

Sosiaalinen asema ja terveydentila

Vuoden 1986 elinolotutkimuksen osaraportti

Eero Lahelma



Sosiaalinen asema ja terveydentila

Vuoden 1986 elinolotutkimuksen osaraportti

Eero Lahelma

Huhtikuu 1991

Tiedustelut:
Hannele Sauli
puh. (90) 17 341

SVT *Suomen Virallinen Tilasto*
Finlands Officiella Statistik
Official Statistics of Finland

Helsinki 1991

HAKAPAINO OY

Kansikuva: Gorilla

Esipuhe

Tutkimusaihe sosiaalinen asema ja terveydentila kumpuaa osaltaan WHO:n terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelman¹ tasa-arvotavoitteesta. Tämä tavoite on ilmaistu myös Suomen vastaavassa kansallisessa ohjelmassa². Terveydentilan sosioekonomisia eroja selvitetään Suomessa muun muassa Helsingin yliopiston sosiologian laitoksella ja sosiaalipolitiikan laitoksella käynnissä olevassa hankkeessa "Tutkimuksia terveydentilan sosioekonomisista eroista Suomessa ja muissa Pohjoismaissa". Hanketta rahoittavat Suomen Akatemia sekä sosiaali- ja terveyshallitus.

Tutkimushankkeen ja Tilastokeskuksen yhteistyön tuloksena on syntynyt käsillä oleva raportti. Raportin perustyö tehtiin vuonna 1989 Eero Lahelman työskennellessä Tilastokeskuksessa. Näin raportti on sekä osa

edellä mainittua tutkimushanketta että osa Tilastokeskuksen vuoden 1986 elinolotutkimuksen (ELO86) raportointia. Kyseessä on kuvaileva peruskartoitus sosiaalisen aseman, ts. sosioekonomisen ryhmän, koulutuksen ja tulojen yhteydestä terveydentilaan, ts. sairastavuuteen, toimintakykyisyyteen, koettuun terveydentilaan ja oireiluun Suomen aikuisväestössä. Tutkimushankkeessa jatketaan ELO86 -aineiston sekä Norjan ja Ruotsin vastaavien tutkimusten analyysia.

Atk-analyyseista vastasi Jukka Savolainen Tilastokeskuksessa. Anja Ahola, Antti Karisto, Kristiina Manderbacka, Ossi Rahkonen, Hannele Sauli ja allekirjoittanut ovat lukeneet raportin käsikirjoituksen ja kommentoineet sitä. Raportin on kirjoittanut dosentti Eero Lahelma Helsingin yliopiston sosiologian laitokselta.

Hilkka Vihavainen

-
- 1 WHO. Targets for Health for All. Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All. Copenhagen 1985.
 - 2 Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki 1986.

Sisällys

| | Sivu |
|---|------|
| Esipuhe | 3 |
| Taulukot | 7 |
| 1. Johdanto | 11 |
| Raportin lähtökohdat ja tarkoitus | 11 |
| Tutkimusalueen taustaa | 11 |
| Analyysin tavoitteet | 13 |
| 2. Tutkimuksen aineisto ja menetelmä | 15 |
| Vuoden 1986 Elinolotutkimus | 15 |
| Terveystila | 15 |
| Sairaudet | 16 |
| Toimintakyvyn rajoitukset | 17 |
| Koettu terveystila | 17 |
| Oireet | 17 |
| Sukupuoli ja ikä terveystutkimuksessa | 17 |
| Sosiaalinen asema | 18 |
| Muut tarkasteltavat tekijät | 19 |
| Raportin esitystapa | 19 |
| 3. Sairaudet | 21 |
| Siviilisäätö | 21 |
| Alue | 22 |
| Asuinpaikka | 23 |
| Sosioekonominen asema | 23 |
| Koulutus | 24 |
| Tulot | 25 |
| 4. Toimintakyvyn rajoitukset | 27 |
| Siviilisäätö | 27 |
| Alue | 27 |
| Asuinpaikka | 28 |
| Sosioekonominen asema | 28 |
| Koulutus | 29 |
| Tulot | 30 |

| | |
|---|----|
| 5. Koettu terveydentila | 31 |
| Siviilisäätö | 31 |
| Alue | 31 |
| Asuinpaikka | 32 |
| Sosioekonominen asema | 32 |
| Koulutus | 33 |
| Tulot | 33 |
| 6. Oireet | 35 |
| Siviilisäätö | 35 |
| Alue | 35 |
| Asuinpaikka | 36 |
| Sosioekonominen asema | 36 |
| Koulutus | 37 |
| Tulot | 37 |
| 7. Tulosten tarkastelua | 39 |
| Yleiskuva tuloksista | 39 |
| Sosiaalisen aseman mittaamisen ongelmia | 40 |
| Lopuksi | 41 |
| Liitetaulukot | 43 |
| Kirjallisuus | 55 |

Taulukot

Tekstitaulukot

Sivu

Sairaudet

- 3.1 Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 21
- 3.2 Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) alueen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 22
- 3.3 Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) asuinpaikan tyypin mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 23
- 3.4 Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 23
- 3.5 Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 24
- 3.6 Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 25

Toimintakyvyn rajoitukset

- 4.1 Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 27
- 4.2 Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) alueen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 27
- 4.3 Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) asuinpaikan tyypin mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 28
- 4.4 Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 28
- 4.5 Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 29
- 4.6 Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). 30

Koettu terveydentila

| | | |
|-----|---|----|
| 5.1 | Huono tai erittäin huono koettu terveydentila siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). | 31 |
| 5.2 | Huono tai erittäin huono koettu terveydentila alueen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). | 31 |
| 5.3 | Huono tai erittäin huono koettu terveydentila asuinpaikan tyypin mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). | 32 |
| 5.4 | Huono tai erittäin huono koettu terveydentila sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). | 32 |
| 5.5 | Huono tai erittäin huono koettu terveydentila koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). | 33 |
| 5.6 | Huono tai erittäin huono koettu terveydentila tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100). | 33 |

Oireet

| | | |
|-----|---|----|
| 6.1 | Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla. | 35 |
| 6.2 | Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet alueen mukaan miehillä ja naisilla. | 35 |
| 6.3 | Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet asuinpaikan tyypin mukaan miehillä ja naisilla. | 36 |
| 6.4 | Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla. | 36 |
| 6.5 | Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla. | 37 |
| 6.6 | Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla. | 37 |

| | Sivu |
|--|------|
| 1. Haittaava pitkäaikaissairaus iän, siviilisäädyn, kotitaloustyyppin, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien ja tulojen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 44 |
| 2. Pitkäaikaissairaus iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 45 |
| 3. Vähintään kolme pitkäaikaissairautta iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauksia ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 46 |
| 4. Sydän- ja verenkiertoelinten sairaus iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 47 |
| 5. Tuki- ja liikuntaelinten sairaus iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 48 |
| 6. Vakava liikuntaeste iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset liikuntaesteen ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. ... | 49 |
| 7. Päivittäistoimintojen vaikeudet iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset vaikeuksia ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 50 |
| 8. Koettu terveydentila iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset huonon tai erittäin huonon terveydentilan ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 51 |
| 9. Psykosomaattiset oireet iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset oireiden keskipisteet (0–8) ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 52 |
| 10. Psyykkiset oireet iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Oireiden keskipisteet (0–9) sukupuolittain ikävakioituina ja -vakioimattomina. | 53 |

1. Johdanto

Raportin lähtökohdat ja tarkoitus

Tässä raportissa esitellään Tilastokeskuksen kokoaman vuoden 1986 Elinolotutkimuksen (ELO86) terveydentilaa koskevia tietoja sosiaalisen aseman sekä eräiden muiden taustatekijöiden näkökulmasta. Sosiaalinen asema tässä viittaa yhteiskunnan hierarkiseen luokka- tai kerrostumajakoon, jota tutkimuksissa on lähestytty usein eri indikaattorein. Raportissa sosiaalista asemaa tarkastellaan sosioekonomisten ryhmien, koulutuksen ja tulojen avulla. Myös terveydentila on moniulotteinen käsite ja sen eri puolien valottamiseen ELO86 antaa hyvät mahdollisuudet. Terveydentilan tarkastelu koskee sairauksien lisäksi toimintakykyä, koettua terveyttä ja oireita. Koska miesten ja naisten terveydentila sekä sijoittuminen sosi-

aaliseen rakenteeseen poikkeavat toisistaan, on paikallaan suorittaa analyysi sukupuolen mukaan (Macintyre 1986, Rahkonen 1988, Arber 1991a, 1991b).

Vuoden 1986 elinolotutkimuksesta on julkaistu taulukkoaineistoa sekä muita raportteja, joissa myös terveydentila on ollut esillä (Sauli, Ahola, Lahelma ja Savolainen 1989, Ahola, Melkas ja Sauli 1990, Keskinen 1989, Savolainen 1991). Käsillä oleva raportti liittyy jo julkaistujen sarjaan täydentäen niitä sosiaalisen aseman ja terveydentilan eri ulottuvuuksien tarkastelulla. Liitetaulukot 1–10 toimivat myös ELO86:n terveydentilaa koskevien perustietojen lähteenä.

Tutkimusalueen taustaa

Terveydentilaan liittyvä sosiaalinen eriarvoisuus, jota terveyden sosioekonomiset erot ilmentävät, on laaja tutkimusalue. Aihepiiristä on käynnistetty 1980-luvulla runsaasti tutkimuksia useissa Euroopan maissa. Tähän mielenkiinnon viriämiseen on monia syitä. Ensiksikin Länsi-Euroopan hyvinvointivaltioiden tielle kasautui haasteita, joiden arveltiin toimivan virallista hyvinvointioptimismia vastaan ja johtavan pahimmillaan yhteiskuntakehityksen kriisiytymiseen (Kariisto, Takala 1985, Kosonen 1988). Näkyvin ongelma on ollut monessa maassa laaja työttömyys. Palkkatyön puutetta on jäsennetty myös terveysongelmana ja tutkimuksissa on todettu työttömyyden liittyvän sekä huonoon mielenterveyteen (Warr 1987, Starrin, Svensson, Wintersberger 1989, Lahelma 1989) että ennenaikaiseen kuolleisuuteen (Moser, Jones, Fox, Goldblatt 1986, Martikainen 1990). Toinen terveydentilan sosiaalisten erojen tutkimukseen vaikuttanut seikka on Englannissa käyty laaja keskustelu

kuolleisuuden ja sairastavuuden luokkaeroista sen jälkeen kun aihetta selvittänyt komiteamietintö 'The Black Report' (Townsend, Davidson 1982) ilmestyi. Mietinnön käynnistämää selvitystyötä jatkettiin vielä 1980-luvun puolivälissä (Whitehead 1987); tutkimukset ja niitä koskeva keskustelu on edelleen käynnissä. Kolmanneksi WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelman yhteydessä on tuotu esille terveydentilan sosiaalisia eroja. Euroopan tavoitteista ensimmäinen koskee juuri eriarvoisuuden vähentämistä maiden välillä ja maiden sisällä (WHO 1986, 5). Suomen vastaavassa ohjelmassa todetaan, että terveydentilan sosioekonomiset erot ovat suuret ja että niistä tarvitaan lisää tietoja (STM 1986, 48, 142).

Suomessa on useissa tutkimuksissa selvitetty sosiaalisen aseman ja terveydentilan yhteyksiä. Meteli-tutkimuksen kohteena oli tuotantoaseman ja terveydentilan suhde pitkittäisasetelmassa (esim. Aro 1981, Hasan 1988).

Naisten terveydentilaa ja sosiaalista asemaa (Aukee, Rauhala, Rimpelä 1985) sekä miesten ja naisten terveydentilan eriarvoisuutta (Haavio-Mannila 1986) on selvitetty tutkimuksin. Kuolleisuuden sosioekonomisista eroista ja niiden muutoksesta Suomessa 1970-luvulta alkaen on käytettävissä runsaasti tutkimustuloksia (esim. Sauli 1979, Marin 1986, Valkonen, Martelin, Rimpelä 1990). Kansaneläkelaitoksen terveyshaastattelututkimusten 1964–87 aineistoihin perustuen on analysoitu sairastavuuden väestöryhmittäisiä muutoksia ja sairastavuuden sosiaalisten erojen kehitystä (Kalimo ym. 1989, Karisto 1989). Sydänsairauksien vaaratekijöistä sosiaalisen aseman mukaan on myös käytettävissä pitkittäistutkimusten antamaa tietoa (Pekkanen, Uutela, Kartovaara ym. 1990, Uutela, Pekkanen, Kartovaara ym. 1990).

Terveydentilan sosioekonomisten erojen tutkimus on ollut vilkasta monessa Euroopan maassa ja käynnissä on jatkuvasti laaja-alaisia selvityksiä. Muun muassa Englannissa (ks. Brown, Harris 1979, Wilkinson 1986a, Koskinen 1985, Fox 1989, Arber 1989, 1991a, 1991b, Blaxter 1990, Goldblatt 1990), Ranskassa (Aiach 1987), Hollannissa (Gunning-Schepers, Spruit, Krijnen 1989), Ruotsissa (Lundberg 1990a, 1990b) ja Norjassa (Dahl 1988) on tehty ja tehdään tutkimuksia terveydentilaan liittyvästä sosiaalisesta eriarvoisuudesta.

Usean maan välistä yhteistyötä on harjoitettu. European Science Foundationin toimesta on selvitetty kuolleisuuden ja sairastavuuden sosioekonomisia eroja (ks. Fox 1989). WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaan liittyen on koottu tietoja tutkimusalueesta kahdessakymmenessä Euroopan maassa (Illsley, Svensson 1986). Myös vertailuasetelmaan perustuvia tutkimuksia on tehty. Kariston (1984) tutkimuksessa verrattiin terveydentilan sosiaalisia eroja neljässä Pohjoismaassa 1970-luvulla. Pohjoismaiden väestön kuolleisuudesta on käytettävissä yhteinen aineisto, jota on analysoitu sosiaalisen aseman mukaan (Andersen 1988). Valkonen (1987, 1988) on analysoinut miesten kuolleisuuden sosioekonomista kehitystä 1980-luvulla

kuudessa Euroopan maassa. Terveydentilaa vertailevia tutkimuksia on suoritettu Ranskassa ja Englannissa (Aiach, Carr-Hill, Curtis, Illsley 1987) sekä Ruotsissa ja Englannissa (Lundberg 1986, Vågerö, Lundberg 1989).

Tässä ei ole mahdollista tehdä yhteenvetoa sosiaaliseen asemaan ja terveydentilaan kohdistetuista tutkimuksista. Maat poikkeavat toisistaan, tutkimukset on suoritettu eri tavoin, niissä on tutkittu terveydentilan eri ulottuvuuksia erilaisin sosiaalista asemaa koskevin tiedoin ja käsittein. Kuitenkin voidaan todeta, että kaikissa maissa joista tutkimustuloksia on käytettävissä havaitaan sosiaalisen aseman mukaisia terveyseroja: ylemissä yhteiskunnallisissa asemassa olevat elävät pitempään ja heidän terveytensä on parempi kuin alemmissä asemassa olevien (Illsley, Svensson 1986, Davey Smith, Bartley, Blane 1990). Terveydentilan taso eri maissa vaihtelee kuitenkin paljon; samoin vaihtelee maiden sisällä vallitsevien sosioekonomisten erojen suuruus.

Miten erot ovat kehittyneet ja kehittyvät on monimutkainen kysymys eikä eri maita koskevia yleistyksiä voida tehdä. Englannissa sosiaaliluokkien kuolleisuuden erot ovat 1970–80-luvuilla kasvaneet (Goldblatt 1990). Myös Suomessa miesten sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot vuosina 1970–85 ovat jonkin verran kasvaneet, mutta säilyneet ennallaan naisilla. Kuolleisuuden kannalta erityisen huonosainen ryhmä meillä on ammattitaidottomat miestyöntekijät (Valkonen 1987). Sairastavuuden sosioekonomiset erot Suomessa ovat kaventuneet (Karisto 1989), mutta meidän maamme erityispiirre on edelleen maanviljelijäväestön huono terveydentila (Lahelma 1991).

Havaittujen sosiaalisen aseman mukaisten terveyserojen tulkinta on erityisen pulmallista. Varsinkin poikkileikkaustutkimusten perusteella on vaikea päätellä mitä terveyserojen takana on, mistä erot johtuvat. Vaikuttavatko sosiaaliluokassa yleiset elinolot tai elintavat terveydentilaan? Vai onko niin päin, että (huono) terveydentila vaikuttaakin siihen mihin sosiaaliluokkaan joutuu? Kun

tuloksia sosiaalisen aseman mukaisista terveyseroista tulkitaan, on tärkeää että pohditaan sekä sosiaaliluokissa esiintyvien olosuhteiden merkitystä että terveydentilan vaikutusta sosiaaliseen liikkuvuuteen (Fox, Goldblatt, Jones 1985, Illsley 1986, West 1991). Käynnissä olevan keskustelun nykyvaiheessa useat tutkijat ovat päätyneet korostamaan sosiaaliluokkien (aineellisten)

olosuhteiden kausaalista merkitystä (esim. Wilkinson 1989b, Davey Smith, Bartley, Blane, Townsend 1990, Lundberg 1990a, Hasan 1989). Sairauksien vaikutusta sosiaaliseen liikkuvuuteen ei kuitenkaan voida jättää kokonaan huomiotta. Esimerkiksi Suomessa huomattava osuus ikääntyvistä työntekijöistä siirtyy ennenaikaiselle eläkkeelle terveysperustein (Gould 1989).

Analyysin tavoitteet

Tämä raportti on kuvaileva ja keskittyy yleispiirteiden kartoittamiseen. Yksityiskohtaisia tutkimuskysymyksiä ei analysoida. Päättämiseksi on tarkastella terveydentilaa sosiaalisen aseman näkökulmasta. Sekä sosiaalista asemaa että terveydentilaa analysoidaan useilla eri indikaattoreilla. Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että myös ELO86-aineistossa terveydentilan eri indikaattorit vaihtelevat sosiaalisen aseman osoittimien mukaan siten, että ylemmässä asemassa olevien terveys on keskimääräistä parempi ja alemmissa keskimääräistä huonompi. Analyysissa kiinnitetään huomiota siihen, missä määrin tämä yleinen kaava pitää paikkansa ELO86

-aineistossa, joka kuvaa koko suomalaista aikuisväestöä. Aineiston analyysissa miehiä ja naisia tarkastellaan erikseen. Samalla voidaan etsiä ryhmiä joiden terveydentila on erityisen huono. Analyysi etenee terveysindikaattorista toiseen siten, että kussakin tapauksessa mukana ovat samat taustatekijät. Sosiaalisen aseman ja terveydentilan eri osoittimien rinnakkainen tarkastelu antaa mahdollisuuden vertailla indikaattoreita toisiinsa ja tarkkailla missä määrin ne käyttäytyvät samalla tavoin ja mahdollisesti ilmentävät samanlaisia asioita. Lopulta monia tekijöitä huomioon otettava kuvaileva analyysi tuottaa kysymyksiä jatkotutkimukselle.

2. Tutkimuksen aineisto ja menetelmä

Vuoden 1986 Elinolotutkimus

ELO86:ssa kartoitettiin yksilöiden ja kotitalouksien aineellisia, sosiaalisia jne. olosuhteita. Tutkimuksessa hyvinvointia tarkastellaan osa-alueittain (vrt. Allardt 1976, 50, Vogel 1990, 21). ELO86:ssa tällaisia osa-alueita ovat toimeentulo, asuminen, koulutus, työelämä, koti, perhe ja omaiset, ihmisuhteet, osallistuminen ja vapaa-aika sekä terveydentila (ks. Sauli, Ahola, Lahelma ja Savolainen 1989). Vuonna 1978 Tilastokeskus teki Elinolosuhdetiedustelun (1979), jossa selvitettiin vastaavia asioita kuin ELO86:ssa. Terveystilaa koskevien tietojen vertailumahdollisuudet näiden kahden tutkimuksen välillä ovat kuitenkin hyvin rajoitetut (ks. Ahola, Sauli, Melkas 1990).

