications of alternative legal definitions of disability on policies for people with disabilities. Brunel University UK. Project funded by the European Commission, Employment and Social Affairs Directorate-General [viitattu 14.8.2005]. Saatavilla www-muodossa:

http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2004/cev502004_en.pdf.

EDF (2002) Vammaisuus ja sosiaalinen syrjäytyminen Euroopan unionissa. Muutoksen aika, muutoksen työkalut. Tutkimuksen loppuraportti. Euroopan vammaisfoorum. Disability and Social Exclusion in the European Union. European Disability Forum. EDF 02/10 [viitattu 21.12.2004]. Saatavilla www-muodossa: www.edf-feph.org/en/publications/publi/publi.htm.

Eek, Cecilia (toim.) (2003) Ojämlighet i levnadsvillkor – en jämförelse mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen. FRV - Riksförsäkringsverket. Analyserar 2003:15 [viitattu 10.11.2004].

Saatavilla

www-muodossa:

<http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/ana0315.pdf>.

Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 14.4.2004]. Saatavana www-muodossa:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2003/07/is1067674780175/passthru.pdf>.

Lissabonin strategia kasvun ja työllisyyden parantamiseksi – Suomen kansallinen toimenpideohjelma 2005 – 2008. Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset 2a/2005. Valtiovarainministeriön kansantalousosasto. Helsinki: Edita Prima Oy [viitattu 29.1.2006]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.vm.fi/tiedostot/pdf/fi/97177.pdf>.

Paara, Erkki (toim.) (2005) Vammaispalvelujen järjestäminen ja osaaminen. Selvitys vammaislakien yhdistämisestä. Selvityksiä 2005:4 [viitattu 15.5.2005]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/04/cd1109925807433/passthru.pdf>.

Valtioneuvosto (2001) Periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 15.12.2005]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>.

YK vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimusluonnos. [viitattu 27.3.2006]. Saatavilla internetistä www-osoitteesta: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7revamend.htm>.

Kysymyslomakkeet:

Terveys 2000 Kotihaastattelu

Terveys 2000 Tutkimus suomalaisten terveydestä ja toimintakyvystä. 1. Kysely

[viitattu 19.3.2004]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>.

Liitteet

Liite 1. Kotikäyntihaastattelun runko

Terveys2000 9/2001

A. Taustatiedot

- AA. Siviilisääty ja parisuhde
- AB. Kotitalous
- AC. Koulutus
- AD. Pääasiallinen toiminta, ammatti
- AE. Nykyinen /entinen ammatti (päätyö)
- AF. Työaika ja palkkaus (päätyö)
- AG. Nykyinen sivutyö
- AH. Työttömyys
- AI. Puolison tiedot
- AJ. Tulot

- EC. Palvelujen käyttö
- ED. Hammashoidon asiakas

F. Elintavat

- FA. Ruokailu
- FB. Tupakka

G. Elinympäristö

- GA. Asumishistoria
- GB. Asunto
- GC. Lähiympäristön palvelut

B. Terveydentila ja sairaudet

- BA. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus
- BB. Sairauksien hoito
- BC. Miesten kysymykset
- BD. Naisten kysymykset

H. Toimintakyky

- HA. Tavanomaiset toiminnot (ADL ja IADL)
- HB. Liikkumiskyky
- HC. Aistitoiminnot
- HD. Avun tarve ja saanti
- HE. Apuvälineet
- HF. Kognitiivinen toimintakyky

C. Vanhempia ja sisarusia koskevat kysymykset

- CA. Vanhempien ja sisarusten sairaudet
- CB. Lapsuuden elinolot

I. Työ ja työkyky

- IA. Työolot
- IB. Työkyky
- IC. Osaaminen
- ID. Eläkeasenteet
- IE. Työhistoria

D. Terveyspalvelut

- DA. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus
- DB. Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi
- DC. Mielenterveyspalvelut
- DD. Terveystarkastukset ja ehkäisevät terveyspalvelut
- DE. Fysikaalinen hoito ja vaihtoehtoiset hoidot
- DF. Lääkkeet

J. Kuntoutus

- JA. Palveluiden käyttö
- JB. Kuntoutuksen tarve

E. Suun terveys

- EA. Suun terveydentila
- EB. Suun omahoito

K. Haastattelijan arviot

- KA. Terveystarkastusaika
- KB. Haastattelijan arvioita tutkittavan toimintakyvystä
- KC. Haastattelutietoja

