

EHYT KATSAUKSIA 1/2014

Antti Maunu

# Kuinka terveyttä tehdään?

Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset  
oppilaitokset niiden kaventajina

Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. EHYT Katsauksia 1/2014.

Teksti: Antti Maunu © Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry ja Antti Maunu • ISBN 978-952-6661-54-4 (PDF)

EHYT -KATSAUKSIA 1/2014

Antti Maunu

# Kuinka terveyttä tehdään?

Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset  
oppilaitokset niiden kaventajina



# SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	6
JOHDANTO: SUURI TUNTEMATON ELI SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT JA NIIHIN VAIKUTTAMINEN	8
Kuinka terveyttä tehdään?	10
<b>1. SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT SUOMESSA</b>	<b>15</b>
Kuolleisuus	16
Työ- ja toimintakyky	17
Pitkäaikaissairaudet	18
Koettu terveys	19
Mielenterveys	20
<b>2. MISTÄ SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT JOHTUVAT?</b>	<b>23</b>
Aineelliset tekijät: terveyden ehdot ja mahdollisuudet	23
Terveyspalveluiden saatavuus	25
Terveyskäyttäytyminen ja kulttuuriset tekijät	27
Psykososiaaliset tekijät ja voimaantumisen	31
Sosiaalisen pääoman ihmelääke	33
Standardiselysten rajat	36
<b>3. TERVEYS, TOIMIJUUS JA SOSIAALINEN LUOTTAMUS: UUSI NÄKÖKULMA TERVEYSEROIHIN</b>	<b>39</b>
Terveys, arvot ja identiteetti	41
Toimijuus terveyden ja sosioekonomisen aseman välittäjänä	44
Sosiaalinen luottamus, hyvinvoinnin kivijalka	48
Rakennemuutos ja omillaan pärjääminen: suomalaisia erityispiirteitä	51
Pahoinvoinnin syistä hyvinvoinnin rakentamiseen	55

<b>4. AMMATILLISET OPPILAITOKSET SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAJINA</b>	<b>58</b>
Amis on ratkaisu, ei ongelma	59
Sellainen vastuu, millainen tontti	61
Selkeyttä paljouteen: mitä ammatillisissa oppilaitoksissa on tehty?	64
Myös oppilaitos hyötyy sosiaalisesta luottamuksesta	67
<b>5. RYHMÄNOHJAAJAN TUNNIT SOSIAALISEN LUOTTAMUKSEN VAHVISTAJINA</b>	<b>70</b>
Yhteisöllisyydestä ryhmiin	71
Toistosta todellisuutta: säännöllinen tuntirakenne	73
Luokan valvomisesta ryhmän ohjaamiseen	76
<b>LOPUKSI: SUOMI NOUSEE RYHMISSÄ</b>	<b>79</b>
<b>KIRJALLISUUS</b>	<b>82</b>

## TIIVISTELMÄ

Terveyden taso on Suomessa kohonnut viime vuosikymmeninä, mutta kääntöpuolena on sosioekonomisten terveyserojen kasvu. Varhaiset kuolemat, pitkäaikaissairaudet, päihdeongelmat, psykiatristen palveluiden tarve sekä muut pahoinvoinnin muodot kasautuvat yhä enemmän alimmille sosioekonomisille ryhmille. Länsieurooppalaisessa vertailussa Suomi on sosioekonomisten terveyserojen kärkimaita.

Terveyseroihin vaikuttaminen on 2000-luvun suomalaisen yhteiskunnan suurimpia haasteita sekä sosiaalisesti että talous- ja elinkeinopoliittisesti. Terveyseroihin tarttuminen ja niiden kaventaminen edellyttää kuitenkin tietoa siitä, kuinka ja miksi sosioekonominen asema muuntuu terveydeksi tai sairaudeksi ihmisten jokapäiväisessä elämässä. Tällaisen selkeän ja sovelluskelpoisen tiedon puute on suurin syy siihen, miksi terveyseroja ei ole Suomessa onnistuttu kaventamaan poliittisesta tahdosta huolimatta. Tähän katsaukseen on koottu kotimaista ja kansainvälistä tutkimustietoa aiheesta etenkin käytännön soveltamisen kannalta.