ELO86-aineisto edustaa 15 vuotta täyttänyttä laitosten ulkopuolista väestöä. Tutkimuksen otos poimittiin heinäkuussa 1986. Pääosa tiedoista koottiin käyntihaastatteluin, jotka suoritettiin vuoden 1986 elokuun ja vuoden 1987 maaliskuun välisenä aikana. Haastateltujen henkilöiden määräksi tuli yhteensä 12 057. Vastausprosentti oli 87. Aineistonkeruuta ja katoa on selvitetty erilli-

sessä raportissa (Ahola, Sauli, Väisänen 1988).

ELO86:n haastattelutietoja on täydennetty useista viranomaisrekistereistä kootuin tiedoin. Kaikki terveydentilaa koskevat tiedot on saatu haastattelussa, ts. ne ovat henkilön itsensä tutkimustilanteessa ilmoittamia. Tässä raportissa käytettävistä sosiaalista asemaa kuvaavista taustatiedoista on rekistereistä saatu tulotiedot.

ELO86-aineistoa muodostettaessa käytettiin lääneittäin ositettua otantaa. Lisäksi pääkaupunkiseutu erotettiin muusta Uudestamaasta. Tämän vuoksi analyyseissa on tarpeen käyttää painokertoimia. Kerrointen käytöstä aiheutuu pyöristysvirheitä, kun tapausmääriä lasketaan yhteen.

ELO86:ssa käytetystä haastattelulomakkeesta ilmenevät kysymysten tarkat muotoilut. Lomake on julkaistu 1986 Elinolotutkimuksen peruseräraportin liitteenä (Sauli, Ahola, Lahelma, Savolainen 1989).

Terveydentila

Sairaudet, toimintakyky, subjektiivinen terveys ja oireet ovat moniulotteisen terveydentila-käsitteen osa-alueita. Sairaudet mielletään yleensä epäjatkuviksi, sairaus joko on tai ei ole. Sen sijaan toimintakyvyn ja oireiden kohdalla on luontevaa asettaa kysymys, missä määrin vaivoja esiintyy (ks. Twaddle 1974, Rotschuh 1975, Jensen 1985). Tutkimuksissa terveydentilan kokonaisuutta ei tavoiteta vain yhdellä indikaattorilla.

ELO86:ssa kysymys on itse ilmaistusta terveydentilasta erotukseksi lääkärintutkimuksessa todettuihin sairauksiin. Sosiologisissa tutkimuksissa on tavallista käyttää itse ilmaistuja terveystietoja. Puhetta sairauksista käydään paljon lääketieteen ja terveystalvelujen asettamissa rajoissa. Sairauksien ilmaisemiseen vaikuttavat kuitenkin myös muut seikat, erimerkiksi terveysarvon kulttuurinen merkitys, joka vaihtelee ajassa ja eri väestöryhmissä. Kun on kysymys subjektiivisesti koetusta terveydentilasta tai psyykkisistä oireista, on yksilön oma ilmoitus paras tiedonlähde.

ELO86 sisältää tietoja useista terveydentilan eri ulottuvuuksista: itse ilmoitetuista sairauksista ja niiden haittaavuudesta, toimintakyvyn ja päivittäistoimintojen rajoituksista, koetusta terveydentilasta, psyko-somaattisista ja psyykkisistä oireista.

Sairaudet

Sairaudet ELO86:ssa tarkoittavat pitkäaikaista sairautta, vaivaa tai vammaa. Kysymys kuului: "Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus, vaiva tai vamma?" Vastausvaihtoehdot olivat "kyllä" ja "ei". Tämän jälkeen kysyttiin: "Mikä tämä sairaus tai vamma on?" Ilmoitetut sairaudet merkittiin lomakkeeseen ja luokiteltiin 15 pääryhmään. Sairauksien haittaavuutta tiedusteltiin kysymyksellä: "Rajoittaako sairautesi/vammasi työnteokoasi tai haittaako se jokapäiväisten tehtäviesi suorittamista (ansiotyötä, kotitöitä, koulunkäyntiä tai opiskelua)?" Vastausvaihtoehdot olivat "suuresti", "jossakin määrin" ja "ei lainkaan". Sairauksien mittaamista ja tähän liittyviä ongelmia on selvitetty yksityiskohtaisesti toisaalla (Sauli 1988).

Pelkkä pitkäaikaissairauden olemassaolo on melko väljä ja laaja kategoria. Mukaan tulee vakavia sairauksia, mutta myös ohimeneviä ja harmittomia tiloja sekä vastaajan sairaudeksi kokemien ongelmia, kuten ylipainoisuus. Pitkäaikaissairauksien laajinta kategoriaa koskevia tietoja ei esitellä tekstiosassa, vaan vain liitetaulukossa 2.

Vastaajia pyydettiin luettelemaan erikseen kaikki sairaudet, joita heillä on. Tällä tavoin saatiin tieto pitkäaikaissairauksien lukumäärästä. Liitetaulukossa 3 kuvataan niitä jotka ilmoittivat vähintään kolme pitkäaikaissairautta.

Minkä tahansa pitkäaikaissairauden ilmoittamisesta johtuva sairauskategorian väljyys ja moniaineisuus on ongelma, jota voidaan lieventää rajaamalla kohdetta. Usein käytetty tapa on kohdistaa huomio haittaaviin pitkäaikaissairauksiin. Pitkäaikaissairaus, vaiva tai vamma, joka vastaajan ilmoituksen mu-

kaan haittaa jonkin verran tai paljon joka-päiväisiä toimintoja, ansiotyötä, kotitöitä tai opiskelua, on ELO86:ssa tärkeä sairausindikaattori (=haittaava pitkäaikaissairaus). Haittaavuuden vaatimus rajaa sairauksien piiriä niihin tiloihin, joilla on seuraamuksia yksilön arkielämälle. Tämä korostaa yksilöiden ulkopuolisten olosuhteiden vaihtelun merkitystä: samasta vaivasta on erilaisia haittoja erilaisissa työ- ja muissa elinolosuhteissa. Esimerkiksi liikkumista rajoittava jalkavamma haittaa postinkantajan työtä, muttei samalla tavoin puhelinvaihteen hoitajaa. Haittaavaa pitkäaikaissairautta koskevien tietojen tulkinnassa on otettava huomioon tämän indikaattorin 'funktionaalisuus' (Blaxter 1989), se että kysymyksessä on yksilön terveydentilan ja hänen olosuhteittensa suhde. Haittaavaa pitkäaikaissairastavuutta kuvataan taulukoissa 3.1.–3.6 tekstissä sekä liitetaulukossa 1.

Haittaava pitkäaikaissairaus on useissa tutkimuksissa käytetty indikaattori, siitä on saatu paljon kokemuksia ja sen mittaustapa on vakiintunut. ELO86:ssa käytetty mittaustapa on käytännössä sama kuin esimerkiksi Norjan ja Ruotsin elinolotutkimuksissa (Vogel 1990) sekä brittiläisessä General Household Surveyssä (1987).

Pitkäaikaissairauden, vaivan tai vamman ilmoittaneita pyydettiin tarkentamaan sairauttaan: kuvailemaan sitä, kertomaan mitä lääkäri sanoi sen olevan ja kuvaamaan missä päin kehoa vaivoja on. Tällä tavoin kuvatut sairaudet ryhmiteltiin viiteentoista sairauspääryhmään. Nämä ryhmät muodostettiin Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen käyttämän sairausluokituksen mukaan (Klaukka 1982, 72) ja ne perustuvat Tautiluokitukseen (1969). Tässä raportissa esitetään tietoja kahdesta yleisimmästä sairausryhmästä, sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksista (taulukot 3.1–3.6, liitetaulukot 4 ja 5). Sairausryhmäkohtaisia tietoja ei ole rajattu haittaavuuden perusteella, vaan mukana ovat kaikki haastattelussa ilmoitetut sairaudet.

Toimintakyvyn rajoitukset

Toimintakyvyn rajoituksilla tarkoitetaan liikuntakyvyn rajoituksia ja vaikeuksia selviytyä erilaisista päivittäisistä toiminnoista.

Vakavasta liikuntaesteestä on kysymys, jos vastaajalla on vaikeuksia suoriutua yhdestä tai useammasta seuraavista: kulkeminen portaissa, viiden minuutin ripeä kävely, viiden kilon kantaminen.

Päivittäistoimintojen rajoituksista on kysymys, jollei vastaaja ilman muiden apua kuntonsa puolesta selviydy yhdestä tai useammasta seuraavista: elintarvikeostokset, ruuanlaitto, pyykki ja siivous, pukeutuminen ja riisuuntuminen, peseytyminen. Vakavaa liikuntaestettä ja päivittäistoimintojen rajoituksia kuvataan taulukoissa 4.1–4.6 sekä liitetaulukoissa 6 ja 7).

Koettu terveydentila

Koettu terveys tarkoittaa vastaushetken subjektiivista terveydentilaa, jota tiedustellaan yhdellä yleisellä kysymyksellä. Vastaukset kysymykseen ilmentävät terveydentilan lisäksi laajemminkin yksilön hyvinvointia (Nathanson 1980, 464). Jonkin verran vaihtelevin muotoiluin tämä kysymys on erittäin yleinen terveystutkimuksissa. Koetun terveydentilan vastausvaihtoehdot vaihtelevat erittäin hyvästä erittäin huonoon. Huomio kiinnitetään ulottuvuuden negatiiviseen, huonoa terveydentilaa ilmaisevaan päähän. Taulukoissa 5.1–5.6 sekä liitetaulukossa 8 esitetään tietoja niistä, jotka pitävät terveydentilaansa huonona tai erittäin huonona.

Psykosomaattiset ja psyykkiset oireet

Psykosomaattisiksi oireiksi kutsuttuja vaivoja mitattiin 8-osioisella kysymyssarjalla. Kysymyssarja on sama, jota käytettiin Kansaneläkelaitoksen työterveyshuoltotutkimuksessa (Kalimo, Karisto, Klaukka ym. 1989). Kysymyssarjaan sisältyvät oireet ovat päänsärky, vatsavaivat, jäsenten puutuminen tai voimattomuus, sydämen tykytys tai epäsäännöllinen lyönti, pahoinvointi tai oksentelu, huimaus, käsien vapina, runsas hikoilu ilman ruumiillista ponnistelua. Nämä oireet ovat lähinnä ruumiillisia tuntemuksia. Vastausvaihtoehtojen jonkin verran tai paljon tulkittiin ilmaisevan oireen esiintymistä. Psykosomaattisia oireita kuvataan taulukoissa 6.1–6.6 ja liitetaulukossa 9.

Psyykkisiä oireita mitattiin 9-osioisella kysymyssarjalla. Myös tätä kysymyssarjaa on käytetty Kansaneläkelaitoksen työterveyshuoltotutkimuksessa (Kalimo, Karisto, Klaukka ym. 1989). Tiedustellut oireet olivat seuraavat: ylläsurinaisuus, muistin tai keskittymiskyvyn heikkeneminen, voimattomuus tai väsymys, unettomuus, hermostuneisuus tai jännittyneisyys, ärtyneisyys, alakuloisuus tai masentuneisuus, aloitekyvyttömyys tai päättämättömyys, tunne siitä että kaikki käy yli voimien. Psyykkiset oireet kuvaavat pääasiassa henkisiä ja tunnetason tiloja. Kysytyjä psyykkisiä oireita oli yksi enemmän kuin psykosomaattisia vaivoja; molemmissa käytettiin samoja vastausvaihtoehtoja ja laskentamenettelyä. Psyykkisiä oireita kuvataan taulukoissa 6.1–6.6 ja liitetaulukossa 10.

Sukupuoli ja ikä terveystutkimuksessa

Miesten ja naisten terveydentila poikkeaa toisistaan. Yleensä naiset ilmaisevat enemmän erilaisia vaivoja kuin miehet. Naisten ja miesten elinolot, sosiaalinen asema poikkeavat myös toisistaan. On tärkeätä että terveystiedot esitetään molemmille sukupuolille erikseen. Tässä raportissa kaikki tiedot esitetään miehille ja naisille erikseen.

Sukupuolen ohella ikä on erityisen tärkeä tekijä terveydentilan kannalta. Sairastavuus riippuu voimakkaasti iästä: mitä korkeampi ikä, sitä suurempi sairastavuus. Jollei ikää oteta huomioon tehdään helposti harhaisia johtopäätöksiä. Esimerkiksi vähän koulutusta saaneet ovat iäkkäämpiä kuin enemmän koulutusta saaneet, koska koulutustaso on

parantunut sukupolvittain. Näin ollen korkea ikä selittää osaltaan vähän koulutettujen suurta sairastavuutta. Ratkaisuna näille ongelmille on ikäryhmittäinen tarkastelu, jos kiinnostus koskee eroja eri osaryhmissä. Toinen vaihtoehto on turvautua ikävakiointiin. Tässä raportissa menetellään jälkimmäisellä tavalla; ikäryhmien eroja ei erikseen tarkastella.

Raportin kaikki terveydentilaa koskevat tiedot esitetään ikävakiointuna. Liitetaulukoiden 1–10 tiedot esitetään sekä vakioimattomin että ikävakioiduin luvuin. Tekstitaulukoiden 3.1–6.6 tiedot ovat ikävakioituja. Vakiointimenettelynä käytettiin epäsuoraa 5-vuotiskävakiointia erikseen miehille ja naisille. Miesten vakioväestönä käytettiin kaikkia miehiä ja naisten vastaavasti kaikkia naisia.

Sosiaalinen asema

ELO86 sisältää useita sosiaalisen aseman indikaattoreita. Tähän raporttiin mukaan on otettu sosioekonominen asema, koulutus ja tulot. Näin voidaan tarkastella missä määrin eri terveydentilan indikaattorit vaihtelevat samalla tai eri tavalla kun sosiaalista asemaa mitataan eri tavoin.

Sosioekonominen asema tai sosiaaliluokka on tärkein sosiaalisen aseman indikaattoreista. Sen avulla kuvataan yksilön asemaa yhteiskunnan luokka/kerrostumarakenteessa. Tässä käytettävä luokitus noudattaa ns. pohjoismaista standardia (NORD-SEI 1990, Vogel 1990), joka muodostamisessa on sovellettu Goldthorpen (1980) luokka-analyysin periaatteita. Luokittelu perustuu pääasialliseen toimintaan, ammattiin ja ammattien keskimääräisiin kvalifikaatiovaatimuksiin. Ensiksi väestö jaetaan ammatissa toimiviin ja ei-ammattissa toimiviin pääasiallisen toiminnan avulla. Toiseksi ammatissa toimivat jaetaan palkkatyössä oleviin ja yrittäjiin. Ei-ammattissa toimivat jaetaan opiskelijoihin, eläkeläisiin ja muihin (pitkäaikaistyöttömät, kotirouvat, asevelvolliset ym.). Kolmanneksi palkkatyöntekijät jaetaan toimihenkilöihin ja työntekijöihin; yrittäjät maatalousyrittäjiin ja muihin yrittäjiin. Neljänneksi toimihenkilöiden ja työntekijöiden ryhmissä suoritetaan jako alempiin ja ylempiin osaryhmiin ammattien keskimääräisesti edellyttämän koulutustason mukaan – ei siis yksilön oman koulutuksen mukaan.

Koulutustaso – yksilön oma – on toinen tärkeä sosiaalisen aseman osoitin. Sen voi ammattia helpommin mieltää järjestysasteikollisena sosiaalisen aseman mittarina. Yksilön koulutus ei yleensä ammattiin siir-

tymisen jälkeen enää muutu. Ammatillinen liikkuvuus, jossa huono terveyskin voi olla osallisena, saattaa joskus vaikeuttaa sosioekonomisen aseman tulkintaa muttei koske samalla tavoin koulutusta. Tämän raportin koulutusta koskevat tiedot on saatu haastattelussa. Kysymyksessä tiedusteltiin kokopäivätoimisten koulu- ja opiskeluvuosi- en määrää. Koulutusvuodet on ryhmitelty neljään luokkaan: 1) 0–4 vuotta, ts. vähemmän kuin nykyinen yleinen oppivelvollisuus, 2) 5–9, ts. korkeintaan oppivelvollisuuden edellyttämä koulutus, 3) 10–12 vuotta, ts. lukio tai keskiasteen koulutus ja 4) 13 vuotta tai enemmän, ts. yleensä korkean asteen koulutus. Koulutusvuosien ja suoritettun tutkinnon välillä esiintyy jonkin verran epäjohdonmukaisia vastauksia. Jotkut henkilöt ovat kaikkien kouluvuosi- sijasta ilmoittaneet vain ylioppilastutkinnon jälkeiset koulutusvuodet. Virhe on kuitenkin tämän tutkimuksen kannalta vähäinen. Jos sillä on vaikutusta tuloksiin, se voi hieman pienentää koulutusryhmittäisiä sairastavuuseroja.

Tulot muodostavat kolmannen tärkeän sosiaalisen aseman osoittimen. Tulojen perusteella yksilöt tai ryhmät voidaan helposti asettaa järjestykseen. Tarkasteltaessa terveydentilaa tulojen mukaan, on kuitenkin otettava huomioon, että huono terveys heikentää tulojen hankintamahdollisuuksia. Kaikkein sairaimmat eivät toimi ammatissa ja heidän toimeentulonsa riippuu yleensä sosiaaliturvasta. Tuloilla voidaan tarkoittaa yksilön omia tai hänen kotitaloutensa tuloja. Tässä kysymys on yksilön omista tuloista. Nämä tiedot eivät aina kuvaa parhaalla mahdollisella tavalla yksilön tosiasiallista taloudellista tilaa. Esimerkiksi naimisissa ole-

vat naiset ansaitsevat tavallisesti puolisoaan vähemmän, kotirouvat ovat vielä enemmän puolisonsa tuloista riippuvaisia, opiskelijoiden kotitausta vaikuttaa heidän talouteensa. Tuloja koskevat tiedot on saatu eri viranomaisten rekistereistä ja liitetty ELO86-aineistoon. Käytettävissä olevat rahatulot muodostuvat yksilölle itselleen kohdistuneista palkoista, yrittäjätuloista, omaisuustuloista ja tulonsiirroista. Raportissa käytetään kahta

tuloihin perustuvaa indikaattoria, markkamääräisiä käytettävissä olevia tuloja ja suhteellisia tuloja. Suhteelliset tulot tarkoittavat kuulumista johonkin tuloviidennekseen. Suhteellisia tuloja käytettäessä tulojen merkitystä voidaan tarkastella yhtä suurissa ryhmissä. Terveydentilan jakautumista markkamääräisten tulojen mukaan kuvataan vain liitetaulukoiissa; tekstitaulukoiissa käytetään suhteellisia tuloja.