Muuttujakoodit:

9 tai 99 tai 999

8 tai 98 tai 998

Ei osaa sanoa

Kieltäytyy vastaamasta

Liite 2. Tutkimuksessa käytetyt kysymykset:

AC. Koulutus

OHJE: VALITSE KORKEIN SUORITETTU

AC01. Onko peruskoulutuksenne:

- 1 vähemmän kuin kansakoulu
- 2 kansakoulu
- 3 kansalaiskoulu
- 4 osa keskikoulua tai osa peruskoulua (vähemmän kuin 9 vuotta)
- 5 keskikoulu
- 6 peruskoulu
- 7 osa lukiota tai lukion päästötodistus
- 8 ylioppilastutkinto?

OHJE: VALITSE KORKEIN SUORITETTU

AC02. Mikä on korkein peruskoulutuksen jälkeen suorittamanne koulutus tai tutkinto:

- 1 ei mitään ammattikoulutusta
- 2 ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus
- 3 ammattikoulu, oppisopimuskoulutus, näyttötutkinto
- 4 ammatillinen koulu (esim. teknillinen koulu)
- 5 ammatillinen opistotutkinto
- 6 erikoisammattitutkinto (esim. mestarintutkinto)
- 7 ammattikorkeakoulututkinto
- 8 alempi korkeakoulututkinto
- 9 ylempi korkeakoulututkinto
- 10 lisensiaatin tutkinto
- 11 tohtorin tutkinto?

AC03. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti?

Kansakoulu/peruskoulu lasketaan mukaan.

OHJE: KANSAKOULU, PERUSKOULU	9-10 VUOTTA
AMMATTIKOULU, LUKIO	3 VUOTTA (YHT. 9+3=12)
AMMATILLINEN OPISTO/ AMMATTIKORKEAKOULU	3 VUOTTA (YHT. 9+3+3=15)
KORKEAKOULU	6 VUOTTA (YHT. 9+3+6=18)

AD. Pääasiallinen toiminta, ammatti

AD01. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä pääasiallista toimintaanne. Oletteko: (PÄÄASIALLINEN ON SE TOIMINTA, JOHON KÄYTTÄÄ ENITEN AIKAA TAI JOSTA SAA ENITEN TULOJA)

- 1 kokopäivätyössä → AD01b
- 2 osa-aikatyössä (MYÖS OSA-AIKAELÄKELÄISET) → AD01a
- 3 opiskelija → AD01b
- 4 eläkkeellä → AD02
- 5 työtön tai lomautettu → AD01b
- 6 hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä → AD01b
- 7 varusmies- tai siviilipalvelussa → AD01b
- 8 muu?

B. Terveystila ja sairaudet

BA. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus

BA01. Tiedustelisn seuraavaksi terveyteenne ja sairauksiinne liittyviä asioita.

Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskitasoinen
- 4 melko huono
- 5 huono?

BA02. Onko Teillä jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, tai jokin vika, vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyänne?

OHJE: MUKAAN OTETAAN KAIKKI LÄÄKÄRIN TOTEAMAT PITKÄAIKAISET SAIRAUDET SEKÄ MYÖS VÄHINTÄÄN KOLME KUUKAUTTA KESTÄNEET VAIVAT, JOITA LÄÄKÄRI EI OLE TODENNUT, MUTTA JOTKA VAIKUTTAVAT TOIMINTAKYKYYN.

- 1 kyllä
- 2 ei → BA03a

H. Toimintakyky

HB. Liikkumiskyky

HB02. Miten kykenette liikkumaan:

- 1 liikkumiseni ei ole rajoittunut
- 2 pystyn liikkumaan yksin ja ilman apuvälineitä mutta liikkuminen tuottaa minulle hankaluuksia
- 3 pystyn liikkumaan mutta vain toisen henkilön avustamana tai pyörätuolilla, kainalosauvoja tai muita apuvälineitä käyttäen
- 4 olen täysin liikuntakyvytön?

HB07. Kykenettekö nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

HB09. Kykenettekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

HC. Aistitoiminnot

HC03. Rajoittaako näkökykyenne liikkumistanne:

- 1 vain hämärässä
- 2 jonkin verran myös hyvässä valaistuksessa
- 3 huomattavasti myös hyvässä valaistuksessa
- 4 ei lainkaan?