Katsaus osoittaa, että terveyteen tai sairauteen ei synnytä, vaan sosiaalistutaan. Länsimaissa keskeinen, kaikissa sairauksissa vaikuttava tekijä ovat niin sanotut yhdessäolo-ongelmat. Jos ihminen kokee, että hänellä ei ole paikkaa maailmassa tai merkitystä muille, hän sairastuu helpommin eikä jaksakaan pitää itsestään huolta. Näin lisääntyneet sosiaaliset ja mielenterveysongelmat liittyvät somaattisiin sekä niin sanottuihin elintapasairauksiin. Tällä voidaan selittää myös Suomen suuria sosioekonomisia terveyseroja. Viime vuosikymmenten yhteiskunnalliset muutokset ovat asettaneet eri sosioekonomisia ryhmiä erilaisiin asemiin sosiaalisten valmiuksien ja mahdollisuuksien suhteen. Vauraus sinänsä ei tervehdytä, vaan merkityksellisyyden kokemus sekä perusteltu luottamus tulevaisuuteen. Nämä ovat jakautuneet Suomessa epätasaisesti.

Tässä valossa keskeinen keino kaventaa sosioekonomisia terveyseroja käytännössä on vahvistaa etenkin heikoimmassa asemassa elävien ihmisten sosiaalista luottamusta sekä luoda sellaisia kontakteja ja toimintavalmiuksia, joita luottamuksen syntyminen edellyttää. Sosiaalista luottamusta voidaan varauksin nimittää myös sosiaaliseksi pääomaksi, yhteisöllisyydeksi tai osallisuudeksi. Keskeistä on kokemus, että minulla on väliä muillekin ja jotain, minkä vuoksi toimia maailmassa. Tämä kokemus voi syntyä ainoastaan hyvissä ja rakentavissa vuorovaikutustilanteissa, jotka tapahtuvat hyvissä ja turvallisissa ryhmissä. Sosiaalinen luottamus on ryhmäilmiö.

Keskeinen kehitysvaihe sosiaalisen luottamuksen synnylle on nuoruus ja nuori aikuisuus, jossa omaksutaan omaehtoinen identiteetti ja aikuisen roolit – sekä se, kokeeko niissä toimimisen merkitykselliseksi vai ei. Nuo-ret viettävät oppilaitoksissa runsaasti aikaa tärkeässä kehitysvaiheessa, ja koulutyö on valmiiksi rakentunut ryhmien ja vuorovaikutuksen ympärille, jolloin oppilaitoksissa voidaan ruokkia sosiaalista luottamusta sen luonnollisessa kasvuympäristössä. Tämä tekee kouluista ja etenkin ammatillisista oppilaitoksista erinomaisen paikan vahvistaa sosiaalista luottamusta käytännössä. Amatillisissa oppilaitoksissa on tilastojen valossa enemmän keskeytyksiä, heikkoa koulumenestystä, päihteiden käyttöä ja muita sosiaalisen epäluottamuksen mahdollisia merkkejä kuin lukioissa tai peruskouluissa, jolloin niihin keskittymällä tavoitetaan parhaimmin heikoimmassa asemassa olevia nuoria.

Katsaus osoittaa, että hyvien ryhmien ja nuorten sosiaalisten valmiuksien vahvistaminen ammatillisissa oppilaitoksissa on parhaita ja kannattavimpia investointeja, joita yhteiskunta voi tehdä. Nämä investoinnit tarjoavat edellytyksiä pidemmille työurille, vahvistavat yhteiskunnallisen huoltosuhteen pohjaa ja kaventavat sosioekonomisia terveyseroja. Jotta investoinnit saadaan toimimaan, on kuitenkin tiedettävä, millaisia sosiaalisia kontakteja ja valmiuksia ammatilliset opiskelijat itse toivovat ja tarvitsevat. Jos tätä ei ymmärretä, suurikaan satsaus ei välttämättä kohtaa kysyntää ja tulokset voivat jäädä laihoiksi.