Muut tarkasteltavat tekijät

Lisäksi raportissa tarkastellaan terveydentilan eri indikaattoreita keskeisten taustamuuttujien, siviilisäädyn, asuinalueen ja asuinpaikan tyyppin mukaan. **Asuinalueella** tarkoitetaan viittä suuraluetta: 1) Pääkaupunkiseutu, joka sisältää Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten kaupungit, 2) Etelä-Suomi, joka sisältää muun Uudenmaan, Ahvenanmaan, Turun- ja Porin sekä Kymen läänit, 3) Län-

si-Suomi, joka sisältää Hämeen, Keski-Suomen ja Vaasan läänit, 4) Itä-Suomi, joka sisältää Kuopion, Mikkelin ja Pohjois-Karjalan läänit, 5) Pohjois-Suomi, joka sisältää Oulun ja Lapin läänit. **Asuinpaikan tyyppi** tarkoittaa kaupungistuneisuutta, joka on jaettu neljään luokkaan: kaupungin keskusta, esikaupunki, kuntakeskus tai muu taajama, haja-asutusalue.

Raportin esitystapa

Raportti täydentää aikaisemmin julkaistuja ELO86-raportteja (Sauli, Ahola, Lahelma, Savolainen 1989:1, Ahola, Sauli, Melkas 1990) siten, että mukana on tietoja kaikista ELO86:n terveysindikaattoreista ja kaikki luvut esitetään sekä vakioimattomina että ikävakioituina. Taustamuuttujista painottuvat sosiaalisen aseman osoittimet.

Liitetaulukoiissa tiedot sairauksista, toimintakyvyn rajoituksista ja huonosta koetusta terveydentilasta esitetään sairauden tai muun vastaavan terveysongelman ilmoittaneiden ikävakioituina ja vakioimattomina prosenttiosuuksina, ns. prevalensseina. Vertaamalla ikävakioituja prosenttilukuja yhteensä -rivin lukuihin, saadaan selville ylittääkö vai alitaako ko. luku keskiarvon.

Liitetaulukoiden ikävakioitujen prevalenssi-prosenttien perusteella on laskettu tekstitaulukoiden suhteelliset ikävakioidut luvut muille terveysindikaattoreille paitsi psykosomaattisille ja psyykkisille oireille. Kaikkien miesten ja kaikkien naisten sairastavuutta tai muun terveysongelman esiinty-

mistä, ts. keskiarvoa on merkitty 100:lla ja kulloinkin kysessä olevan taustamuuttujan kategorioiden sairastavuus on suhteutettu tähän. Menettely vastaa kuolleisuuden yhteydessä käytettäviä suhteellisia ikävakioitujen kuolleisuuslukuja (SMR). Eriarvoisuutta tarkasteltaessa tällainen tarkastelutapa on havainnollinen. Vertaamalla kaikki -rivin keskiarvoon (=100) kulloinkin tarkasteltavaa suhteellista ikävakioitua lukua saadaan selville kuinka suuri poikkeama on keskiarvosta prosentteina. Sen sijaan ryhmien kokoa ei tarkastelutapa ota huomioon eli 'eriarvoisuuden kokonaismäärä' ei näistä luvuista käy suoraan ilmi. Analyyseissa mukana olevien ryhmien koot vaihtelevat varsin paljon. Erityisesti vinoihin jakaumiin on kiinnitettävä huomiota tuloksia tulkittaessa. Lisäksi suhteellisten lukujen käyttö on ongelmallista, silloin kun tarkasteltava ilmiö on harvinaisen. Prosenttiyksikönkin ero tuottaa suuria suhteellisia eroja. Suhteellisten lukujen tuloksia voi varmentaa tarkkailemalla liitetaulukoiden ikävakioitujen prevalenssi-prosentteja.

Psykosomaattisista ja psyykkisistä oireista on laskettu osioiden summapisteet yksilöille. Kustakin jonkin verran tai paljon ilmaistusta oireesta on annettu 1 piste ja ei-ilmaistusta 0 pistettä. Näistä yksilötiedoista on laskettu ryhmäkohtaisia oirepisteiden keskiarvoja. Psykosomaattisten ja psyykkisten oireiden tekstitaulukoissa käytetään ikävakioituja ryhmäkohtaisia oirepisteiden keskiarvoja. Anja Ahola (1990) on analysoinut yksityiskohtaisesti ELO86-aineiston oiretietoja käyttäen toisenlaista oireilun laskutapaa.

ELO86-aineiston terveydentilaa koskevia tulostietoja esitetään seuraavissa jaksoissa 3–6 ja jaksoihin sisältyvissä taulukoissa 3.1–6.6 sekä liitetaulukoissa 1–10. Tekstiosaa varten terveydentilan indikaattorit ryhmiteltiin neljään pääryhmään:

1) Sairaudet, jossa esitetään tietoja haittavista pitkäaikaissairauksista, sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksista.

2) Toimintakyky, jossa esitetään tietoja vakavasta liikuntaesteestä ja päivittäistoimintojen rajoittuneisuudesta.

3) Subjektiiivinen terveydentila, jota kuvataan yhdellä globaalilla indikaattorilla.

4) Oireet, jossa esitetään tietoja psykosomaattisista ja psyykkisistä oireista.

Haittaavaa pitkäaikaissairastavuutta, sydän- ja verenkiertoelinten sairauksia sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksia kutakin koskevat tiedot esitetään aluksi taustamuuttujien, siviilisäädyn, alueen ja asuinpaikan mukaan, sitten sosiaalisen aseman indikaattorien, sosioekonomisen aseman, koulutuksen ja tulojen mukaan. Sama menettely toistuu vakavaa liikuntaestettä, päivittäistoimintojen rajoittuneisuutta, koettua terveydentilaa, psykosomaattisia ja psyykkisiä oireita koskevia tietoja esitettäessä.

3. Sairaudet

Tässä jaksossa esitetään tietoja haittaavista pitkäsairauksista sekä sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksista. Jälkimmäisiä, sairausryhmäkohtaisia tietoja ei ole rajattu haittaavuuden perusteella.

Haittaavan pitkäaikaissairauden esiintymisen oli ELO86-aineistossa yleistä. Miehistä 28 prosenttia ja naisista 34 prosenttia ilmoitti tällaisen sairauden (liitetaulukko 1). Kansaneläkelaitoksen terveystieteiden tutkimuksessa vuodelta 1987 (Kalimo, Häkkinen, Klaukka ym. 1989, 30–31) todettiin vastaava pitkäaikaissairastavuuden sukupuoliero (39 vs. 43 prosenttia). Sairastavuuden taso oli kuitenkin korkeampi, mikä johtuneet tutkimusmenetelmien eroista.

Ruotsissa ja Norjassa on vuonna 1987 koottu ELO86-aineistoa vastaavat tutkimukset. Käytettävissä on tietoja vain kaikkien pitkäaikaissairauksien esiintymisestä, siis riippumatta siitä haittasivatko sairaudet asianomaista vaiko eivät. Tällä indikaattorilla sairastavuuden taso oli kymmenkunta prosenttiyksikköä korkeampi kuin silloin kun haittaavuus otettiin huomioon. Seuraava asetelma kuvaa kaikkien pitkäaikaissairauksien esiintymistä miehillä ja naisilla Norjan, Ruotsin ja Suomen elinolutkimusten mukaan (Vogel 1990, 195):

Siviilisäätty

Suhteelliset ikävakioidut haittaavan pitkäaikaissairastavuuden erot siviilisäädyn mukaan eivät olleet kovin suuret eikä niistä saada systemaattista kuvaa (taulukko 3.1). Naisista selvästi vähiten sairastava ryhmä oli avioliitossa olevat. Muiden siviilisäättyryhmien sairastavuus vastasi keskimäärää tai oli hieman sen yli. Miehistä keskimääräistä vähemmän haittaavia sairauksia oli avioliitossa olevilla ja leskien pienellä ryhmällä. Muiden miesten siviilisäättyryhmien sairastavuus vastasi keskimäärää tai oli hieman sitä korkeampi.

| | Miehet % | Naiset % |
|--------|----------|----------|
| Norja | 40 | 44 |
| Ruotsi | 38 | 43 |
| Suomi | 40 | 44 |

Vain Ruotsissa sairastavuus poikkesi aavistuksen verran Norjasta ja Suomesta. Sukupuoliero näyttäisi kaikissa maissa olevan samanlainen. Tosin eri maita on vertailtava toisiinsa varauksin silloinkin kun tutkimusmenetelmät ovat olleet lähes samanlaiset; maiden väestörakenteet ovat erilaiset ja erot vaikuttavat haastattelussa annettaviin vastauksiin.

Liitetaulukossa 2 esitetään tietoja kaikkien pitkäaikaissairauksien esiintymisestä ELO86-aineistossa riippumatta niiden haittaavuudesta. Liitetaulukossa 3 on tietoja niistä jotka ovat ilmoittaneet vähintään kolme pitkäaikaissairautta. Miehistä tällaisia henkilöitä oli 10 prosenttia ja naisista 16 prosenttia.

Sydän- tai verenkiertoelinten sairauden ilmoitti miehistä 19 prosenttia ja naisista 22 prosenttia (liitetaulukko 4). Tuki- ja liikuntaelinten sairauden ilmoitti miehistä 17 prosenttia ja naisista 21 prosenttia (liitetaulukko 5).

Taulukko 3.1

Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Siviilisäätty | (HAI) | | (SYD) | | (TULES) | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Naimaton | 111 | 106 | 95 | 86 | 88 | 100 |
| Avoliitossa | 100 | 74 | 116 | 100 | 112 | 90 |
| Avoliitossa | 96 | 100 | 95 | 100 | 100 | 95 |
| Eronneet | 100 | 106 | 95 | 100 | 118 | 114 |
| Lesket | 93 | 100 | 121 | 105 | 82 | 100 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Sairastavuus sydän- verenkiertoelinten sairauksiin vaihteli siviilisäädyn mukaan miehillä enemmän kuin naisilla. Miehillä avioliitossa olevien ja leskien sinänsä pienillä ryhmillä oli näitä sairauksia keskimääräistä enemmän (taulukko 3.1). Naisista naimattomilla näitä sairauksia oli keskimääräistä vähemmän, muuten erot siviilisäätyryhmien kesken olivat pienet.

Sairastavuus tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin vaihteli siviilisäädyn mukaan miehillä

jonkin verran enemmän kuin naisilla. Avioliitossa olevilla ja eronneilla miehillä näitä sairauksia oli jonkin verran keskimääräistä enemmän; vähiten sairauksia oli leskillä (taulukko 3.1). Naisista eronneilla tuki- ja liikuntaelinten sairauksia oli keskimääräistä enemmän, avioliitossa ja avioliitossa olevilla keskimääräistä vähemmän, mutta erot siviilisäätyryhmien kesken olivat tässäkin ta- pauksessa melko pienet.

Alue

Viiden suuralueen mukaan suhteellisesti alhaisin haittaava pitkäaikaissairastavuus sekä miehillä että naisilla oli pääkaupunkiseudulla (taulukko 3.2). Keskimääräistä korkeampi sairastavuus todettiin Itä- ja Pohjois-Suomessa, näin sekä miehillä että naisilla. Tällä yleisellä tasolla sairastavuus näyttää noudattavan tunnettua itä-länsi -jakoa.

Sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien esiintyminen miehillä ei kuitenkaan noudattanut suoraan itä-länsi-jakoa. Keskimääräistä enemmän näitä sairauksia oli sekä Länsi- että Itä-Suomessa, vähiten pääkaupunkiseudulla (taulukko 3.2). Naisilla alueittaiset erot olivat melko pienet. Pääkaupunkiseudun naisten sairastavuus oli keskimääräistä vähäisempää.

Miehillä myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksia oli eniten Länsi- ja Itä-Suomessa asuvilla; vähiten niitä oli pääkaupunkiseudulla (taulukko 3.2). Naisilla kuva oli suurin piirtein samanlainen, mutta erojen vaihteluväli hieman pienempi. Alhaiset suhteelliset sairastavuusluvut pääkaupunkiseudulla näissä kahdessa tautiryhmässä sekä miehillä että naisilla vastaavat sairastavuuden yleiskuvaa.

Taulukko 3.2

Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) alueen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Alue | (HAI) | | (SYD) | | (TULES) | |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Pääkaupunki-seutu | 82 | 85 | 84 | 86 | 76 | 81 |
| Etelä-Suomi | 96 | 100 | 100 | 100 | 100 | 105 |
| Länsi-Suomi | 100 | 97 | 116 | 109 | 118 | 105 |
| Itä-Suomi | 118 | 115 | 111 | 109 | 118 | 110 |
| Pohjois-Suomi | 114 | 112 | 89 | 100 | 94 | 95 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Asuinpaikan tyyppi

Asuinpaikan kaupungistuneisuuden tai taajama-asteen mukaan haittaava pitkäaikais-sairastavuus oli miehillä keskimääräistä alhaisempi kaikissa muissa ryhmissä paitsi haja-asutusalueilla (taulukko 3.3). Viimeksi-mainitun ryhmän sairastavuus oli 21 prosenttia korkeampi kuin keskimäärin. Naisilla kuva oli pääpiirtein samanlainen, mutta ääri-ryhmien erot olivat pienemmät.

Sydän- ja verenkiertoelinten sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet vaihtelivat asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaan hieman vähemmän kuin alueen mukaan (taulukko 3.3). Sekä miehillä että naisilla keskimääräistä enemmän näitä sairausryhmiä todettiin haja-asutusalueella.

Taulukko 3.3

Haittaava pitkäaikais-sairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) asuinpaikan tyyppin mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Asuinpaikan tyyppi | (HAI) | | (SYD) | | (TULES) | |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Kaupungin keskusta | 96 | 94 | 100 | 91 | 100 | 95 |
| Esikaupunki | 86 | 100 | 95 | 100 | 88 | 95 |
| Kuntakeskus tai muu taajama | 93 | 97 | 95 | 100 | 94 | 95 |
| Haja-asutus-alue | 121 | 112 | 105 | 109 | 118 | 105 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Sosioekonominen asema

Sosioekonomisen aseman mukaan haittaavasta sairastavuudesta saadaan melko systemaattinen kuva. Pääasiassa ammatin perustuvan sosioekonomisen luokituksen tulkinnaassa on kuitenkin otettava huomioon yhtäältä se, että luokitus sisältää sekä ammatissa toimivia että toimimattomia ryhmiä. Toisaalta sosioekonominen luokitus saattaa olla herkempi erottelemaan ryhmiä toisistaan miehillä kuin naisilla.

Sosioekonomisten ryhmien mukaan haittaavan pitkäaikais-sairastavuuden erot olivat suuret, miehillä suhteellisen ikävakioidun sairastavuuden vaihteluväli oli 50–121, naisilla 74–112 (taulukko 3.4). Miehillä kiinnittää huomiota erityisesti ylempien, mutta myös alempien toimihenkilöryhmien 36–50 prosenttia keskimääräistä alhaisempi sairastavuus. Toimihenkilöiden ja työntekijöiden välinen ero oli odotettu: työntekijät sairastivat enemmän ja työntekijöiden sisällä ammattitaidottomat enemmän kuin ammattitaitoiset. Ammatissa toimivista ryhmistä kuitenkin maanviljelijät poikkesivat epäedukseen, tässä ryhmässä sairastavuus oli selvästi keskimäärää korkeampi. Eläkeläisten sairastavuus oli sosioekonomisten ryhmien korkein. Osa tähän ryhmään kuuluvista on työkyvyttömyyseläkkeellä ja jo määritelmän

Taulukko 3.4

Haittaava pitkäaikais-sairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Sosio-ekonominen asema | (HAI) | | (SYD) | | (TULES) | |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Ammattitaidottomat työntekijät | 96 | 97 | 95 | 91 | 94 | 110 |
| Ammattitaitoiset työntekijät | 89 | 109 | 100 | 95 | 100 | 124 |
| Alemmat toimihenkilöt | 64 | 79 | 84 | 73 | 94 | 81 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 50 | 74 | 63 | 73 | 94 | 81 |
| Yrittäjät | 93 | 88 | 89 | 95 | 94 | 110 |
| Maanviljelijät | 114 | 109 | 89 | 86 | 118 | 86 |
| Opiskelijat | 79 | 97 | 142 | 105 | 88 | 86 |
| Eläkeläiset | 121 | 112 | 111 | 109 | 112 | 105 |
| Muut | 114 | 85 | 89 | 86 | 88 | 81 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

mukaan sairaita. Ei-ammattissa toimivista opiskelijat poikkesivat päinvastaiseen suuntaan.

Naisten sairastavuuden sosioekonominen kuva oli pääpiirtein samanlainen kuin miesten (taulukko 3.4), mutta naisten keskuudessa vaihtelu oli kuitenkin vähäisempää kuin miesten keskuudessa. Tärkein ero miesten sairastavuudesta saatuun kuvaan koski ammattitaitoisten ja ammattitaidottomien työntekijöiden ryhmiä. Naisten keskuudessa ammattitaitoisten työntekijöiden sairastavuus oli ammattitaidottomia suurempi. Ammattitaitoisten naistyöntekijöiden sairastavuus oli 9 prosenttia keskimääräistä korkeampi ja samantasoinen kuin maatalousyrittäjien. Muut -ryhmän sairastavuus oli naisilla keskimääräistä alhaisempi, kun se miehillä oli keskimääräistä korkeampi.

Sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien esiintyminen sosioekonomisen aseman mukaan sekä miehillä että naisilla vaihteli melko paljon (taulukko 3.4). Kaikkien sairauksien tapaan toimihenkilöiden asema oli suotui-

sin. Suurin poikkeama oli ylempillä mies-toimihenkilöillä, joiden sairastavuus oli 37 prosenttia keskimääräistä pienempi. Opiskelijoiden, etenkin miesten, ryhmän korkea suhteellinen ikävakioidu luku perustuu pieneen tapausmäärään. Miesopiskelijoista yhdeksän ja naisopiskelijoista 14 ilmoitti sydänsairaudesta. Sattumalla voi tällöin olla suuri merkitys.

Tuki- ja liikuntaelinten sairauksia oli miehillä eniten maanviljelijöiden keskuudessa, muuten eivät erot sosioekonomisen aseman mukaan olleet kovin suuret (taulukko 3.4). Naisilla huomiota kiinnittää ammattitaitoisten työntekijöiden keskimääräistä selvästi korkeampi tuki- ja liikuntaelinten sairastavuuden taso. Sekä miehillä että naisilla toimihenkilöiden sairastavuus oli alhaisin, mutta poikkesi keskimääräisestä muuta sairastavuutta vähemmän.

Koulutus

Haittaavan pitkäaikaissairastavuuden erot koulutusvuosien mukaan olivat suuret ja johdonmukaiset sekä miehillä että naisilla: mitä enemmän koulutusta sitä alhaisempi sairastavuus (taulukko 3.5). Kuten sosioekonomisen aseman kohdalla, miesten keskuudessa sairastavuus koulutuksen mukaan vaihteli enemmän (68–114) kuin naisten keskuudessa (88–109). Eniten eli vähintään 13 vuotta koulutusta saaneilla miehillä sairastavuus oli vähäisintä. Tämä tulos vastaa edellä tehtyä havaintoa ylempien mies-toimihenkilöiden hyvästä terveydentilasta. Mikäli koulutus tulkitaan sosiaalisen aseman järjestysasteikolliseksi mittariksi, osoittavat tulokset että terveydentilan ja sosiaalisen aseman välillä vallitsee voimakas ja suora- viivainen riippuvuus sekä miesten että naisten keskuudessa.

Sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien esiintyminen koulutuksen mukaan vaihteli odotetulla tavalla sekä miehillä että naisilla (taulukko 3.5). Huomiota kiinnittää yli kymmenen vuotta koulutusta saaneiden alhainen sairastavuus. Erityisen hyvä tilanne oli eniten koulutusta saaneilla miehillä ja naisilla, joiden sairastavuus oli yli 50 prosenttia keskimääräistä alhaisempi.