TERVEYS 2000 Tutkimus suomalaisten terveydestä ja toimintakyvystä

1. KYSELY

TOIMEENTULO JA SAIRAUSKULUT

9. Miten luonnehtisitte tulojen ja menojen yhteyttä nykyisessä omassa taloudessanne?

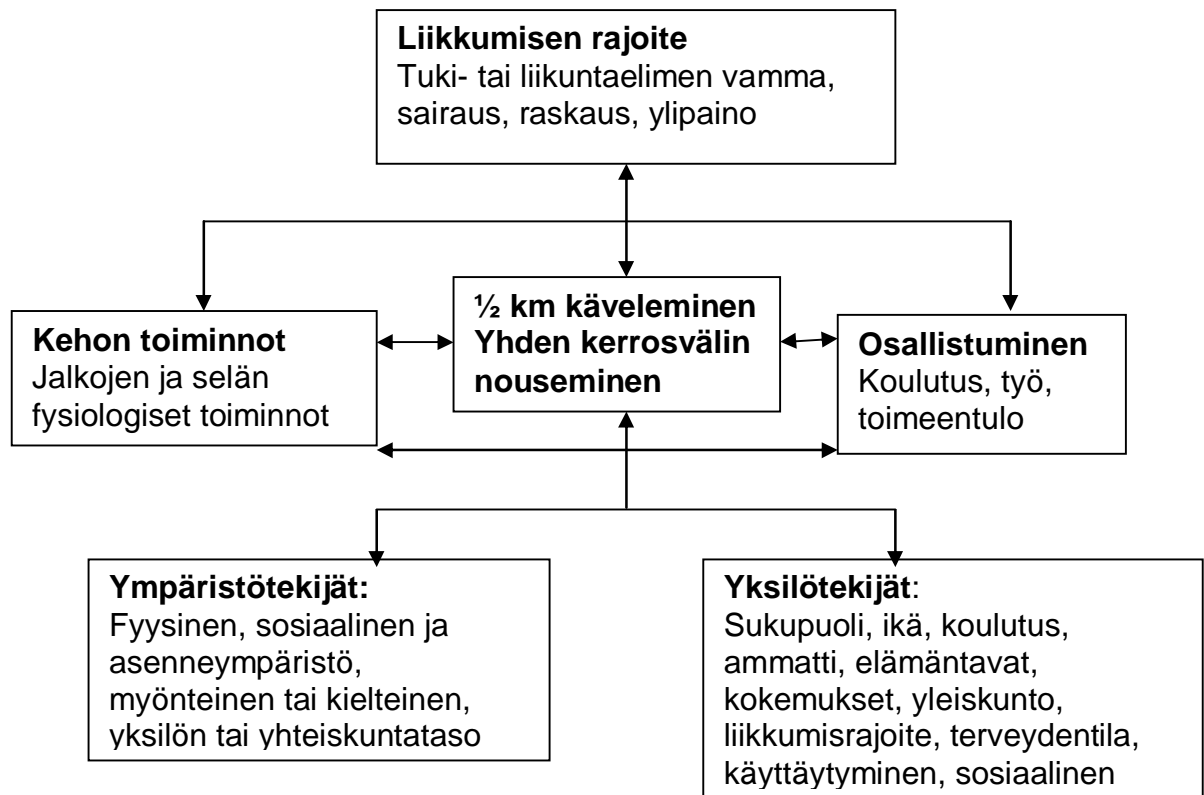
- 1 Rahat riittävät hyvin omiin tarpeisiimme ja jää ylikin
- 2 Rahat riittävät sopivasti omiin tarpeisiimme
- 3 Joudumme tinkimään jossakin määrin kulutuksesta
- 4 Joudumme tinkimään paljon kulutuksesta, mutta tulemme tuloillamme toimeen
- 5 Joudumme tinkimään kaikesta kulutuksesta emmekä tule toimeen omilla tuloillamme
- 6 En osaa sanoa / vaikea arvioida

10. Miten taloudellinen tilanteenne on kehittynyt viimeisten kolmen vuoden aikana?

- 1 Muuttunut parempaan suuntaan
- 2 Pysynyt samanlaisena
- 3 Muuttunut huonompaan suuntaan

Liitekuvio

Liitekuvio 3b: Tutkimustehtävä toimintaedellytysten ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteita hyödyntäen



Lähde: ICF 2004, 18, muokattu

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1: Koulutusasteiden jakaumat eri ikäryhmissä (%)