# JOHDANTO: SUURI TUNTEMATON ELI SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT JA NIIHIN VAIKUTTAMINEN

Terveyden taso on Suomessa kohonnut viime vuosikymmeninä monien osoittimien valossa. Kääntöpuolella on sosioekonomisten terveyserojen kasvu. Ne ovat osoitus hyvinvoinnin vajeista. Niihin puuttumisessa [-] tarvitaan laaja-alaista sosiaalipolitiikkaa, koulutuspolitiikka sekä talous- ja elinkeinopolitiikkaa. Näihin liittyvien toimien tulisi pureutua myös sosiaalisen ja terveydellisen huono-osaisuuden syihin.

Näillä sanoilla ylijohtaja Marja Vaarama avaa THL:n laajan Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt -kirjan (Sihto ym. 2013, 3). Sosioekonomiset terveyserot ovat kasvava ongelma, joihin vaikuttaminen on 2000-luvun suomalaisen yhteiskunnan suurimpia haasteita.

Terveysero-ongelmasta tekee poliittisesti vaikean sen laaja-alaisuus. Se ulottuu yksittäisten ihmisten arkielämästä aina yhteiskunnalliseen tasarvoon, talouteen ja sisäiseen turvallisuuteen saakka. On inhimillisesti ja yhteiskuntapoliittisesti väärin, että osa väestöstä kantaa pahoinvoinnin ja kärsimyksen taakasta suuremman osan kuin muut (Honkasalo ym. 2004). Jopa kuoleman edessä suomalaiset ovat eriarvoisessa asemassa, sillä vähätuloiset ja matalasti koulutetut kuolevat keskimäärin useita vuosia nuorempina kuin hyvätuloiset ja korkeasti koulutetut (Valkonen 2007). Terveyden eriarvoisuus on myös vaarassa sysätä osan väestöstä pysyvästi lyhyemmille työurille tai kokonaan työmarkkinoiden ulkopuolelle, mikä

kasvattaa terveys- ja sosiaalimenoja ja saattaa vinouttaa yhteiskunnan huoltosuhdetta (Palosuo & Lahelma 2013, 39). Tällainen kehitys voi vauhdittaa eri väestöryhmien taloudellista ja sosiaalista eriytymistä entisestään, mikä voi pahimmassa tapauksessa johtaa avoimeen vihamielisyyteen ainakin asenteissa ellei suoranaisesti käyttäytymisessäkin.

Terveyseroista ja niihin vaikuttamisesta tekee vaikeaa myös se, että niiden syitä ei lopultakaan tunneta. Professori Leena Koivusilta summaa 2000-luvun terveystutkimuksen tilannetta:

Tiedetään, että yksilön terveys ja sosiaalinen asema ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toisiinsa jo elämää edeltävänä aikana ja jatkuvasti sen päättymiseen asti. Silti niiden mekanismien yksityiskohdat, joiden välityksellä terveys ja sairaus sosiaalisesta todellisuudesta nousevat ovat vielä pitkälti tuntematonta maaperää. Selvää kuitenkin on, että kamppailussa terveyteen liittyvän eriarvoisuuden vähentämiseksi tarvitaan sekä suurten yhteiskuntarakennetta koskevien kokonaisuuksien ymmärtämistä että yksityiskohtiin menevää kulttuuristen, sosiaalisten, fyysisten ja psyykkisten tekijöiden välisten vaikutussuhteiden tuntemusta. (Koivusilta 2012, 348.)

Sosiaalisen aseman ja terveyden yhteydet ovat kaikilla mittareilla ilmiselvät, mutta sitä, miksi näin on, ei ole kyetty selittämään. Sen verran kuitenkin tiedetään, että vaikutusmekanismit ovat monimuotoisia eikä mikään yksittäinen selitysmalli riitä. Terveyttä tai sairautta ei voida selittää tyhjentävästi millään ulkopuolisilla tekijöillä kuten rahalla, asemalla tai yksilöllisillä valinnoilla, vaan hyvin- ja pahoinvointi muodostuvat osana ihmisten elämän kiharaista kokonaisuutta. Kuten tutkijatohtori Anu Katainen toteaa, ihmiset eivät lähtökohtaisesti ”terveyskäyttäyty”, vaan toimivat yleensä arkipäiväisten tapojensa ja tottumustensa ohjaamina ilman, että toiminnan taustalla on suoranaisesti terveyteen tai sairauteen liittyviä motiiveja (Katainen 2011, 16). Mutta ihmiset eivät myöskään ole tapojensa ja olosuhteidensa tahdottomia uhreja, vaan heillä on mahdollisuuk-