Taulukko 3.5

Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Koulutus- vuodet | (HAI) | | (SYD) | | (TULES) | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| –4 | 114 | 109 | 105 | 109 | 129 | 110 |
| 5–9 | 107 | 103 | 105 | 100 | 100 | 105 |
| 10–12 | 93 | 94 | 68 | 73 | 94 | 81 |
| 13+ | 68 | 88 | 47 | 45 | 82 | 76 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksien esiintyminen vaihteli koulutuksen mukaan odotetulla tavalla sekä miehillä että naisilla (taulukko 3.5). Vähiten koulutusta saaneiden miesten sairastavuus oli suhteellisesti suurin eli 29 prosenttia keskimääräistä korkeampi. Naisilla eniten koulutusta saaneiden sairastavuus oli suhteellisesti pienin eli 24 prosenttia keskimääräistä alhaisempi.

Tulot

Koulutuksen tapaan tuloja voidaan pitää sosiaalisen aseman kvantitatiivisena mittarina. Tässä käytettävien suhteellisten tulojen (tuloviidennekseen kuuluminen) ja haittaavan sairastavuuden yhteys (taulukko 3.6) oli samanlainen kuin koulutuksen ja sairastavuuden välillä todettu. Miesten tuloviidennesten sairastavuuserot erot olivat jonkin verran suuremmat (71–118) kuin naisten (82–112). Miesten kahden alimman tuloviidenneksen välillä ei ollut eroa. Muuten tulojen ja sairastavuuden yhteys oli vahva ja samalla tavalla suoraviivainen kuin koulutuksen ja sairastavuuden yhteyskin.

Sydän- ja verenkierroelinten sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksia oli vähiten ylimmissä tuloryhmissä. Ts. näiden tautiryhmien esiintyminen vaihteli tulojen mukaan suurin piirtein samalla tavoin kuin koulutuksen mukaan. Haittaavaan pitkäaikaissairastavuuteen verrattuna nämä tautiryhmät vaihtelivat tulojen ja koulutuksen mukaan myös samaan tapaan.

Taulukko 3.6

Haittaava pitkäaikaissairaus (HAI), sydän- ja verenkierroelinten sairaudet (SYD) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Tuloviidennes | (HAI) | | (SYD) | | (TULES) | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| I (alin) | 118 | 112 | 105 | 105 | 118 | 114 |
| II | 118 | 106 | 111 | 105 | 112 | 119 |
| III | 104 | 103 | 105 | 105 | 112 | 86 |
| IV | 89 | 91 | 95 | 91 | 88 | 90 |
| V (ylin) | 71 | 82 | 79 | 82 | 71 | 76 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

4. Toimintakyvyn rajoitukset

Vakava liikuntaeste eli vaikeudet kulkea portaissa, kävellä viisi minuuttia ripeästi tai kantaa viisi kiloa todettiin naisista 20 prosentilla ja miehistä 13 prosentilla (liitetaulukko 6). Vaikeudet olivat melko yleisiä, naisilla selvästi miehiä useammin esiintyviä. Sukupuoliero ilmentää osaltaan miesten ja naisten fyysisen suorituskyvyn eroja.

Päivittäistoiminnot olivat rajoittuneita 6 prosentilla miehistä ja 11 prosentilla naisista eli henkilö ei ilman muiden apua kuntonsa puolesta selviytynyt elintarvikeostoksista, ruuanlaitosta, pyykistä ja siivouksesta, pukeutumisesta ja riisuuntumisesta tai peseytymisestä (liitetaulukko 7). Nämäkin vaikeudet ovat melko yleisiä, kun otetaan huomioon että kysymys on hyvin arkipäiväisistä toiminnoista.

Siviilisäätty

Vakavan liikuntaesteen esiintymisen suhteelliset ikävakioidut erot siviilisäädyn mukaan olivat suuret, miehillä luvut vaihtelivat 92:sta avioliitossa olevilla ja leskillä 131:een naimattomilla. Naisilla vastaava vaihtelu oli 95:stä avioliitossa olevilla 115:aan naimattomilla (taulukko 4.1).

Päivittäistoimintojen rajoitusten erot siviilisäädyn mukaan olivat miehillä erittäin suuret (taulukko 4.1). Avioliitossa olevilla miehillä oli selvästi vähiten vaikeuksia selviytyä kysytyistä päivittäistoiminnoista. Eniten vaikeuksia oli naimattomilla. Myös eronneilla ja leskimiehillä oli paljon keskimääräistä enemmän vaikeuksia. Naisten erot olivat tälläkin indikaattorilla miehiä pienemmät, mutta suunta oli sama: vähiten päivittäistoimintojen vaikeuksia esiintyi avioliitossa olevilla, eniten naimattomilla ja leskillä.

Alue

Vakavan liikuntaesteen erot maan eri alueilla olivat melko suuret sekä miehillä että naisilla. Sekä miesten että naisten keskuudessa vakava liikuntaeste oli suhteellisesti harvinaisin pääkaupunkiseudulla, miehillä keskimääräistä harvinaisempi myös Länsi-Suomessa (taulukko 4.2). Suhteellisesti yleisin vakava liikuntaeste oli miesten keskuudessa Itä-Suomessa ja naisten keskuudessa Pohjois-Suomessa.

Taulukko 4.1
Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Siviilisäätty | (VL) | | (PV) | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Naimaton | 131 | 115 | 167 | 110 |
| Avoliitossa | 115 | 110 | 67 | 80 |
| Avioliitossa | 92 | 95 | 83 | 100 |
| Eronneet | 123 | 110 | 133 | 110 |
| Lesket | 92 | 100 | 133 | 90 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 |

Taulukko 4.2
Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) alueen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Alue | (VL) | | (PV) | |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Pääkaupunkiseutu | 85 | 85 | 83 | 80 |
| Etelä-Suomi | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Länsi-Suomi | 92 | 100 | 100 | 90 |
| Itä-Suomi | 123 | 105 | 117 | 110 |
| Pohjois-Suomi | 115 | 110 | 133 | 110 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 |

Päivittäistoimintojen rajoitusten erot maan eri alueilla olivat miehillä ja naisilla paljolti samanlaiset. Keskimäärää selvästi vähemmän rajoituksia oli pääkaupunkiseudulla asuvilla miehillä ja naisilla (taulukko 4.2). Miesten keskuudessa eniten rajoituksia oli

Pohjois-Suomessa asuvilla, mutta myös itä-suomalaisilla oli keskimääräistä enemmän rajoituksia. Naisten keskuudessa Itä- ja Pohjois-Suomessa esiintyi suhteellisesti eniten päivittäistoimintojen rajoituksia.

Asuinpaikka

Asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaiset erot vakavan liikuntaesteiden esiintymisessä olivat pienemmät kuin alueittaiset erot. Miehillä vakava liikuntaeste oli suhteellisesti harvinaisin esikaupunkialueella ja yleisin haja-asutusalueella; keskimääräistä yleisempi liikuntaeste oli myös kaupunginkeskusta-alueella (taulukko 4.3). Naisilla erot olivat pienet. Jonkin verran keskimääräistä harvinaisempi liikuntaeste oli muulla taajama-alueella ja jonkin verran yleisempi esi-kaupunkialueella.

Päivittäistoimintojen rajoituksia oli asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaan miehillä vähiten esikaupunkialueella ja eniten haja-asutusalueella (taulukko 4.3). Naisilla vastaavat rajoitukset olivat keskimäärää harvinaisempia kaupungin keskusta-alueella ja muulla taajama-alueella, keskimäärää yle-

Taulukko 4.3
Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) asuinpaikan tyyppin mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Asuinpaikan tyyppi | (VL) | | (PV) | |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Kaupungin keskusta | 108 | 100 | 100 | 90 |
| Esikaupunki | 85 | 105 | 83 | 110 |
| Kuntakeskus tai muu taajama | 100 | 95 | 100 | 90 |
| Haja-asutusalue | 115 | 100 | 117 | 110 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 |

sempiä esikaupunki-alueella ja haja-asutus-alueella. Nämä erot olivat kuitenkin melko pienet.

Sosioekonominen asema

Vakavan liikuntaesteiden sosioekonomiset erot olivat suuret. Keskimääräistä yleisempi liikuntaeste oli vain eläkeläisten ryhmässä, näin sekä miehillä että naisilla (taulukko 4.4). Eläkeläismiehillä liikuntaeste oli 31 prosenttia yleisempi kuin keskimäärin, naisilla 15 prosenttia yleisempi. Kaikissa muissa sosioekonomisissa ryhmissä liikuntaeste oli keskimäärää harvinaisempi. Kuten sairauksien kohdalla, myös vakava liikuntaeste miesten keskuudessa oli harvinaisin ylemmillä toimihenkilöillä, 69 prosenttia keskimääräistä harvinaisempi. Muilla ryhmillä liikuntaeste on jonkin verran yleisempi, mutta näiden ryhmien väliset erot eivät olleet suuret.

Taulukko 4.4
Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Sosioekonominen asema | (VL) | | (PV) | |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Ammattitaidottomat | | | | |
| työntekijät | 69 | 75 | 67 | 60 |
| Ammattitaitoiset | | | | |
| työntekijät | 69 | 90 | 67 | 60 |
| Alemmät toimihenkilöt | 62 | 60 | 33 | 40 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 31 | 30 | 33 | 60 |
| Yrittäjät | 69 | 95 | 67 | 80 |
| Maanviljelijät | 69 | 65 | 50 | 20 |
| Opiskelijat | 54 | 15 | 50 | 80 |
| Eläkeläiset | 131 | 115 | 133 | 120 |
| Muut | 54 | 80 | 17 | 30 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 |

Myös naisilla vakava liikuntaeste oli harvinaisen ylempien toimihenkilöiden keskuudessa, 70 prosenttia keskimääräistä harvinaisempi (taulukko 4.4). Kaikkein harvinaisin liikuntaeste oli opiskelijoilla, jota voidaan kuitenkin pitää poikkeavana sosioekonomisena ryhmänä. Samoin kuin sairauksien kohdalla, huomiota kiinnittää se, että liikuntaeste ammattitaitoisilla naistyöntekijöillä oli suhteellisesti yleisempi kuin ammattitaidottomilla työntekijöillä.

Myös päivittäistoimintojen rajoitukset olivat keskimääräistä yleisempiä vain eläkeläisten

ryhmässä. Tämä päti sekä miehiin että naisiin (taulukko 4.4). Miesten keskuudessa suhteellisesti vähiten näitä rajoituksia oli "muiden" heterogeenisessä ryhmässä. Toimihenkilöryhmissä luvut olivat yhtä suuret, 67 prosenttia keskimääräistä alaisemmat. Naisten keskuudessa maatalousyrittäjät ilmoittivat suhteellisesti vähiten, 80 prosenttia keskimäärää vähemmän, päivittäistoimintojen rajoituksia. Samoin kuin miehillä, myös naisilla muiden ryhmän luku oli alhainen. Alemmilla naistoimihenkilöillä oli ylempiä harvemmin päivittäistoimintojen rajoituksia. Työntekijäryhmien kesken ei todettu eroja.

Koulutus

Vakavan liikuntaesteen erot koulutusvuosien mukaan olivat suuret ja johdonmukaiset sekä miesten että naisten keskuudessa. Miesten keskuudessa eniten koulutusta saaneilla oli liikuntaeste 46 prosenttia keskimääräistä harvinaisempi, vähiten koulutetuilla 15 prosenttia keskimääräistä yleisempi (taulukko 4.5). Naisilla yhteys oli hyvin samanlainen, erot kuitenkin hieman pienemmät kuin miehillä (vaihteluväli 65–110).

Miehillä päivittäistoimintojen rajoitukset jakautuivat koulutuksen mukaan samaan tapaan kuin vakava liikuntaeste. Vähiten koulutusta saaneilla näitä rajoituksia esiintyi 17 prosenttia useammin kuin keskimäärin, koulutetuimmilla 50 prosenttia keskimäärää vähemmän (taulukko 4.5). Myös naisilla päivittäistoimintojen rajoitusten erot koulutuksen mukaan olivat samansuuntaiset, mutta koulutusryhmät poikkesivat keskimääräisestä vain vähän (vaihteluväli 90–110).

Taulukko 4.5
Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Koulutusvuodet | (VL) | | (PV) | |
|----------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| –4 | 115 | 110 | 117 | 110 |
| 5–9 | 108 | 105 | 100 | 100 |
| 10–12 | 77 | 100 | 83 | 100 |
| 13+ | 54 | 65 | 50 | 90 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tulot

Miehillä vakavan liikuntaesteiden erot tuloviidenneksen mukaan olivat yhtä suuret kuin koulutuksen mukaan ja samalla tavoin johdonmukaiset. Ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla liikuntaeste oli 46 prosenttia keskimääräistä harvinaisempi, alimmassa viidenneksessä 23 prosenttia keskimääräistä yleisempi (taulukko 4.6). Naisilla yhteys ei ollut aivan suoraviivainen. Kahteen ylimpään tuloryhmään kuuluvilla vakava liikuntaeste oli keskimääräistä harvinaisempi. Kolmeen alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla naisilla liikuntaeste oli jonkin verran keskimääräistä yleisempi. Alimmassa tuloviidenneksessä liikuntaeste oli kuitenkin suhteellisesti hieman harvinaisempi kuin kahdessa seuraavaksi alimmassa viidenneksessä.

Miehillä päivittäistoimintojen rajoitusten yleisyys tuloviidenneksen mukaan jakautui suurin piirtein samalla tavalla kuin vakava liikuntaeste sekä miesten että naisten keskuudessa. Ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla miehillä päivittäistoimintojen rajoitukset olivat 50 prosenttia harvinaisempia kuin keskimäärin (taulukko 4.6). Kahdessa alimmassa viidenneksessä rajoitukset olivat

Taulukko 4.6
Vakava liikuntaeste (VL) ja päivittäistoimintojen vaikeudet (PV) tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Tuloviidenneksen | (VL) | | (PV) | |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| I (aloin) | 123 | 105 | 117 | 100 |
| II | 115 | 110 | 117 | 110 |
| III | 108 | 110 | 100 | 110 |
| IV | 85 | 90 | 100 | 80 |
| V (ylin) | 54 | 70 | 50 | 80 |
| Kaikki | 100 | 100 | 100 | 100 |

17 prosenttia keskimääräistä yleisempiä. Naisilla päivittäistoimintojen rajoitusten erot tulosten mukaan olivat samanlaiset kuin vakavan liikuntaesteiden erot. Kolmessa alimmassa tuloryhmässä rajoitukset naisilla olivat kuitenkin hieman yleisempiä kuin keskimäärin, kahdessa ylimmässä viidenneksessä rajoitukset olivat keskimääräistä harvinaisempia.

5. Koettu terveydentila

Koettua terveydentilaa tiedusteltiin yhdellä kysymyksellä jonka vastausvaihtoehdot vaihtelivat erittäin hyvästä erittäin huonoon terveydentilaan. Esitettävät tiedot koskevat niitä joiden koettu (subjektiivinen) terveydentila oli huono tai erittäin huono. Miehistä terveydentilansa koki huonoksi tai erittäin huonoksi 7 prosenttia ja naisista 8 prosenttia (liitetaulukko 8). Koska kysymys on verrattain harvinaisesta ilmiöstä tässä aineistossa, suuretkin suhteelliset erot tämän jakson tekstitaulukoissa perustuvat itse asiassa muutaman prosenttiyksikön prevalenssieroihin. Tekstissä esitettäviä tuloksia on luettava

varoen; tulkinmassa on syytä nojautua liitetaulukon 8 lukuihin.

Kansaneläkelaitoksen terveyshaastattelututkimuksessa vuodelta 1987 kysyttiin koettua terveydentilaa vaihtoehdoiltaan hieman poikkeavalla viisiportaisella asteikolla. Miehistä huonona tai melko huonona terveydentilaansa pitäneiden osuus oli 10.5 prosenttia ja naisista 11 prosenttia (Kalimo, Häkkinen, Klaukka ym. 1989, 30–31). Ero ELO86-aineistosta saatuihin lukuihin johtunee tässäkin tapauksessa kysymysten muotoilusta ja tutkimusmenetelmien eroista.

Siviilisääty

Miehillä koetun terveydentilan suhteelliset ikävakioidut erot siviilisäädyn mukaan olivat melko suuret. Avioliitossa olevilla ja leskimiehillä huono tai erittäin huono terveydentila oli 14 prosenttia keskimääräistä harvinaisempaa (taulukko 5.1). Naimattomilla ja eronneilla miehillä huono terveydentila oli 43 prosenttia keskimääräistä yleisempää. Naisilla erot siviilisäätyryhmien välillä olivat vähäiset.

Taulukko 5.1
Huono tai erittäin huono koettu terveydentila siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Siviilisääty | Miehet | Naiset |
|---------------|------------|------------|
| Naimaton | 143 | 100 |
| Avoliitossa | 129 | 113 |
| Avioliitossa | 86 | 100 |
| Eronneet | 143 | 100 |
| Lesket | 86 | 100 |
| Kaikki | 100 | 100 |

Alue

Huonon tai erittäin huonon terveydentilan ilmoittaneiden suhteellinen yleisyys vaihteli alueittain odotetulla tavalla. Sekä miehillä että naisilla huonoksi tai erittäin huonoksi terveydentilansa kokeneita oli vähiten pääkaupunkiseudulla ja Länsi-Suomessa, eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa (taulukko 5.2).

Taulukko 5.2
Huono tai erittäin huono koettu terveydentila alueen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Alue | Miehet | Naiset |
|------------------|------------|------------|
| Pääkaupunkiseutu | 86 | 88 |
| Etelä-Suomi | 100 | 100 |
| Länsi-Suomi | 86 | 88 |
| Itä-Suomi | 129 | 125 |
| Pohjois-Suomi | 114 | 125 |
| Kalkki | 100 | 100 |

Asuinpaikka

Terveydentilan kokeminen vaihteli asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaan vähemmän kuin alueen mukaan. Miehillä huono tai erittäin huono koettu terveydentila oli keskimääräistä harvinaisempaa esikaupunkialueella ja kaupungin keskusta-alueella (taulukko 5.3). Haja-asutusalueella tällaiset arviot olivat jonkin verran keskimääräistä yleisempiä. Naisillakin koettu terveys vaihteli asuinpaikan kaupungistumisasteen mukaan, mutta erot heilläkin perustuivat pieniin prevalenssieroihin.

Taulukko 5.3

Huono tai erittäin huono koettu terveydentila asuinpaikan tyyppin mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Asuinpaikan tyyppi | Miehet | Naiset |
|-----------------------------|------------|------------|
| Kaupungin keskusta | 86 | 88 |
| Esikaupunki | 71 | 100 |
| Kuntakeskus tai muu taajama | 100 | 100 |
| Haja-asutusalue | 114 | 113 |
| Kaikki | 100 | 100 |

Sosioekonominen asema

Terveydentilan kokeminen sosioekonomisen aseman mukaan vaihteli suuresti. Samoin kuin toimintakyvyn kohdalla tässäkin tapauksessa eläkeläiset – miehet ja naiset – erottuvat muista (taulukko 5.4). Eläkeläismiesten keskuudessa huonon tai erittäin huonon terveydentilan ilmoittaminen oli 43 prosenttia keskimääräistä yleisempää. Toimihenkilöiden ja yrittäjien tilanne oli päinvastainen, huono tai erittäin huono terveydentila oli 57 prosenttia harvinaisempaa kuin keskimäärin. Naiseläkeläisten keskuudessa huono tai erittäin huono terveydentila oli keskimääräistä yleisempää, samoin yrittäjillä. Muilla ryhmillä huono koettu terveydentila oli harvinaisempaa kuin keskimäärin, harvinaisinta ylemmillä toimihenkilöillä.