	KOULUTUSASTE			YHT.	N	P
	Perus-aste	Keski-aste	Korkea-aste			
30-44-vuotiaat						
Naiset yhteensä	13,5	35,8	50,7	100	1210	<0.05
Liikkumisen esteitä	32,4	27,8	39,8	100	28	
Ei liikkumisen estettä	13,1	36,0	50,9	100	1182	
Miehet yhteensä	18,0	50,2	31,8	100	1104	<0.01
Liikkumisen esteitä	41,5	37,9	20,6	100	29	
Ei liikkumisen estettä	17,3	50,6	32,1	100	1075	
45-54-vuotiaat						
Naiset yhteensä	34,1	29,9	36,0	100	874	<0.2
Liikkumisen esteitä	38,4	36,5	25,1	100	71	
Ei liikkumisen estettä	33,8	29,3	37,0	100	803	
Miehet yhteensä	38,2	37,4	24,5	100	842	<0.01
Liikkumisen esteitä	51,7	34,8	13,5	100	83	
Ei liikkumisen estettä	36,7	37,6	25,7	100	759	
55-64-vuotiaat						
Naiset yhteensä	53,7	24,6	21,8	100	615	<0,2
Liikkumisen esteitä	60,5	23,2	16,3	100	124	
Ei liikkumisen estettä	51,9	24,9	23,2	100	491	
Miehet yhteensä	50,3	29,6	20,1	100	545	<0,2
Liikkumisen esteitä	59,1	25,7	15,2	100	100	
Ei liikkumisen estettä	48,3	30,5	21,2	100	445	
65-74-vuotiaat						
Naiset yhteensä	72,6	17,6	9,8	100	504	<0,01
Liikkumisen esteitä	77,5	18,8	3,8	100	185	
Ei liikkumisen estettä	69,8	16,8	13,3	100	319	
Miehet yhteensä	70,7	20,3	8,9	100	382	<0.001
Liikkumisen esteitä	87,7	8,9	3,5	100	113	
Ei liikkumisen estettä	63,6	25,1	11,2	100	269	
75-84-vuotiaat						
Naiset yhteensä	76,5	14,4	9,1	100	473	<0.05
Liikkumisen esteitä	79,5	14,3	6,2	100	331	
Ei liikkumisen estettä	70,6	14,7	14,7	100	142	
Miehet yhteensä	71,1	18,0	10,9	100	214	<0,001
Liikkumisen esteitä	81,8	14,0	4,3	100	128	
Ei liikkumisen estettä	55,5	23,9	20,5	100	86	
Yli 85-vuotiaat						
Naiset yhteensä	79,8	11,1	9,2	100	225	<0.01
Liikkumisen esteitä	82,0	10,6	7,5	100	206	
Ei liikkumisen estettä	56,1	16,4	27,5	100	19	
Miehet yhteensä	79,3	15,2	5,5	100	66	<0.4
Liikkumisen esteitä	80,6	15,0	4,5	100	61	
Ei liikkumisen estettä	62,9	18,6	18,5	100	5	

Liitetaulukko 2a: Työvoimaan kuuluvat naiset ja miehet (%)

	Ikäryhmät			Yhteensä N
	30-44-v.	45-54-v.	55-64-v.	
Naiset yhteensä	85,4	92,0	49,4	2168
Naiset, joilla on liikk.est.	60,7	67,7	19,8	89
Naiset, ei liikk. esteitä	96,0	94,1	56,9	2171
Miehet yhteensä	94,5	89,5	51,3	2070
Miehet, joilla on liikk.est.	69,0	48,6	24,9	84
Miehet, ei liikk. esteitä	95,2	94,1	57,2	1986

Liitetaulukko 2b: Pääasiallinen toiminta eri ikäryhmissä naisilla ja miehillä liikkumiskyvyn mukaan (%)