sia ja usein myös pyrkimyksiä toimia aktiivisesti oman asemansa ja olonsa parantamiseksi. Koivusilta summaakin tulevissa tutkimuksissa olevan tarvetta ”erityisesti niiden kulttuurien ja elämäntilanteita koskevien merkitysten ymmärtämiselle, jotka saavat ihmiset käyttäytymään terveyttä edistävillä tai kuluttavilla tavoilla” (Koivusilta 2012, 348).

Keskustelu sosioekonomisista terveyseroista voidaan tiivistää toteamukseen, että terveyteen tai sairauteen ei synnytä, vaan sosiaalistutaan. Hyvin- ja pahoinvointi eivät suurimmalta osaltaan ole kohtalon tai geenien ihmiselle määräämiä pakkopaitoja, vaan ihmiset tekevät niitä itse. Silloin keskeinen kysymys on, kuinka terveyttä tehdään: mikä ihmisten – yksilöiden, ryhmien, yhteisöjen ja yhteiskuntien – toiminnassa tarkemmin ottaen kasaa hyvin- ja pahoinvointia? Tähän kysymykseen vastaaminen on myös terveyspolitiikan kynnyskysymys, sillä terveyseroja ei voida kaventaa ellei niiden syitä ymmärretä.

## KUINKA TERVEYTTÄ TEHDÄÄN?

Tässä katsauksessa pyrin vastaamaan edellä esitettyihin huutoihin. Esitän tulkinnan niistä konkreettisista mekanismeista, joiden välityksellä terveys ja sairaus nousevat abstraktista sosiaalisesta todellisuudesta. Sen pohjalta esitän myös konkreettisen sosiaali- ja koulutuspoliittisen toimintalinjan, jolla kasvavia terveyseroja voidaan kaventaa ja samalla saada aikaan muutakin hyvää.

Katsauksen ensimmäisessä luvussa kuvaan viimeaikaisen tutkimuksen valossa, mitä ja millaisia sosioekonomisia terveyseroja 2000-luvun Suomessa on. Äärimmäisiä indikaattoreita ovat kuolleisuusluvut, joiden valossa varhaiset kuolemat kasautuvat etenkin alimpien tulo- ja koulutusryhmien miehille. Myös muut indikaattorit kuten terveiden ja toimintakykyisten vuosien määrä, pitkäaikaissairaudet tai psykiatristen palveluiden käyttö piirtävät samaa kuvaa: rasitukset, kärsimykset ja pahoinvointi kasautuvat säännönmukaisesti alimmille sosioekonomisille ryhmille.

Katsauksen toisessa luvussa käyn läpi selitysmalleja, joilla sosioekonomisia terveyseroja on perinteisesti selitetty. Näitä ovat muun muassa aineelliset elinolot (esim. tulotaso, ammattiasema, asuinolot ja terveystalveluiden saatavuus), terveyskäyttäytyminen (tupakka, viina, rasva, sokeri, liikunta) sekä psykososiaaliset tekijät (elämäntilanteen stressaavuus tms. kuormittavuus). Nämä ovat päteviä selityksiä, mutta niillä on myös rajoituksensa. Ne eivät useinkaan huomioi hyvin- tai pahoinvoinnin kasautumisessa ihmisten omaa, jokapäiväistä toimintaa ehtoineen ja mahdollisuuksineen. Siksi niiden valossa on myös vaikea löytää terveyseroihin vaikuttamiseksi sellaisia toimenpiteitä, joissa myös toiminnan kohteet olisivat mukana ja samaa mieltä.