Taulukko 5.4

Huono tai erittäin huono koettu terveydentila sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Sosioekonominen asema | Miehet | Naiset |
|--------------------------------|------------|------------|
| Ammattitaidottomat työntekijät | 57 | 63 |
| Ammattitaitoiset työntekijät | 71 | 88 |
| Alemmat toimihenkilöt | 43 | 50 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 43 | 38 |
| Yrittäjät | 43 | 113 |
| Maanviljelijät | 57 | 63 |
| Opiskelijat | 57 | 100 |
| Eläkeläiset | 143 | 125 |
| Muut | 71 | 50 |
| Kaikki | 100 | 100 |

Koulutus

Terveydentilan kokemisen erot koulutusvuosien mukaan olivat johdonmukaiset sekä miesten että naisten keskuudessa. Miehillä erot olivat kuitenkin suuremmat (vaihteluväli 43–129) kuin naisilla (vaihteluväli 75–113) (taulukko 5.5). Miesten suurempi ero johtui ennen muuta eniten koulutusta saaneen ryhmän suhteellisesti hyväksi koetusta terveydentilasta.

Taulukko 5.5

Huono tai erittäin huono koettu terveydentila koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Koulutusvuodet | Miehet | Naiset |
|----------------|------------|------------|
| –4 | 129 | 113 |
| 5–9 | 114 | 100 |
| 10–12 | 86 | 100 |
| 13+ | 43 | 75 |
| Kaikki | 100 | 100 |

Tulot

Huonon tai erittäin huonon terveydentilan ilmoittaneiden erot tuloviidenneksen mukaan olivat pääpiirtein samanlaiset kuin koulutuksen mukaan. Toisin sanoen huono koettu terveydentila oli keskimääräistä harvinaisempaa ylemmissä tuloviidenneksissä ja keskimääräistä yleisempää alemmissa tuloviidenneksissä sekä miesten että naisten keskuudessa (taulukko 5.6).

Taulukko 5.6

Huono tai erittäin huono koettu terveydentila tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla. Suhteelliset ikävakioidut luvut (kaikki=100).

| Tuloviidennes | Miehet | Naiset |
|---------------|------------|------------|
| I (alin) | 129 | 113 |
| II | 129 | 113 |
| III | 86 | 113 |
| IV | 100 | 75 |
| V (ylin) | 43 | 75 |
| Kaikki | 100 | 100 |

6. Oireet

Edellä käsitellyistä terveystieteistä on esitetty suhteellisia ikävakiointuja tietoja, jolloin koko ryhmää on merkitty sadalla. Sekä psykosomaattisia että psyykkisiä oireita koskevat tiedot esitetään ryhmäkohtaisina summapisteen ikävakiointuna keskiarvoina. Tekstitaulukoihin 6.1–6.6 on poimittu liitetaulukoiden 9 ja 10 keskeisimmät tiedot.

Psykosomaattisia oireita kysyttiin kahdeksan oireen kysymyssarjalla. Naisilla oireilu oli

yleisempää kuin miehillä: näiden psykosomaattisten oireiden summapisteen keskiarvo miehillä oli 1.7 ja naisilla 2.5.

Psyykkisiä oireita kysyttiin yhdeksän oireen kysymyssarjalla. Myös näitä oireita esiintyi naisilla enemmän kuin miehillä: psyykkisten oireiden summapisteen keskiarvo miehillä oli 2.4 ja naisilla 3.3.

Siviilisäätty

Siviilisäädyn mukaan tarkasteltuna korkein psykosomaattisten oireiden keskipistemäärä miehillä oli leskillä (2.9), alhaisin avioliitossa olevilla ja eronneilla (molemmilla 1.7) (taulukko 6.1). Myös naisten keskuudessa eniten psykosomaattisia oireita oli leskillä (3.2), vähiten naimattomilla (2.2) ja toiseksi vähiten avioliitossa olevilla.

Siviilisäättyryhmistä eniten psyykkisiä oireita – samoin kuin psykosomaattisia oireitakin – ilmaisivat lesket, sekä miehet (3.9) että naiset (4.1) (taulukko 6.1). Vähiten näitä oireita esiintyi miesten keskuudessa avioliitossa olevilla (2.3) ja naimattomilla (2.5). Naisista myös naimattomilla (3.1) ja avioliitossa olevilla (3.2) oli vähiten psyykkisiä oireita.

Taulukko 6.1
Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla.

| Siviilisäätty | (PS) | | (P) | |
|---------------|--------|--------|--------|--------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Naimaton | 2.0 | 2.1 | 2.5 | 3.1 |
| Avoliitossa | 1.9 | 2.8 | 2.9 | 3.7 |
| Avioliitossa | 1.7 | 2.5 | 2.3 | 3.2 |
| Eronneet | 1.7 | 2.9 | 2.9 | 3.9 |
| Lesket | 2.9 | 3.2 | 3.9 | 4.1 |

Alue

Psykosomaattisten oireiden esiintyminen vaihteli alueen mukaan vähemmän kuin siviilisäädyn mukaan (miehillä 1.5–2.0, naisilla 2.2–2.7) (taulukko 6.2). Miesten keskuudessa näitä oireita esiintyi hieman vähemmän pääkaupunkiseudulla ja Etelä- sekä Länsi-Suomessa kuin Pohjois- ja Itä-Suomessa. Naisilla oireilu vaihteli samalla tavoin kuin miehillä.

Psyykkisten oireiden vaihtelu alueittain sekä miehillä että naisilla oli erittäin vähäistä. Miehillä vaihteluväli oli 2.3–2.5, naisilla 3.2–3.4 (taulukko 6.2).

Taulukko 6.2
Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet alueen mukaan miehillä ja naisilla.

| Alue | (PS) | | (P) | |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Pääkaupunkiseutu | 1.5 | 2.2 | 2.3 | 3.3 |
| Etelä-Suomi | 1.6 | 2.5 | 2.4 | 3.4 |
| Länsi-Suomi | 1.6 | 2.4 | 2.3 | 3.2 |
| Itä-Suomi | 1.9 | 2.7 | 2.4 | 3.4 |
| Pohjois-Suomi | 2.0 | 2.7 | 2.5 | 3.3 |

Asuinpaikka

Psykosomaattinen oireilu asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaan vaihteli vielä vähemmän kuin alueen mukaan (miehillä 1.6–1.8, naisilla 2.2–2.5) (taulukko 6.3). Miehillä näiden oireiden esiintyminen oli hieman harvinaisempaa kaupungistuneemmillä alueilla. Naisilla taas haja-asutusalueella esiintyi hieman vähemmän psykosomaattisia oireita kuin muissa taajama-asteen luokissa.

Samoin kuin alueen mukaan, myös asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaan psyykkinen oireilu vaihteli vain vähän. Miehillä keskipistemäärä oli 2.2 haja-asutusalueella ja 2.5 kaupungin keskustassa (taulukko 6.3). Naisilla vastaavat luvut olivat 3.1 ja 3.4.

Sosioekonominen asema

Sosioekonomisen aseman mukaan psykosomaattinen oireilu vaihteli enemmän kuin edellä käsiteltyjen taustamuuttujien mukaan. Tähän vaihteluun vaikutti ennen kaikkea eläkeläisten ryhmän korkea oireipistemäärä, joka miehillä oli 3.3 (taulukko 6.4). Miesten keskuudessa vähiten psykosomaattisia oireita oli ylemmillä toimihenkilöillä (1.1), sitten tulivat alemmat toimihenkilöt, ammattitaitoiset työntekijät ja ammattitaidottomat työntekijät (1.5).

Myös naisten keskuudessa eläkeläisillä oli korkein psykosomaattisten oireiden keskipistemäärä (4.1) (taulukko 6.4). Muuten näiden oireiden esiintyminen vaihteli vähemmän naisten keskuudessa sosioekonomisen aseman mukaan kuin miesten keskuudessa. Naistoimihenkilöryhmillä oli kyllä psykosomaattisia oireita vähemmän (1.8–1.9) kuin työntekijäryhmillä (2.2–2.3), mutta erot näiden sekä muiden sosioekonomisten ryhmien välillä (lukuunottamatta eläkeläisiä) olivat vähäiset.

Psyykkinen oireilu sosioekonomisen aseman mukaan vaihteli sikäli samaan tapaan kuin psykosomaattinen oireilu, että eläkeläisten oireipistemäärät olivat korkeimmat, miehillä 4.3, naisilla 4.9 (taulukko 6.4). Naisilla psyykkisen oireilun vaihtelu sosioekonomisen aseman mukaan oli muuten vähäistä (2.8–3.2). Miehillä vaihtelua oli jonkin ver-

Taulukko 6.3

Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet asuinpaikan tyypin mukaan miehillä ja naisilla.

| Asuinpaikan tyyppi | (PS) | | (P) | |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Kaupungin keskusta | 1.6 | 2.4 | 2.5 | 3.4 |
| Esikaupunki | 1.6 | 2.5 | 2.4 | 3.4 |
| Kuntakeskus tai muu taajama | 1.7 | 2.5 | 2.3 | 3.2 |
| Haja-asutusalue | 1.8 | 2.2 | 2.2 | 3.1 |

Taulukko 6.4

Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet sosioekonomisen aseman mukaan miehillä ja naisilla.

| Sosioekonominen asema | (PS) | | (P) | |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| Ammattitaidottomat työntekijät | 1.5 | 2.2 | 2.1 | 2.8 |
| Ammattitaitoiset työntekijät | 1.3 | 2.3 | 1.8 | 3.1 |
| Alemmat toimihenkilöt | 1.2 | 1.8 | 2.0 | 2.8 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 1.1 | 1.9 | 2.2 | 3.0 |
| Yrittäjät | 1.6 | 1.9 | 3.0 | 3.1 |
| Maanviljelijät | 1.6 | 2.2 | 2.3 | 3.0 |
| Opiskelijat | 1.6 | 2.0 | 3.0 | 3.2 |
| Eläkeläiset | 3.3 | 4.1 | 4.3 | 4.9 |
| Muut | 1.7 | 2.2 | 2.9 | 3.1 |

ran enemmän (1.8–3.0), mutta kuva on melko epäsystemaattinen. Palkkatyöntekijäryhmillä oireita oli hieman vähemmän (1.8–2.2) kuin yrittäjillä ja opiskelijoilla (3.0). Miesten oireilun taso oli naisia alhaisempi, joten miesten keskuudessa on ryhmiä joihin kuuluvat ilmaisevat varsin vähän psyykkisiä oireita.

Koulutus

Koulutuksen mukaan psykosomaattinen oireilu vaihteli samalla tavoin systemaattisesti kuin muutkin terveysindikaattorit: mitä enemmän koulutusta sitä vähemmän terveysongelmia. Naisilla psykosomaattisen oireilun erot koulutuksen mukaan olivat suuremmat kuin miehillä: vähiten koulutusta saaneiden naisten keskipistemäärä oli 3.1 ja eniten koulutusta saaneiden 1.9 (taulukko 6.5). Miehillä vastaavat luvut olivat 1.9 ja 1.3.

Miehillä psyykinen oireilu koulutuksen mukaan muodostaa poikkeuksen kaikkiin muihin terveysindikaattoreihin, myös psykosomaattisiin oireisiin nähden. Tämä psyykinen oireilu vaihteli käänteisellä tavalla: mitä alhaisempi koulutus, sitä vähemmän oireita. Koulutusryhmien väliset erot olivat kuitenkin pienet. Vähiten psyykkisiä oireita oli alimman koulutustason ryhmällä (2.0) ja eniten koulutetulla ryhmällä (2.4) (taulukko 6.5). Myös naisilla psyykkisen oi-

Taulukko 6.5
Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet koulutusvuosien mukaan miehillä ja naisilla.

| Koulutusvuodet | (PS) | | (P) | |
|----------------|--------|--------|--------|--------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| -4 | 1.9 | 3.1 | 2.0 | 3.6 |
| 5-9 | 1.8 | 2.6 | 2.3 | 3.3 |
| 10-12 | 1.6 | 2.3 | 2.3 | 3.1 |
| 13+ | 1.3 | 1.9 | 2.4 | 3.4 |

reilun erot koulutuksen mukaan olivat pienet. 10-12 vuotta koulutusta saaneilla naisilla psyykkisten oireiden keskipistemäärä oli 3.1 ja vähiten koulutusta saaneilla 3.6. Naisilla psyykkisen oireilun ja koulutuksen yhteys oli U:n muotoinen: vähän ja paljon koulutetuilla oli hieman enemmän oireita kuin väliryhmillä.

Tulot

Tulojen mukaan psykosomaattisen oireilun erot eivät olleet aivan yhtä suuret kuin koulutuksen mukaan. Vaihteluväli miehillä oli 1.4-1.9 ja naisilla 2.2-2.8 (taulukko 6.6). Kuitenkin yhteyden suunta oli selvä sekä miehillä että naisilla. Mitä alhaisemmasta tuloviidenneksestä oli kysymys, sitä enemmän psykosomaattisia oireita esiintyi.

Psyykinen oireilu tuloviidenneksen mukaan vaihteli miehillä samaan tapaan kuin psykosomaattinen oireilu. Oireipisteiden keskiarvo oli 2.1 ylimmässä viidenneksessä ja 2.7/2.6 kahdessa alimmassa viidenneksessä (taulukko 6.6). Kahden ylimmän viidenneksen järjestystä lukuunottamatta psyykinen oireilu tulojen mukaan vaihteli odotetulla tavalla. Naisilla vaihtelu oli myös samansuuntaista muttei sekään ollut täysin johdonmukaista: eniten oireileva ryhmä oli alin tuloviidennes, vähiten oireita esiintyi toiseksi ylimmässä tuloviidenneksessä.

Taulukko 6.6
Psykosomaattisten (PS) ja psyykkisten (P) oireiden keskipisteet tuloviidenneksen mukaan miehillä ja naisilla.

| Tuloviidennes | (PS) | | (P) | |
|---------------|--------|--------|--------|--------|
| | Miehet | Naiset | Miehet | Naiset |
| I (alain) | 1.9 | 2.8 | 2.6 | 3.6 |
| II | 1.9 | 2.6 | 2.7 | 3.5 |
| III | 1.7 | 2.6 | 2.2 | 3.3 |
| IV | 1.6 | 2.2 | 2.2 | 3.0 |
| V (ylin) | 1.4 | 2.3 | 2.1 | 3.3 |

7. Tarkastelua

Päähuomio tässä raportissa on kiinnitetty sosiaalisen aseman ja terveydentilan väliseen suhteeseen. Sosiaalista asemaa on tarkasteltu ammattiin perustuvan sosioekonomisen ryhmittymisen, koulutusvuosien ja suhteellisten tulojen avulla. Eri indikaattoreiden käyttöön liittyy ongelmia eikä sosiaalisesta asemasta saada riittävän monipuolista kuvaa vain yhden osoittimen avulla (Arber 1989, Valkonen 1989).

Sosioekonomisen aseman lisäksi terveydentilaa on tarkastelu tavanomaisten taustamuuttujien, siviilisäädyn, alueen ja kaupungistuneisuuden avulla. Siviilisäätiryhmien väliset terveydentilan erot etenkin miehillä eräillä terveysindikaattoreilla ovat suuret. Yleensä terveyserot näiden taustatekijöiden mukaan ovat kuitenkin pienemmät kuin sosiaalisen aseman mukaan. Ikäryhmittäistä tarkastelua ei ole suoritettu, vaan iän sekoittava vaikutus – sairastavuus lisääntyy voimakkaasti iän mukana – on kontrolloitu epäsuoran ikävakioidin avulla. Sukupuolta ei ole pidetty tavanomaisena taustamuuttujana, vaan miesten ja naisten erojen tarkastelu on ollut keskeinen osa analyysia. Kaikki terveydentilaa koskevat tiedot on esitetty erikseen miehille ja naisille. Täten tarkoituksena on ollut naisten ja miesten terveydentilan sosiaalisen aseman mukaisten erojen tarkastelu ja näiden erojen systemaattinen vertailu (vrt. Macintyre 1986, 1990).

Yleiskuva tuloksista

Kullakin sosiaalisen aseman indikaattorilla – sosioekonominen asema, koulutus, tulot – voidaan todeta terveydentilan eroja. Nämä erot ilmenevät lisäksi terveydentilan eri ulottuvuuksilla ja ovat yleensä hyvin johdonmukaiset. Ne noudattavat alussa esitettyä yleistä olettamusta: mitä parempi sosiaalinen asema, sitä vähemmän sairauksia ja muita terveysongelmia. Ainoan poikkeuksen tähän

Yksilön terveydentilaa ei myöskään saada vangituksi yhdellä ainoalla indikaattorilla. Selvitys on koskenut useita eri ulottuvuuksia: itse ilmoitettua (haittaavaa) sairastavuutta, erikseen sydän- ja verenkiertoelinten sairauksia, tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, toimintakykyä, erikseen päivittäistoimintoista selviytymistä ja fyysisistä toimintakykyä, koettua terveyttä ja oireita, erikseen psykosomaattisia ja psyykkisiä oireita. Näin terveydentilasta ja sen vaihtelusta erilaisissa sosiaalisissa olosuhteissa on saatu monipuolinen kuva (vrt. Blaxter 1990).

Suoritettu analyysi on perustunut ristiintaulukointiin. Menetelmä ei salli pitkälle meneviä johtopäätöksiä sosiaalisen aseman ja terveydentilan yhteyksistä. Raportin tarkoitukseen menetelmä on kuitenkin sopinut. Terveydentilasta on saatu konkreettisia tietoja. Analyysin toteuttamisesta samalla tavoin terveydentilan eri ulottuvuuksilla – asettamatta yksityiskohtaisia tutkimuskysymyksiä – voidaan pitää yhtäältä mekaanisena ja kaavamaisena lähestymistapana. Toisaalta tällä tavoin on saatu systemaattinen yleiskuva suomalaisen aikuisväestön, miesten ja naisten, terveydentilasta erityisesti sosiaalisen aseman näkökulmasta, mikä on ollut tämän esitutkimuksen päätarkoituksena.

yleiskuvaan muodostaa koulutuksen ja psyykkisten oireiden käänteinen yhteys. Hyvin koulutetut miehet ilmaisivat hieman enemmän oireita kuin vähän koulutusta saaneet. Selvityksen yleiskuva vastaa myös muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa saatua kuvaa terveydentilan sosiaalisen aseman mukaisista eroista (Ilsley & Svensson 1986, Ilsley 1990).

Saatu yleiskuva pätee yhtäläillä naisiin ja miehiin, vaikka useimmiten naisten keskuudessa erot ovat jonkin verran pienemmät kuin miesten keskuudessa. Sosiaalisen aseman osoittamista koulutuksen mukaiset erot ovat kaikkein johdonmukaisimmat. Terveydentilan eroista taas koetun terveyden erot miehillä ovat erityisen suuret. Päivittäistoiminnoista selviytymisen erot miehillä ja oireilun, etenkin psyykkisen oireilun erot miehillä ja naisilla ovat paljon pienemmät.

Yleiskuvasta voidaan poimia esille joitakin tärkeitä havaintoja. Ensiksikin terveydentilan sosiaalisen aseman mukaisten erojen korostuminen miehillä ei näytä johtuvan ensisijaisesti siitä että miesten keskuudessa on erityisen sairaita ryhmiä, vaan pikemmin siitä että parhaassa sosiaalisessa asemassa olevien miesten – ylempien toimihenkilöiden, eniten koulutettujen ja ylimpään tuloryhmään kuuluvien – keskuudessa terveysongelmia esiintyy poikkeuksellisen vähän. Naisillakin näissä ryhmissä terveydentila oli paras, mutta useimmilla terveydentilan osoittimilla ero muihin sosioekonomisiin ryhmiin ei ole niin suuri kuin miehillä. Tulosten merkitystä arvioitaessa on lisäksi otettava huomioon, että miehillä ylempien toimihenkilöiden ryhmä on paljon suurempi kuin naisilla.