	PÄÄASIAALLINEN TOIMINTA				Yhteensä	N
	Työssä	Työtön	Eläkkeellä	Muut		
30-44-vuotiaat						
Yhteensä	80,9	9,1	2,0	8,0	100,0	2315
Naiset yhteensä	78,4	10,3	1,6	9,6	100,0	1166
Liikk. est. naiset	44,2	18,8	22,2	14,9	100,0	27
Ei liikk. est. naiset	79,2	10,1	1,2	9,5	100,0	1139
Miehet yhteensä	87,8	8,5	2,5	1,2	100,0	1053
Liikk. est. miehet	44,8	24,1	27,4	3,7	100,0	29
Ei liikk. est. miehet	89,1	8,3	1,8	1,1	100,0	1082
45-54-vuotiaat						
Yhteensä	80,5	10,2	7,1	12,2	100,0	1716
Naiset yhteensä	81,4	11,5	5,0	2,0	100,0	864
Liikk. est. naiset	49,6	18,0	31,0	1,4	100,0	71
Ei liikk. est. naiset	84,3	11,0	2,7	2,1	100,0	793
Miehet yhteensä	80,8	9,1	9,3	0,8	100,0	838
Liikk. est. miehet	36,4	12,2	49,0	2,4	100,0	83
Ei liikk. est. miehet	85,8	8,7	4,8	0,7	100,0	755
55-64-vuotiaat						
Yhteensä	38,8	10,5	47,6	3,1	100,0	1161
Naiset yhteensä	39,4	10,1	47,7	2,8	100,0	615
Liikk. est. naiset	14,9	4,9	77,6	2,6	100,0	124
Ei liikk. est. naiset	45,5	11,4	40,2	3,0	100,0	491
Miehet yhteensä	40,3	10,9	47,4	1,2	100,0	546
Liikk. est. miehet	13,4	11,5	72,2	2,9	100,0	100
Ei liikk. est. miehet	46,4	10,8	41,9	0,9	100,0	446

Kaikissa taulukossa p < 0,0001

Liitetaulukko 3: Tulojen ja menojen suhde eri ikäryhmissä vastaajien taloudessa (%)

	Rahat riittävät hyvin	Tinkimään jossain määrin EOS	Joutuu tinkimään paljon	Yhteensä	N	P
30-44-vuotiaat						
Naiset yhteensä	55,5	28,5	16,0	100	1143	<0,0001
Liikk. est. naiset	26,1	22,2	51,7	100	27	
Ei liikk.est. naiset	56,2	28,7	15,1	100	1116	
Miehet yhteensä	59,6	28,2	12,2	100	1021	<0,01
Liikk. est. miehet	41,4	33,4	25,2	100	24	
Ei liikk. est. miehet	60,0	28,1	11,9	100	994	
45-54-vuotiaat						
Naiset yhteensä	61,2	23,9	14,9	100	848	<0,001
Liikk. est. naiset	25,6	32,5	42,0	100	66	
Ei liikk. est. naiset	64,3	23,2	12,6	100	782	
Miehet yhteensä	61,3	25,2	13,5	100	790	<0,001
Liikk. est. miehet	29,8	40,3	29,9	100	74	
Ei liikk. est. miehet	64,5	23,6	11,8	100	716	
55-64-vuotiaat						
Naiset yhteensä	55,9	27,1	17,0	100	596	<0,001
Liikk. est. naiset	36,4	36,1	27,5	100	117	
Ei liikk. est. naiset	60,7	24,9	14,4	100	479	
Miehet yhteensä	61,9	45,0	16,2	100	508	<0,001
Liikk. est. miehet	43,7	21,5	34,9	100	89	
Ei liikk. est. miehet	65,8	22,0	12,2	100	419	
65-74-vuotiaat						
Naiset yhteensä	56,0	28,6	15,4	100	462	<0,001
Liikk. est. naiset	35,0	37,7	27,3	100	161	
Ei liikk. est. naiset	67,2	23,7	9,1	100	301	
Miehet yhteensä	59,1	28,0	13,1	100	338	<0,3
Liikk. est. miehet	50,2	31,8	18,0	100	88	
Ei liikk. est. miehet	62,2	26,5	11,3	100	250	
75-84-vuotiaat						
Naiset yhteensä	61,0	24,3	14,8	100	360	<0,001
Liikk. est. naiset	52,4	27,7	19,9	100	240	
Ei liikk. est. naiset	75,4	18,5	6,2	100	120	
Miehet yhteensä	55,9	33,8	10,3	100	170	<0,5
Liikk. est. miehet	47,6	39,1	13,3	100	91	
Ei liikk. est. miehet	65,7	26,6	6,7	100	79	
85+-vuotiaat						
Naiset yhteensä	68,1	16,2	15,7	100	126	<0,4
Liikk. est. naiset	66,8	16,4	16,7	100	112	
Ei liikk. est. naiset	77,8	15,1	7,0	100	14	
Miehet yhteensä	69,7	21,3	9,1	100	40	<0,95
Liikk. est. miehet	68,8	21,1	10,1	100	36	
Ei liikk. est. miehet	77,2	22,8	0	100	4	