Toiseksi maatalousyrittäjinä toimivien miesten ja naisten terveydentila on huono. Tämä havainto on tehty myös Kansaneläkelaitoksen terveyshaastattelun aineistoihin perustuvassa tutkimuksessa (Karisto 1989). Kahdesta esimerkkinä olleesta tautiryhmästä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet korostuivat tässä sairaimmassa ryhmässä miehillä. Kun tarkasteltiin kaikkia sairauksia haittaavu-

udesta riippumatta sekä sairauksien lukumäärää (liitetaulukot 2 ja 3) ja muita terveydentilan ulottuvuuksia, maatalousyrittäjien terveydentila ei ollut yhtä huono. Tämä osoittanee, sitä että korkea haittaavan sairastavuuden taso liittyy maanviljelyksen rasittaviin työoloihin (vrt. Notkola, Tupi, Louhelainen 1989). Ammatissa toimivista ryhmistä kaikkein eniten haittaavia sairauksia esiintyi maatalousyrittäjänaisilla ja naispuolisilla ammattitaitoisilla työntekijöillä (37 %). Maanviljelijämiehillä sairastavuuden taso oli jonkin verran naisia alempi (32 %), mutta poikkesi enemmän muista sosioekonomisista ryhmistä kuin naisilla. Maatalousyrittäjien ryhmä on jatkuvasti supistunut ja muodostaa tässä käytetyn sosioekonomisen luokituksen toiseksi pienimmän ryhmän.

Kolmas huomiota kiinnittävä seikka on se, että ammattitaitoisten naisten terveydentila oli huonompi kuin ammattitaidottomien. Tämä koski esimerkiksi haittaavaa sairastavuutta. Erityisen korostuneena ammattitaitoisten työntekijänaisten huono asema tuli esille tuki- ja liikuntaelinten sairauksien kohdalla, mutta koski poikkeuksetta kaikkia terveydentilan indikaattoreita. Miehillä ryhmien ero oli odotettu. Ammattitaitoisten työntekijöiden terveydentila oli parempi kuin ammattitaidottomien kaikilla muilla osoittimilla paitsi toimintakyvyn indikaattoreilla, joilla eroa ei näiden ryhmien välillä todettu. Sosioekonomisten ryhmien, kuten ammattitaitoisten ja ammattitaidottomien työntekijöiden, sisältö miehillä ja naisilla on epäilemättä hyvin erilainen. Tähän viittaa jo edellä todettu ryhmien suuri kokoero. Naisilla ammattitaitoisten työntekijöiden ryhmä on pieni (5 %), miehillä iso (16 %).

Sosiaalisen aseman mittaamisen ongelmia

Sosioekonominen ryhmitys ilmentää yhteiskunnan luokkarakennetta ja on sellaisena tärkeä apuväline tutkimuksissa. Terveydentilan erojen kuvaaminen sosioekonomisten ryhmien avulla onnistuu hyvin kuitenkin vain niiden keskuudessa, jotka toimivat ammatissa, koska ryhmitys perustuu juuri ammattiin. Eläkeläiset muodostavat oman suuren sosioekonomisen ryhmänsä. Jotta terveydentilan sosiaalisen aseman mukaisista

eroista saataisiin parempi kuva, tulisi eläkeläiset kuitenkin sijoittaa muihin sosioekonomisiin ryhmiin entisen ammatinsa perusteella eikä pitää omana ryhmänään. Myös muiden ei-ammattissa toimivien tai ammatittomien sosiaalisen aseman kuvaaminen edellyttää puuttuvan ammatitiedon korvaamista. Yleensä tässä yhteydessä puhutaan ns. kotirouvista, mutta Suomessa tämä ryhmä on erittäin pieni. Näitä ongelmia voi-

daan väistää rajaamalla ei-ammattissa toimivat tutkimuksen ulkopuolelle, mutta samalla rajataan suuri osa sairastavuudesta ja muista terveysongelmista tarkastelun ulkopuolelle.

Sosioekonomisen ryhmittymisen käyttöön liittyy myös muita ongelmia. Sosioekonominen asema ei merkitse miehille ja naisille välttämättä samaa asiaa. Ammatit ja työtehtävät ovat jakautuneet sukupuolen mukaan. Miehet ja naiset sijoittuvat ammatteihin ja ammattiasemiin eri tavoin (Haavio-Mannila 1984, 1989). Esimerkiksi tämän selvityksen aineistossa naisista 20 % mutta miehistä vain 5 % kuului alempiin toimihenkilöihin. Ammattitaitoisten työntekijöiden keskuudessa tilanne oli päinvastainen (5 vs. 16 %). Käytetty sosioekonominen ryhmittäminen saattaa ottaa miesten ammattien erot paremmin huomioon kuin naisten ammattien erot. Ammatit voidaan ryhmitellä hyvin heterogeenisiksi ryhmiksi, jolloin osa naisten sosiaalisesta asemaan liittyvistä terveyseroista ehkä peittyi (Arber 1989, 1991a, 1991b, vrt. Kinnunen 1989).

Edellä esitettyjä ongelmia sosiaalisen aseman kuvaamisessa voidaan välttää, kun indi-

kaattorina käytetään koulutusta tai tuloja. Tämä selvitys osoittaa, että koulutusvuosien (ja tulojen) mukaan terveydentilan erot ovat yhtäläillä johdonmukaiset ja miehillä jonkin verran suuremmat kuin naisilla. Koulutuksen määrää koskeva tieto on verrattain helposti koottavissa ja sosiaalisesta asemasta saadaan järjestysasteikollinen kuva. Koulutus tuottaa sekä aineellista että henkistä pääomaa. Sosiaalisen aseman ja terveydentilan yhteyttä tulkittaessa koulutuksella voi olla erilaisia merkityksiä. Korkea koulutus esimerkiksi tuottaa sekä aineellisia resursseja että keinoja käyttää näitä resursseja terveyden ylläpitämiseen (ks. Lahelma & Valkonen 1989). Käytettäessä koulutusta kuvaamaan sosiaalista asemaa on kuitenkin pulmana se, että vanhemmissa väestöryhmissä koulutusjakauma on hyvin vino, ts. suurin osa on saanut hyvin vähän koulutusta. Koulutuksen määrä on hyvä sosiaalisen aseman indikaattori monien empiiristen tutkimusten tarkoituksiin. Tulot on myös konkreettinen osoitin, mutta ongelmallinen ennen muuta sen vuoksi, että huono terveys heikentää mahdollisuuksia hankkia hyvät tulot.

Lopuksi

Selvitys osoittaa, että Suomen aikuisväestön terveydentila jakautuu epätasaisesti sosiaalisen aseman mukaan. Tähän eriarvoisuuteen ei olennaisesti vaikuta se, mitä sosiaalisen aseman mittaustapaa käytetään tai se, mitä terveydentilan ulottuvuuksia tarkastelu koskee. Terveydentilan kannalta erityisen hyväosaisiksi ryhmiksi osoittautuivat miehet, jotka kuuluvat ylempiin toimihenkilöihin, ovat saaneet eriten koulutusta tai ovat hyvätuloisia. Huono-osaisimpia taas olivat eläkeläisten lisäksi maatalousyrittäjinä toimivat miehet ja naiset.

Suoritettu deskriptiivinen poikkileikkausanalyysi ei kuitenkaan mahdollista pitkälle meneviä johtopäätöksiä: Mitä todetut sosiaa-

lisen aseman mukaiset terveyserot merkitsevät? Mitä erojen takana on? Voidaanko eroja jotenkin selittää? Tämän selvityksen perusteella ei voida tehdä päätelmiä syistä ja vaikutuksista. Usein ajatellaan että huono terveydentila suorien tai epäsuorien mekanismien välityksellä johtuu huonosta sosiaalisesta asemasta. Ammatti- ja sosiaalisen rakenteen muuttuessa jatkuvasti on myös kiinnitettävä huomiota siihen, missä määrin terveydentila on yhteydessä sosiaaliseen liikkuvuuteen, missä määrin tapahtuu terveydentilaan perustuvaa valikoitumista joihinkin sosiaalisiin asemiin ja niistä pois (ks. Illsley 1986, Fox, Goldblatt, Jones 1985, Valkonen 1987, Lundberg 1990).

Syitä ja vaikutuksia tutkittaessa pitkittäistutkimuksista on suurta etua. Poikkileikkausasetelmassakin voidaan edetä kuvailevista analyttisempiin päätelmiin, kun asetetaan rajatumpia tutkimuskysymyksiä ja otetaan huomioon useita samanaikaisesti vaikuttavia tekijöitä (Macintyre 1986, Valkonen, Martelin 1988, Arber 1991a, 1991b, Lahelma 1991). Toinen tapa vahvistaa poikkileikkaustutkimuksen asetelmaa on vertailu muihin maihin. ELO86-aineistosta saatavia tuloksia on voidaan verrata Norjan Statistiska Sentralbyråns Levkårsundersökelse -tutkimuksen (1987) ja Ruotsin Statistiska Cent-

ralbyråns Undersökning av levnadsförhållanden -tutkimuksen (1987) tuloksiin (Vogel 1990, Sauli 1990).

Sosiaalisen aseman ohella miesten ja naisten erot ovat osoittautuneet erityisen tärkeitä kysymykseksi. Muita tärkeitä olosuhteita ja tekijöitä ovat mm. perhetilanne, sosiaaliset suhteet, asuminen ja muut aineelliset elinolot, työolot, kulutustavat ja elämäntyyli sekä terveyteen vaikuttavat elintavat. Jatkoselvitysten tehtävänä on tuoda tällaisia tekijöitä mukaan miesten ja naisten sosiaalisen aseman ja terveydentilan tutkimukseen.

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1.

Haittaava pitkäaikaissairaus iän, siviilisäädyn, kotitaloustyyppin, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien ja tulojen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakiotuluna ja -vakioimattomina.

| | Haittaava pitkäaikaissairaus | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioitu | | Vakioimaton | | Yhteensä % | N |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 28 | 34 | 28 | 34 | 32 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15–24 | | | 10 | 14 | 12 | 2247 |
| 25–44 | | | 15 | 19 | 17 | 4675 |
| 45–64 | | | 46 | 48 | 47 | 3311 |
| 65+ | | | 66 | 63 | 64 | 1824 |
| Siviilisäätty | | | | | | |
| Naimaton | | | 17 | 23 | 20 | 3053 |
| Avoliitossa | 28 | 25 | 19 | 15 | 17 | 890 |
| Avoliitossa | 27 | 34 | 34 | 34 | 34 | 6487 |
| Eronneet | 28 | 36 | 35 | 40 | 38 | 642 |
| Lesket | 26 | 34 | 57 | 61 | 60 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 27 | 33 | 19 | 26 | 22 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 25 | 37 | 18 | 28 | 21 | 1180 |
| Alemmat toimihenkilöt | 18 | 27 | 12 | 19 | 18 | 1596 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 14 | 25 | 11 | 18 | 14 | 1639 |
| Yrittäjät | 26 | 30 | 28 | 26 | 27 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 32 | 37 | 39 | 42 | 41 | 660 |
| Opiskelijat | 22 | 33 | 7 | 14 | 11 | 1223 |
| Eläkeläiset | 34 | 38 | 71 | 67 | 68 | 2898 |
| Muut | 32 | 29 | 22 | 24 | 23 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0–4 | 32 | 37 | 72 | 69 | 70 | 988 |
| 5–9 | 30 | 35 | 37 | 41 | 39 | 5057 |
| 10–12 | 26 | 32 | 16 | 22 | 20 | 3358 |
| 13+ | 19 | 30 | 14 | 21 | 18 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| –20000 | 32 | 34 | 15 | 26 | 22 | 2202 |
| 20001–40000 | 33 | 37 | 46 | 47 | 47 | 3727 |
| 40001–60000 | 29 | 31 | 31 | 28 | 29 | 3666 |
| 60001–80000 | 24 | 29 | 23 | 27 | 24 | 1576 |
| 80001– | 16 | 24 | 15 | 23 | 17 | 888 |
| Tulovilidennes | | | | | | |
| I (alin) | 33 | 38 | 36 | 42 | 39 | 2411 |
| II | 33 | 36 | 37 | 40 | 38 | 2412 |
| III | 29 | 35 | 29 | 32 | 31 | 2411 |
| IV | 25 | 31 | 24 | 28 | 26 | 2411 |
| V (ylin) | 20 | 28 | 20 | 27 | 23 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 27 | 32 | 28 | 35 | 32 | 2030 |
| Esikaupunki | 24 | 34 | 21 | 31 | 27 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama | 26 | 33 | 26 | 32 | 29 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 34 | 38 | 40 | 42 | 41 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 23 | 29 | 22 | 27 | 25 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 27 | 34 | 28 | 34 | 31 | 3626 |
| Itä-Suomi | 33 | 39 | 35 | 41 | 38 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 28 | 33 | 29 | 34 | 32 | 3353 |
| Pohjois-Suomi | 32 | 38 | 30 | 37 | 34 | 1488 |

Liitetaulukko 2.

Pitkäaikaissairaus län, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tulovildenneksen, asuinpalkan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina.

| | Pitkäaikaissairaus | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioitu | | Vakioimaton | | Yhteensä % | N |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 40 | 43 | 40 | 43 | 42 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15-24 | | | 19 | 22 | 21 | 2247 |
| 25-44 | | | 26 | 27 | 26 | 4675 |
| 45-64 | | | 59 | 57 | 58 | 3311 |
| 65+ | | | 75 | 76 | 76 | 1824 |
| Siviilisäätty | | | | | | |
| Naimaton | 41 | 47 | 25 | 34 | 30 | 3053 |
| Avoliitossa | 44 | 46 | 32 | 30 | 31 | 890 |
| Avioliitossa | 39 | 41 | 46 | 41 | 43 | 6487 |
| Eronneet | 43 | 43 | 50 | 46 | 48 | 642 |
| Lesket | 39 | 44 | 71 | 73 | 73 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 39 | 41 | 30 | 33 | 27 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 37 | 43 | 29 | 34 | 32 | 1180 |
| Alemmat toimihenk. | 41 | 39 | 31 | 29 | 30 | 1596 |
| Ylemmättoimihenk. | 30 | 36 | 26 | 28 | 29 | 1639 |
| Yrittäjät | 37 | 40 | 38 | 35 | 37 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 38 | 38 | 43 | 43 | 43 | 660 |
| Opiskelijat | 39 | 43 | 17 | 23 | 20 | 1223 |
| Eläkeläiset | 47 | 47 | 80 | 78 | 79 | 2898 |
| Muut | 41 | 38 | 31 | 31 | 31 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0-4 | 43 | 45 | 79 | 79 | 79 | 988 |
| 5-9 | 40 | 44 | 46 | 51 | 49 | 5057 |
| 10-12 | 41 | 42 | 29 | 31 | 30 | 3358 |
| 13+ | 36 | 39 | 29 | 28 | 29 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| -20000 | 41 | 44 | 24 | 35 | 31 | 2202 |
| 20001-40000 | 43 | 45 | 54 | 54 | 56 | 3727 |
| 40001-60000 | 42 | 41 | 42 | 36 | 39 | 3666 |
| 60001-80000 | 37 | 39 | 35 | 36 | 35 | 1576 |
| 80001- | 31 | 35 | 30 | 33 | 31 | 888 |
| Tulovildennes | | | | | | |
| I (ain) | 42 | 45 | 43 | 49 | 46 | 2411 |
| II | 44 | 46 | 47 | 50 | 49 | 2412 |
| III | 42 | 43 | 41 | 49 | 40 | 2411 |
| IV | 38 | 41 | 36 | 38 | 37 | 2411 |
| V (ylin) | 34 | 39 | 33 | 37 | 35 | 2412 |
| Asuinpalkan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 39 | 41 | 39 | 45 | 43 | 2030 |
| Esikaupunki | 40 | 43 | 36 | 40 | 38 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama .. | 39 | 44 | 38 | 43 | 40 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 42 | 44 | 46 | 49 | 47 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 37 | 39 | 34 | 37 | 36 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 40 | 45 | 39 | 45 | 42 | 3626 |
| Itä-Suomi | 43 | 47 | 44 | 50 | 47 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 40 | 42 | 41 | 43 | 42 | 3353 |
| Pohjois-Suomi | 41 | 42 | 39 | 41 | 40 | 1488 |

Liitetaulukko 3.

Vähintään kolme pitkäaikaisrauttia iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauksia ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioluina ja -vakioimattomina.

| | Vähintään kolme pitkäaikaisrauttia | | | | Yhteensä % | N |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakiolu | | Vakioimaton | | | |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 10 | 16 | 10 | 16 | 13 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15-24 | | | 1 | 2 | 1 | 2247 |
| 25-44 | | | 4 | 5 | 4 | 4675 |
| 45-64 | | | 17 | 24 | 20 | 3311 |
| 65+ | | | 29 | 41 | 37 | 1824 |
| Siviilisäätty | | | | | | |
| Naimaton | 11 | 16 | 3 | 8 | 6 | 3053 |
| Avoliitossa | 13 | 16 | 6 | 6 | 6 | 890 |
| Avioliitossa | 10 | 15 | 12 | 14 | 13 | 6487 |
| Eronneet | 13 | 19 | 16 | 21 | 19 | 642 |
| Lesket | 10 | 17 | 27 | 40 | 38 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 8 | 14 | 4 | 8 | 6 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 8 | 18 | 4 | 10 | 6 | 1180 |
| Alemmat toimihenkilöt | 8 | 12 | 4 | 6 | 6 | 1596 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 7 | 12 | 4 | 6 | 5 | 1639 |
| Yrittäjät | 7 | 12 | 7 | 8 | 7 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 10 | 11 | 12 | 13 | 12 | 660 |
| Opiskelijat | 12 | 13 | 1 | 2 | 1 | 1223 |
| Eläkeläiset | 12 | 18 | 30 | 41 | 37 | 2898 |
| Muut | 7 | 13 | 3 | 8 | 7 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0-4 | 12 | 20 | 32 | 49 | 42 | 988 |
| 5-9 | 10 | 15 | 13 | 19 | 16 | 5057 |
| 10-12 | 9 | 15 | 4 | 8 | 6 | 3358 |
| 13+ | 7 | 12 | 4 | 6 | 5 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| -20000 | 10 | 18 | 3 | 11 | 8 | 2202 |
| 20001-40000 | 12 | 17 | 21 | 25 | 23 | 3727 |
| 40001-60000 | 10 | 14 | 10 | 11 | 10 | 3666 |
| 60001-80000 | 9 | 14 | 8 | 11 | 9 | 1576 |
| 80001- | 5 | 12 | 5 | 11 | 6 | 888 |
| Tuloviidennes | | | | | | |
| I (alin) | 12 | 17 | 13 | 20 | 17 | 2411 |
| II | 12 | 17 | 14 | 21 | 18 | 2412 |
| III | 9 | 18 | 9 | 15 | 12 | 2411 |
| IV | 9 | 15 | 8 | 12 | 10 | 2411 |
| V (ylin) | 7 | 12 | 6 | 11 | 8 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 10 | 15 | 10 | 18 | 15 | 2030 |
| Esikaupunki | 9 | 16 | 7 | 14 | 11 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama ... | 9 | 16 | 9 | 15 | 12 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 11 | 17 | 13 | 20 | 16 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 9 | 13 | 7 | 12 | 10 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 9 | 17 | 9 | 17 | 13 | 3626 |
| Itä-Suomi | 13 | 18 | 13 | 20 | 17 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 10 | 15 | 10 | 16 | 13 | 3353 |
| Pohjois-Suomi | 11 | 18 | 10 | 17 | 13 | 1488 |

Liitetaulukko 4.

Sydän- ja verenkierroelinten sairaus iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tulovilidennuksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakiotuna ja -vakioimattomina.

| | Sydän- ja verenkierroelinten sairaus | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioitu | | Vakioimaton | | Yhteensä % | N |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 19 | 22 | 19 | 22 | 20 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15-24 | | | 1 | 1 | 1 | 2247 |
| 25-44 | | | 7 | 6 | 7 | 4675 |
| 45-64 | | | 32 | 31 | 31 | 3311 |
| 65+ | | | 57 | 61 | 59 | 1824 |
| Siviilisääty | | | | | | |
| Naimaton | 18 | 19 | 6 | 9 | 8 | 3053 |
| Avoliitossa | 22 | 22 | 11 | 8 | 9 | 890 |
| Avioliitossa | 18 | 22 | 24 | 20 | 22 | 6487 |
| Eronneet | 18 | 22 | 24 | 24 | 24 | 642 |
| Lesket | 23 | 23 | 62 | 57 | 57 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 18 | 20 | 10 | 11 | 10 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 19 | 21 | 11 | 11 | 11 | 1180 |
| Alemmat toimihenk. | 16 | 16 | 9 | 7 | 8 | 1596 |
| Ylemmät toimihenk. | 12 | 16 | 8 | 8 | 8 | 1639 |
| Yrittäjät | 17 | 21 | 18 | 13 | 17 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 17 | 19 | 21 | 21 | 21 | 660 |
| Opiskelijat | 27 | 23 | 2 | 2 | 2 | 1223 |
| Eläkeläiset | 21 | 24 | 52 | 57 | 55 | 2898 |
| Muut | 17 | 19 | 9 | 12 | 11 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0-4 | 20 | 24 | 54 | 65 | 61 | 988 |
| 5-9 | 20 | 22 | 25 | 27 | 26 | 5057 |
| 10-12 | 13 | 16 | 8 | 8 | 8 | 3358 |
| 13+ | 9 | 10 | 6 | 5 | 6 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| -20000 | 17 | 24 | 4 | 14 | 11 | 2202 |
| 20001-40000 | 20 | 23 | 30 | 36 | 34 | 3727 |
| 40001-60000 | 21 | 18 | 21 | 12 | 17 | 3666 |
| 60001-80000 | 18 | 20 | 16 | 15 | 16 | 1576 |
| 80001- | 12 | 16 | 12 | 12 | 12 | 888 |
| Tulovilidennes | | | | | | |
| I (alin) | 20 | 23 | 21 | 29 | 25 | 2411 |
| II | 21 | 23 | 24 | 28 | 26 | 2412 |
| III | 20 | 23 | 19 | 20 | 19 | 2411 |
| IV | 18 | 20 | 17 | 16 | 16 | 2411 |
| V (ylin) | 15 | 18 | 14 | 15 | 14 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 19 | 20 | 20 | 24 | 22 | 2030 |
| Esikaupunki | 18 | 22 | 15 | 18 | 17 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama ... | 18 | 22 | 17 | 21 | 19 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 20 | 24 | 24 | 29 | 26 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 16 | 19 | 14 | 16 | 15 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 19 | 22 | 19 | 22 | 20 | 3626 |
| Itä-Suomi | 21 | 24 | 23 | 26 | 24 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 17 | 22 | 19 | 23 | 21 | 2253 |
| Pohjois-Suomi | 22 | 24 | 20 | 22 | 21 | 1488 |

Liitetaulukko 5.

Tuki- ja liikuntaelinten sairaus iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tulovilidennuksen, asuinpalkan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset sairauden ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina.

| | Tuki- ja liikuntaelinten sairaus | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioitu | | Vakioimaton | | Yhteensä % | N |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 17 | 21 | 17 | 21 | 19 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15–24 | | | 4 | 5 | 4 | 2247 |
| 25–44 | | | 11 | 10 | 10 | 4675 |
| 45–64 | | | 30 | 32 | 31 | 3311 |
| 65+ | | | 30 | 41 | 37 | 1824 |
| Siviilisäätty | | | | | | |
| Naimaton | 15 | 21 | 8 | 12 | 10 | 3053 |
| Avoliitossa | 19 | 19 | 14 | 9 | 11 | 890 |
| Avioliitossa | 17 | 20 | 21 | 20 | 21 | 6487 |
| Eronneet | 20 | 24 | 26 | 27 | 27 | 642 |
| Lesket | 14 | 21 | 24 | 40 | 37 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 16 | 23 | 12 | 17 | 15 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 17 | 26 | 14 | 18 | 15 | 1180 |
| Alemmat toimihenk. | 16 | 17 | 12 | 11 | 11 | 1596 |
| Ylemmät toimihenk. | 12 | 14 | 10 | 10 | 10 | 1639 |
| Yrittäjät | 16 | 23 | 19 | 19 | 18 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 20 | 18 | 25 | 22 | 24 | 660 |
| Opiskelijat | 15 | 18 | 3 | 5 | 4 | 1223 |
| Eläkeläiset | 19 | 22 | 34 | 42 | 39 | 2898 |
| Muut | 15 | 17 | 11 | 13 | 12 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0–4 | 22 | 23 | 40 | 45 | 43 | 988 |
| 5–9 | 17 | 22 | 21 | 28 | 24 | 5057 |
| 10–12 | 16 | 17 | 10 | 11 | 10 | 3358 |
| 13+ | 14 | 16 | 11 | 10 | 10 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| –20000 | 18 | 9 | 19 | 8 | 11 | 2202 |
| 20001–40000 | 19 | 22 | 24 | 29 | 27 | 3727 |
| 40001–60000 | 18 | 21 | 19 | 18 | 18 | 3666 |
| 60001–80000 | 14 | 15 | 15 | 14 | 14 | 1576 |
| 80001– | 12 | 17 | 13 | 17 | 13 | 888 |
| Tulovilidennes | | | | | | |
| I (alin) | 20 | 22 | 20 | 24 | 22 | 2411 |
| II | 19 | 23 | 20 | 25 | 23 | 2412 |
| III | 19 | 20 | 18 | 18 | 18 | 2411 |
| IV | 15 | 21 | 15 | 19 | 17 | 2411 |
| V (ylin) | 12 | 17 | 12 | 16 | 14 | 2412 |
| Asuinpalkan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 17 | 20 | 17 | 23 | 21 | 2030 |
| Esikaupunki | 15 | 20 | 13 | 18 | 16 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama ... | 16 | 20 | 15 | 20 | 18 | 3144 |
| Haja-asutus-alue | 20 | 22 | 23 | 25 | 24 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 13 | 17 | 12 | 15 | 14 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 17 | 22 | 17 | 22 | 19 | 3626 |
| Itä-Suomi | 20 | 23 | 21 | 25 | 23 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 16 | 20 | 17 | 21 | 19 | 3353 |
| Pohjois-Suomi | 16 | 20 | 17 | 21 | 19 | 1488 |

Lifitaulukko 6.

Vakava liikuntaeste iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tulovliidennksen, asuinpaikan tyyppiin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset liikuntaesteen ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakiotulna ja -vakioimattomina.

| | Vakava liikuntaeste | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioitu | | Vakioimaton | | Yhteensä % | N |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 13 | 20 | 13 | 20 | 17 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15–24 | | | 1 | 1 | 1 | 2247 |
| 25–44 | | | 3 | 4 | 4 | 4675 |
| 45–64 | | | 22 | 27 | 25 | 3311 |
| 65+ | | | 48 | 60 | 55 | 1824 |
| Siviilisäätö | | | | | | |
| Naimaton | 17 | 23 | 5 | 10 | 7 | 3053 |
| Avoliitossa | 15 | 22 | 7 | 7 | 7 | 890 |
| Avioliitossa | 12 | 19 | 16 | 17 | 17 | 6487 |
| Eronneet | 16 | 22 | 20 | 21 | 21 | 642 |
| Lesket | 12 | 20 | 44 | 53 | 52 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 9 | 15 | 4 | 8 | 6 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 9 | 18 | 4 | 8 | 5 | 1180 |
| Alemmat toimihenk. | 8 | 12 | 3 | 5 | 5 | 1596 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 4 | 6 | 2 | 4 | 3 | 1639 |
| Yrittäjät | 9 | 19 | 9 | 12 | 10 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 9 | 13 | 10 | 15 | 12 | 660 |
| Opiskelijat | 7 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1223 |
| Eläkeläiset | 17 | 23 | 49 | 58 | 54 | 2898 |
| Muut | 7 | 16 | 3 | 9 | 7 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0–4 | 15 | 22 | 49 | 64 | 58 | 988 |
| 5–9 | 14 | 21 | 17 | 25 | 21 | 5057 |
| 10–12 | 10 | 20 | 4 | 8 | 6 | 3358 |
| 13+ | 7 | 13 | 4 | 6 | 5 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| –20000 | 14 | 21 | 4 | 12 | 9 | 2202 |
| 20001–40000 | 16 | 22 | 27 | 36 | 33 | 3727 |
| 40001–60000 | 13 | 16 | 14 | 11 | 12 | 3666 |
| 60001–80000 | 10 | 11 | 8 | 7 | 7 | 1576 |
| 80001– | 6 | 13 | 5 | 9 | 6 | 888 |
| Tulovliidennes | | | | | | |
| I (alin) | 16 | 21 | 18 | 28 | 24 | 2411 |
| II | 15 | 22 | 19 | 28 | 24 | 2412 |
| III | 14 | 22 | 13 | 18 | 16 | 2411 |
| IV | 11 | 18 | 10 | 14 | 12 | 2411 |
| V (ylin) | 7 | 14 | 7 | 10 | 8 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 14 | 20 | 14 | 23 | 20 | 2030 |
| Esikaupunki | 11 | 21 | 9 | 16 | 13 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama ... | 13 | 19 | 12 | 19 | 16 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 15 | 20 | 19 | 25 | 22 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 11 | 17 | 9 | 14 | 12 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 13 | 20 | 13 | 20 | 17 | 3626 |
| Itä-Suomi | 16 | 21 | 17 | 24 | 20 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 12 | 20 | 13 | 21 | 18 | 3353 |
| Pohjois-Suomi | 15 | 22 | 14 | 20 | 17 | 1488 |

Liitetaulukko 7.

Päivittäistoimintojen vaikeudet iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tulovildenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset vaikeuksia ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioituina ja -vakioimattomina.

| | Päivittäistoimintojen vaikeudet | | | | | N |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioitu | | Vakioimaton | | Yhteensä % | |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 6 | 10 | 6 | 10 | 8 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15–24 | | | 1 | 2 | 1 | 2247 |
| 25–44 | | | 2 | 2 | 2 | 4675 |
| 45–64 | | | 8 | 10 | 9 | 3311 |
| 65+ | | | 28 | 37 | 33 | 1824 |
| Siviilisääty | | | | | | |
| Naimaton | 10 | 11 | 4 | 6 | 5 | 3053 |
| Avoliitossa | 4 | 8 | 2 | 2 | 2 | 890 |
| Avoliit. | 5 | 10 | 7 | 8 | 7 | 6487 |
| Eronneet | 8 | 11 | 8 | 9 | 9 | 642 |
| Lesket | 8 | 9 | 39 | 30 | 31 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 4 | 6 | 1 | 2 | 2 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 4 | 6 | 2 | 2 | 2 | 1180 |
| Alemmat toimihenk. | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1596 |
| Yliemmät toimihenk. | 2 | 6 | 1 | 2 | 1 | 1639 |
| Yrittäjät | 4 | 8 | 3 | 3 | 3 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 660 |
| Opiskelijat | 3 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1223 |
| Eläkeläiset | 8 | 12 | 25 | 34 | 30 | 2898 |
| Muut | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0–4 | 7 | 11 | 30 | 39 | 35 | 988 |
| 5–9 | 6 | 10 | 7 | 11 | 9 | 5057 |
| 10–12 | 5 | 10 | 2 | 4 | 3 | 3358 |
| 13+ | 3 | 9 | 2 | 4 | 3 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| –20000 | 5 | 10 | 2 | 6 | 4 | 2202 |
| 20001–40000 | 7 | 11 | 15 | 20 | 18 | 3727 |
| 40001–60000 | 6 | 7 | 5 | 4 | 5 | 3666 |
| 60001–80000 | 4 | 6 | 3 | 3 | 3 | 1576 |
| 80001– | 3 | 6 | 3 | 5 | 3 | 888 |
| Tulovildennes | | | | | | |
| I (alin) | 7 | 10 | 10 | 16 | 13 | 2411 |
| II | 7 | 11 | 10 | 14 | 12 | 2412 |
| III | 6 | 11 | 5 | 9 | 7 | 2411 |
| IV | 6 | 8 | 5 | 6 | 5 | 2411 |
| V (ylin) | 3 | 8 | 3 | 5 | 4 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 6 | 9 | 7 | 12 | 10 | 2030 |
| Esikaupunki | 5 | 11 | 4 | 8 | 6 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama ... | 6 | 9 | 6 | 10 | 8 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 7 | 11 | 9 | 13 | 11 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 5 | 8 | 4 | 7 | 6 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 6 | 11 | 6 | 11 | 8 | 3626 |
| Itä-Suomi | 7 | 11 | 8 | 13 | 11 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 6 | 9 | 7 | 10 | 9 | 3353 |
| Pohjois-Suomi | 8 | 11 | 7 | 10 | 9 | 1488 |

Litetaulukko 8.

Koettu terveydentila tän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tulovliidennksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset huonon tai erittäin huonon terveydentilan ilmoittaneiden osuudet (%) ikävakioiduina ja -vakioimattomina.

| | Koettu terveydentila huono tai erittäin huono | | | | | N |
|-----------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioidu | | Vakioimaton | | Yhteensä % | |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 7 | 8 | 7 | 8 | 8 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15–24 | | | 1 | 1 | 1 | 2247 |
| 25–44 | | | 3 | 2 | 2 | 4675 |
| 45–64 | | | 12 | 11 | 12 | 3311 |
| 65+ | | | 23 | 24 | 23 | 1824 |
| Siviilisäätö | | | | | | |
| Naimaton | 10 | 8 | 4 | 4 | 4 | 3053 |
| Avoliitossa | 9 | 9 | 5 | 3 | 4 | 890 |
| Avoliitossa | 6 | 8 | 9 | 7 | 8 | 6487 |
| Eronneet | 10 | 8 | 13 | 9 | 11 | 642 |
| Lesket | 6 | 8 | 19 | 22 | 22 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 5 | 7 | 3 | 3 | 3 | 1180 |
| Alemmat toimihenkilöt | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1596 |
| Ylemmät toimihenkilöt | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1639 |
| Yrittäjät | 3 | 9 | 3 | 6 | 4 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 4 | 5 | 6 | 5 | 5 | 660 |
| Opiskelijat | 4 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1223 |
| Eläkeläiset | 10 | 10 | 26 | 24 | 25 | 2898 |
| Muut | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0–4 | 9 | 9 | 26 | 27 | 27 | 988 |
| 5–9 | 8 | 8 | 10 | 10 | 10 | 5057 |
| 10–12 | 6 | 8 | 3 | 4 | 4 | 3358 |
| 13+ | 3 | 6 | 2 | 3 | 3 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| –20000 | 9 | 9 | 11 | 12 | 12 | 2202 |
| 20001–40000 | 9 | 9 | 11 | 11 | 11 | 3727 |
| 40001–60000 | 6 | 5 | 7 | 7 | 7 | 3666 |
| 60001–80000 | 5 | 4 | 6 | 5 | 5 | 1576 |
| 80001– | 3 | 8 | 3 | 5 | 4 | 888 |
| Tulovliidennes | | | | | | |
| I (alin) | 9 | 9 | 11 | 12 | 11 | 2411 |
| II | 9 | 9 | 11 | 11 | 13 | 2412 |
| III | 6 | 9 | 7 | 8 | 11 | 2411 |
| IV | 7 | 6 | 6 | 5 | 11 | 2411 |
| V (ylin) | 3 | 6 | 3 | 5 | 9 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 6 | 7 | 7 | 8 | 11 | 2030 |
| Esikaupunki | 5 | 8 | 5 | 7 | 10 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama | 7 | 8 | 8 | 8 | 11 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 8 | 9 | 11 | 11 | 13 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 6 | 7 | 5 | 6 | 6 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 7 | 8 | 7 | 8 | 8 | 3626 |
| Itä-Suomi | 9 | 10 | 10 | 12 | 11 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 6 | 7 | 7 | 8 | 8 | 3353 |
| Pohjois-Suomi | 8 | 10 | 8 | 9 | 9 | 1488 |

Liitetaulukko 9.

Psykosomaattiset oireet län, siviilissäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidennksen, asuinpaikan tyyppin, ja alueen mukaan. Sukupuolittaiset oireiden keskipisteet (0–8) ikävakioituina ja -vakioimattomina.

| | Psykosomaattisia oireita keskimäärin | | | | Yhteensä % | + N |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------|
| | Ikävakioitu | | Vakioimaton | | | |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 1.7 | 2.5 | 1.7 | 2.5 | 2.1 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15–24 | | | 1.3 | 2.0 | 1.7 | 2247 |
| 25–44 | | | 1.3 | 1.9 | 1.6 | 4675 |
| 45–64 | | | 2.0 | 2.9 | 2.5 | 3311 |
| 65+ | | | 2.8 | 3.4 | 3.2 | 1824 |
| Siviilissäätty | | | | | | |
| Naimaton | 2.0 | 2.2 | 1.5 | 2.1 | 1.8 | 3053 |
| Avoliitossa | 1.9 | 2.8 | 1.5 | 2.1 | 1.8 | 890 |
| Avioliitossa | 1.7 | 2.5 | 1.7 | 2.4 | 2.0 | 6487 |
| Eronneet | 1.7 | 2.9 | 2.0 | 2.8 | 2.5 | 642 |
| Lesket | 2.9 | 3.2 | 2.8 | 3.4 | 3.3 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 1.5 | 2.2 | 1.5 | 2.3 | 1.9 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 1.3 | 2.3 | 1.2 | 2.3 | 1.5 | 1180 |
| Alemmat toimihenk. | 1.2 | 1.8 | 1.3 | 1.9 | 1.8 | 1596 |
| Ylemmät toimihenk. | 1.1 | 1.9 | 1.0 | 1.9 | 1.4 | 1639 |
| Yrittäjät | 1.6 | 1.9 | 1.4 | 2.1 | 1.7 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 1.6 | 2.2 | 1.7 | 2.5 | 2.0 | 660 |
| Opiskelijat | 1.6 | 2.0 | 1.2 | 2.0 | 1.6 | 1223 |
| Eläkeläiset | 3.3 | 4.1 | 3.1 | 3.6 | 3.4 | 2898 |
| Muut | 1.7 | 2.2 | 1.7 | 2.1 | 1.9 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0–4 | 1.9 | 3.1 | 3.3 | 3.9 | 3.7 | 988 |
| 5–9 | 1.8 | 2.6 | 1.9 | 2.7 | 2.3 | 5057 |
| 10–12 | 1.6 | 2.3 | 1.4 | 2.1 | 1.8 | 3358 |
| 13+ | 1.3 | 1.9 | 1.2 | 1.9 | 1.6 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| –20000 | 1.2 | 2.6 | 1.3 | 2.3 | 2.0 | 2202 |
| 20001–40000 | 2.2 | 2.8 | 2.4 | 3.0 | 2.8 | 3727 |
| 40001–60000 | 1.6 | 2.2 | 1.6 | 2.1 | 1.9 | 3666 |
| 60001–80000 | 1.3 | 2.3 | 1.3 | 2.0 | 1.6 | 1576 |
| 80001– | 1.2 | 2.3 | 1.2 | 2.1 | 1.4 | 888 |
| Tuloviidennes | | | | | | |
| I (alin) | 1.9 | 2.8 | 1.9 | 2.9 | 2.5 | 2411 |
| II | 1.9 | 2.6 | 2.0 | 2.7 | 2.4 | 2412 |
| III | 1.7 | 2.6 | 1.7 | 2.5 | 2.1 | 2411 |
| IV | 1.6 | 2.2 | 1.5 | 2.2 | 1.9 | 2411 |
| V (ylin) | 1.4 | 2.3 | 1.3 | 2.1 | 1.7 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 1.6 | 2.4 | 1.7 | 2.5 | 2.2 | 2030 |
| Esikaupunki | 1.6 | 2.5 | 1.5 | 2.4 | 2.0 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama ... | 1.7 | 2.5 | 1.6 | 2.5 | 2.1 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 1.8 | 2.2 | 1.9 | 2.7 | 2.3 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 1.5 | 2.2 | 1.5 | 2.2 | 1.9 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 1.6 | 2.5 | 1.6 | 2.5 | 2.1 | 3626 |
| Itä-Suomi | 1.9 | 2.7 | 1.9 | 2.8 | 2.4 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 1.6 | 2.4 | 1.7 | 2.4 | 2.1 | 3353 |
| Pohj.-Suomi | 2.0 | 2.7 | 1.9 | 2.7 | 2.3 | 1488 |

Liitetaulukko 10.

Psyykkiset oireet iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, koulutusvuosien, tulojen, tuloviidenneksen, asuinpaikan tyyppin ja alueen mukaan. Oireiden keskipisteet (0–9) sukupuolittain ikävakioituina ja -vakiolmattomina.

| | Psyykkisiä oireita keskimäärin | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Ikävakioitu | | Vakiolmaton | | Yhteensä % | N |
| | Miehet % | Naiset % | Miehet % | Naiset % | | |
| Yhteensä | 2.4 | 3.3 | 2.4 | 3.3 | 2.9 | 12057 |
| Ikä | | | | | | |
| 15–24 | | | 2.1 | 3.3 | 2.7 | 2247 |
| 25–44 | | | 2.2 | 3.0 | 2.6 | 4675 |
| 45–64 | | | 2.4 | 3.3 | 2.9 | 3311 |
| 65+ | | | 3.1 | 3.9 | 3.6 | 1824 |
| Siviilisäätö | | | | | | |
| Naimaton | 2.5 | 3.1 | 2.2 | 3.3 | 2.7 | 3053 |
| Avoliitossa | 2.9 | 3.7 | 2.3 | 3.3 | 2.8 | 890 |
| Avioliitossa | 2.3 | 3.2 | 2.3 | 3.1 | 2.7 | 6487 |
| Eronneet | 2.9 | 3.9 | 3.2 | 3.9 | 3.6 | 642 |
| Lesket | 3.9 | 4.1 | 3.3 | 3.8 | 3.8 | 986 |
| Sosioekonominen asema | | | | | | |
| Ammattitaidott. työntekijät | 2.1 | 2.8 | 2.1 | 3.1 | 2.6 | 1670 |
| Ammattitaitois. työntekijät | 1.8 | 3.1 | 1.8 | 3.1 | 2.1 | 1180 |
| Alemmat toimihenk. | 2.0 | 2.8 | 2.0 | 2.9 | 2.8 | 1596 |
| Ylemmät toimihenk. | 2.2 | 3.0 | 2.1 | 2.9 | 2.4 | 1639 |
| Yrittäjät | 3.0 | 3.1 | 2.6 | 3.2 | 2.8 | 405 |
| Maatalousyrittäjät | 2.3 | 3.0 | 2.2 | 3.0 | 2.5 | 660 |
| Opiskelijat | 3.0 | 3.2 | 2.1 | 3.5 | 2.9 | 1223 |
| Eläkeläiset | 4.3 | 4.9 | 3.3 | 4.0 | 3.7 | 2898 |
| Muut | 2.9 | 3.1 | 2.8 | 3.1 | 1.9 | 787 |
| Koulutusvuodet | | | | | | |
| 0–4 | 2.0 | 3.6 | 3.2 | 4.3 | 3.9 | 988 |
| 5–9 | 2.3 | 3.3 | 2.3 | 3.3 | 2.8 | 5057 |
| 10–12 | 2.3 | 3.1 | 2.1 | 3.1 | 2.6 | 3358 |
| 13+ | 2.4 | 3.4 | 2.4 | 3.3 | 2.9 | 2655 |
| Vuositulot | | | | | | |
| –20000 | 3.0 | 3.5 | 2.4 | 3.4 | 3.0 | 2202 |
| 20001–40000 | 2.7 | 3.5 | 2.9 | 3.6 | 3.3 | 3727 |
| 40001–60000 | 2.2 | 2.9 | 2.2 | 2.9 | 2.6 | 3666 |
| 60001–80000 | 2.0 | 3.2 | 2.0 | 3.1 | 2.4 | 1576 |
| 80001– | 1.9 | 3.7 | 2.2 | 3.5 | 2.4 | 888 |
| Tuloviidennes | | | | | | |
| I (alin) | 2.6 | 3.6 | 2.7 | 3.7 | 3.3 | 2411 |
| II | 2.7 | 3.5 | 2.7 | 3.5 | 3.2 | 2412 |
| III | 2.2 | 3.3 | 2.3 | 3.2 | 2.8 | 2411 |
| IV | 2.2 | 3.0 | 2.1 | 2.9 | 2.5 | 2411 |
| V (ylin) | 2.1 | 3.3 | 2.1 | 3.1 | 2.6 | 2412 |
| Asuinpaikan tyyppi | | | | | | |
| Kaupungin keskusta | 2.5 | 3.4 | 2.6 | 3.5 | 3.1 | 2030 |
| Esikaupunki | 2.4 | 3.4 | 2.3 | 3.3 | 2.9 | 4187 |
| Kuntakeskus tai muu taajama ... | 2.3 | 3.2 | 2.3 | 3.2 | 2.8 | 3144 |
| Haja-asutusalue | 2.2 | 3.1 | 2.3 | 3.2 | 2.7 | 2658 |
| Alue | | | | | | |
| Pääkaupunkiseutu | 2.3 | 3.3 | 2.4 | 3.3 | 2.9 | 2013 |
| Etelä-Suomi | 2.4 | 3.4 | 2.4 | 3.4 | 2.9 | 3626 |
| Itä-Suomi | 2.4 | 3.4 | 2.4 | 3.4 | 3.0 | 1577 |
| Länsi-Suomi | 2.3 | 3.2 | 2.3 | 3.2 | 2.8 | 3353 |
| Pohj.-Suomi | 2.5 | 3.3 | 2.4 | 3.3 | 2.9 | 1488 |

Kirjallisuus

- Ahola A. Naisten ja miesten terveydestä ja oireilusta. Teoksessa Ahola A, Melkas J, Sauli H. Nuoruus, terveys, ihmissuhteet. Tilastokeskus, Elinolot 1990:1, Helsinki 1990:9–72
- Ahola A, Melkas J, Sauli H. Nuoruus, terveys, ihmissuhteet. Tilastokeskus, Elinolot 1990:1, Helsinki 1990
- Ahola A, Sauli H, Väisänen P. Aineiston laatu I: tietoa työprosessista aineiston laadun kannalta. Tilastokeskus, Raportti 12, Helsinki 1988
- Aiach P. Les inégalités sociales de santé en France. Teoksessa Aiach P, Carr-Hill R, Curtis S, Iilsley R. Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. INSERM, Paris 1987:17–42
- Aiach P, Carr-Hill R, Curtis S, Iilsley R. Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. INSERM, Paris 1987
- Allardt E. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Porvoo 1976
- Andersen O. Occupational mortality in the Nordic Countries 1971–1980. Nordisk statistisk skriftserie 49, Copenhagen 1988
- Arber S. Gender and class inequalities in health: understanding the differentials. Teoksessa A J Fox (toim.). Health Inequalities in European Countries. Gower, Aldershot 1989:250–279
- Arber S. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. Soc Sci Med 1991a:32:425–436
- Arber S. Sosiaaliluokka ja perherooli naisten terveyden tutkimuksessa. Sosiaalilääk Aikak 1991b:28:15–27
- Arber S, Gilbert G N, Dale A. Paid employment and women's health: A benefit or a source of role strain. Sociol Health Illness 1985:7:375–400
- Aro S. Stress, Morbidity and Health-related Behaviour. Scand J Soc Med, Suppl 25, 1981
- Aukee R, Rauhala P-L, Rimpelä U. Sosiaalinen asema, terveydentila ja terveystottumukset. Empiirinen tutkimus 20-, 30- ja 40-vuotiaista tamperelaisista naisista. Kansanterveystieteen julkaisuja M 88/85, Tampere 1985
- Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. Teoksessa A J Fox (toim.). Health Inequalities in European Countries. Gower, Aldershot 1989:199–230
- Blaxter M. Health and Lifestyles. Tavistock/Routledge, London 1990
- Brown G, Harris T. The Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women. Tavistock, London 1979
- Dahl E. Sosial ulikhet i helse. En analyse av norske undersøkelser. Statens institutt for folkehelse, Avdelning for helsetjenesteforskning, rapport nr. 7/1988, Oslo 1988
- Davey Smith G, Bartley M, Blane D. The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. Br Med J 1990:301:373–377
- Elinolosuhdetiedustelu 1978. Tuloksia suomalaisten elinoloja kartoittaneesta haastattelututkimuksesta. Tilastokeskus, Tutkimuksia N:o 51, Helsinki 1979
- A J Fox (toim.). Health Inequalities in European Countries. Gower, Aldershot 1989

Fox A J, Goldblatt O, Jones D R. Social class differentials: Artefact, selection or life circumstances. *J Epidemiol Community Health* 1985;39:1-8

General Household Survey 1987. Office of Population Censuses and Surveys, HMSO, London 1987

Goldblatt P. Kuolleisuuden sosioekonominen vaihtelu Englannissa ja Walesissa. *Sosiaalilääk Aikak* 28:1990:427-446

Goldthorpe J. *Social Mobility, and Class Structure in Modern Britain*. Clarendon Press, Oxford 1980

Gould R. Eläkkeelle ennen eläkeikää. Teoksessa A Karisto, P Takala, K Hellsten, I Helminen, I Massa. *Sosiaaliset riskit, tutkimus ja päätöksenteko*. Helsingin yliopisto, Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, Helsinki 1989:102-114

Gunning-Schepers, Spruit I, Krijnen J. *Socio economic inequalities in health. Sociaal-economische gezondheidsverschillen 2*, The Hague 1989

Haavio-Mannila E. Työn muuttuminen. Teoksessa E Haavio-Mannila, R Jallinoja, H Strandell. *Perhe, työ ja tunteet*, WSOY, Juva 1984

Haavio-Mannila E. Miesten ja naisten työ, elämäntyyli ja hyvinvointi. Helsingin yliopiston sosiologian laitos, työselostuksia n:o 43, Helsinki 1989

Haavio-Mannila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986;22:141-149

Hasan J. *Social class, disease and health. An essay in social medicine. Proceedings of the Society for Hornphysiology No. 6*, Tampere 1988

Illsley R. Occupational class, selection and the production of inequalities in health. *Quart J Soc Affairs* 1986;2:151-156

Illsley R. Comparative review of sources, methodology and knowledge. *Soc Sci Med* 1990;31:229-236

Illsley R, Svensson P-G. The health burden of social inequities. *WHO/Euro*, Copenhagen 1986

Jensen U J. *Sjukdomsbegrepp i praktiken. Det kliniska arbetets filosofi och vetenskaps-teori*. Esselte Studium, Stockholm 1985

Kalimo E, Nyman K, Klaukka T, Tuomikoski H, Savolainen E. *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964-1976*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18, Helsinki 1982

Kalimo E, Häkkinen U, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K. *Tietoja suomalaisten terveys-turvasta*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:67, Helsinki 1989

Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K, Raitasalo R. *Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24, Helsinki 1989

Karisto A. *Hyvinvointi ja sairauden ongelma*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46, Helsinki 1984

Karisto A. *Sosiaaliluokka ja sairastavuus*. Teoksessa A Karisto, P Takala, K Hellsten, I Helminen, I Massa. *Sosiaaliset riskit, tutkimus ja päätöksenteko*. Helsingin yliopisto, Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, Helsinki 1989:80-91

Karisto A, Takala P. *Sosiaalivaltion kriisi?* Helsingin yliopisto, Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, Helsinki 1985

Keskinen V. *Eloa etelässä. Elinolotutkimus pääkaupunkiseudulla*. Pääkaupunkiseudun julkaisusarja B 1989:5, Helsinki 1989

Koskinen S. Time trends in cause-specific mortality by occupational class in England and Wales. 20th General Conference of the IUSSP, Florence 1985

Kosonen P. Kapitalismin ja hyvinvointivaltion näkökulmat. Tutkijaliitto, Helsinki 1988

Lahelma E. Unemployment, Re-employment and Mental Well-being. Scand J Soc Med, Suppl. 43, 1989

Lahelma E. Sukupuoli, luokka ja sairastavuus. Sosiaalilääk Aikak 1991:28:29–39

Lahelma E, Valkonen T. Health and social inequities in Finland and elsewhere. Soc Sci Med 1990:31:257–265

Lundberg O. Class and health: Comparing Britain and Sweden. Soc Sci Med 1986:23:511–517

Lundberg O. Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könskillnader i sjuklighet. Institutet för social forskning 11, Stockholm 1990a

Lundberg O. Orsaker till klasskillnader i sjuklighet. Sosiaalilääk Aikak 1990b:27:23–42

Macintyre S. The patterning of health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research. Soc Sci Med 1986:23:393–415

Macintyre S. Gender differences in longevity and health: An international perspective. Paper presented at the East-West Workshop on Social Equity and Health in Europe, Stockholm 2–5 Sept. 1990

Marin R. Ammattikuolleisuus 1971–80. Tilastokeskus, Tutkimuksia 129, Helsinki 1986

Martikainen P. Suomalaisten miesten työttömyys ja kuolleisuus. Sosiaalilääk Aikak 1990:27:371–383

Moser K, Goldblatt P, Fox J, Jones D. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 Longitudinal Study census samples. Br Med J 1987:294:86–90

Nathanson C. Social roles and health status among women: the significance of employment. Soc Sci Med 1980:14A:463–471

NORD-SEI. Nordisk socioekonomisk indelning. Nordisk statistisk sekretariat. Teknische rapporter 51, København 1990

Notkola V, Tupi K, Louhelainen K. Työterveyshuollon toimivuus ja työolojen arviointi. Teoksessa Viljelijöiden työterveyshuollon seuranta- ja kehittämistutkimus 1985–87. Kansaneläkelaitoksen julkaisu A:25, Helsinki 1990

Pekkanen J, Uutela A, Kartovaara L, Tuomilehto J, Nissinen A. Keski-ikäisten suomalaismiesten koulutus ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijät vuosina 1972–87. Sosiaalilääk Aikak 1990:27:61–70

Rahkonen O. Terveiden sukupuolierot. Sosiaalilääk Aikak 1989:26:231–239

Rotschuh K E. Der Krankheitsbegriff. Teoksessa K E Rotschuh. Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1975:397–420

Sauli H. Ammatti ja kuolleisuus. Tilastokeskus, Tutkimuksia 54, Helsinki 1979

Sauli H. ELO:n terveystekijöistä. Tilastokeskus, muistio 24.8.1988

Sauli H. Elämää Pohjoismaissa terveyden ja ihmissuhteiden näkökulmasta. Sosiaalinen Aikakauskirja 6/1990:52–55

Sauli H, Ahola A, Savolainen J, Lahelma E. Elinolot numeroina. Tilastokeskus, Elinolot 1989:1, Helsinki 1989

Savolainen J. Fyysinen toimintakyky ja ystävyysuhteista eristyminen yli 65-vuotiailla. *Gerontologia* 1991:5:13–27

Sosiaali- ja terveystoimi (STM). Terveystavoitteet vuoteen 2000. Suomen terveystoiminnan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki 1986

Starrin B, Svensson P-G (toim.). Unemployment, Poverty and Quality of Working Life. Some European Experiences. Edition Sigma, Berlin 1989

Twaddle A C. The concept of health status. *Soc Sci Med* 1974:8:29–38

Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health. The Black Report. Penguin Books, Harmondsworth 1982

Uutela A, Pekkanen J, Kartovaara L, Tuomilehto J, Nissinen A. Koulutusryhmittäiset sydän- ja verisuonitautien riskitekijämuutokset itä-suomalaisilla naisilla vuosina 1972–87. *Sosiaalilääk Aikak* 1990:27:363–370

Valkonen T. Social inequity in the face of death. European Population Conference 1987, Plenaries, Central Statistical Office of Finland, Helsinki 1987:201–261

Valkonen T. Miesten sosioekonomiset kuolleisuuserot eräissä Euroopan maissa. *Sosiaalilääk Aikak* 1988:25:13–22

Valkonen T. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. Teoksessa A J Fox (toim.). Health Inequalities in European Countries. Gower, Aldershot 1989:142–162

Valkonen T, Martelin T. Occupational class and suicide: An example of the elaboration of a relationship. Department of Sociology, University of Helsinki, Research reports 222, Helsinki 1988

Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A. Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971–85. Tilastokeskus, Tutkimuksia 172, Helsinki 1990

Warr P. Work, Unemployment and Health, Clarendon Press, Oxford 1987

Verbrugge L, Wingard D. Sex differentials in health and mortality. *Women and Health* 1987:12:103–145

West P. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Soc Sci Med* 1991:32:373–384

Whitehead M. The health divide: Inequalities in health in the 1980's. Health Education Council, London 1987

WHO. Targets for Health for All. Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All. WHO/Euro, Copenhagen 1986

Wilkinson R G. (toim.). Class and Health. Tavistock, London & New York 1986a

Wilkinson R G. Socio-economic differentials in mortality: Interpreting the data on their size and trends. Teoksessa R G Wilkinson (toim.). Class and Health. Tavistock, London & New York 1986:1–20 1986b

Vogel J. Léva i Norden. Levnadsnivå och ojämlikhet vid slutet av 80-talet. Nordisk statistisk skriftserie 54, København 1990

Vågerö D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet*, July 1, 1989:ii:35–36

Sosiaalinen asema ja terveydentila

Vuoden 1986 elinolotutkimuksen osaraportti

Eero Lahelma



"Suomen aikuisväestön terveydentila jakautuu epätasaisesti sosiaalisen aseman mukaan: mitä parempi sosiaalinen asema, sitä vähemmän sairauksia ja muita terveysongelmia". Raportissa esitetään suuren haastattelututkimuksen tulokset sosioekonomisen ryhmän, koulutuksen ja tulojen yhteydestä suomalaisten terveydentilaan. Sairauksien lisäksi tarkastellaan toimintakyvyn, koetun terveydentilan ja oireiden sekä naisten ja miesten terveyserojen sosiaalista vaihtelua.

Julkaisujen myynti:

Tilastokeskus
PL 504
00101 Helsinki
(90) 17 341

Försäljning:

Statistikcentralen
PB 504
00101 Helsingfors
(90) 17 341

Hinta - Pris

60 mk

ISSN 0784-8757
ISBN 951-47-4582-5