Katsauksen kolmannessa luvussa hahmottelen terveyserojen ymmärtämiseen ja niihin vaikuttamiseen uudentyypistä, toimijakeskeistä näkökulmaa. Näkökulman polttopisteessä on toimija – yksilö, ryhmä tai yhteisö – jonka elämään hyvin- tai pahoinvointia muodossa tai toisessa kasautuu ja jonka toimintaa tarkastellaan sen kannalta, mitkä tekijät siinä hyvin- tai pahoinvointia kasaavat. Näkökulma ikään kuin kääntää toisinpäin perinteisen lähestymistavan ja katsoo hyvin- ja pahoinvoinnin ulkoisten syiden sijaan sen sisäistä rakentumista.

Tutkimusten valossa eräs keskeinen hyvinvointia ihmisten elämään kasaava ja pahoinvoinnilta suojaava tekijä on sosiaalinen luottamus, jota voidaan tietysin varauksin nimittää myös sosiaalisesti pääomaksi. Vastavasti sosiaalisen luottamuksen puute tai suoranainen epäluottamus altistavat pahoinvoinnille ja sairauksille. Sosiaalisesti epäluottavat ihmiset esimerkiksi menestyvät keskimäärin huonommin opinnoissaan ja päätyvät huonommin palkattuihin ja raskaampiin töihin kuin luottavaiset lajitoverinsa. Myös monet terveyttä kuormittavat toimintatavat kuten tupakointi ja humalajuomisen ihailu ovat sosiaalisesti epäluottavilla ihmisillä yleisempiä kuin luottavilla. Näin vaikka sosiaalinen luottamus ja epäluottamus eivät määrity suoranaisesti terveyden tai sairauden kautta, niin ne ulottavat voimansa myös niille elämänalueille, joilla hyvin- tai pahoinvointia rakennetaan. Tämä on eräs konkreettinen mekanismi, joka tuot-

taa hyvin- ja pahoinvointia sosiaalisessa arkitodellisuudessa: elämässä yrittää ja itsestä pitää huolta vain, jos kokee, että itsellä on väliä muillekin. Siksi valmiudet solmia ja ylläpitää palkitsevia sosiaalisia suhteita ovat tärkeimpiä takeita sille, että ihmisille kehittyy kykyjä ja rohkeutta toimia muussakin elämässään terveyttä ja hyvinvointia ylläpitävällä tavalla.

Tutkimuksissa on myös viitteitä siitä, että sosiaalinen luottamuksen puute on yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tämä avaa sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttamiseen uuden ja kiinnostavan näkökulman. Jos sosioekonomisissa terveyseroissa on edes osittain kyse siitä, että joidenkin ryhmien ja yksilöiden toimijuus rakentuu sosiaalisesti hauraammaksi tai haavoittuvammaksi kuin muiden, silloin sosioekonomisia terveyseroja voidaan kaventaa vahvistamalla erityisesti haavoittuvimpien ryhmien sosiaalista luottamusta. Katsauksen loppuosassa keskityn tähän yhtälöön.

Neljännessä luvussa esitän koulut ja oppilaitokset paikkoina, joissa nuorten sosiaalista luottamusta on mahdollista ja järkevää vahvistaa. Nuoret viettävät kouluissa ja oppilaitoksissa suuren osan valveillaoloajastaan, ja ne koostuvat aina erilaisista ryhmistä – luokista ja muista opiskelijaryhmistä, kaveriporukoista ja koko kouluyhteisöstä. Nyky-yhteiskunnassa, jossa perinteisiä kylä- tai muita yhteisöjä ei suuremmin ole ja jossa perheetkin tarjoavat yleensä vuorovaikutusta vain muutaman ihmisen kesken, kouluilla ja oppilaitoksilla on alati kasvava sosiaalinen merkitys. Kun jokapäiväinen elämä tarjoaa nuorille vähän valmiita yhteisöjä, koulun painoarvo sosiaalisten kokemusten ja taitojen kasvattajana vahvistuu, halusivat koulut sitä tai eivät. Siksi oppilaitosten on otettava tämä vastuu entistä vakavammin ja toimittava niin, että ne myös täyttävät tämän paikkansa. Niissä on opetettava paitsi sisällöllisiä tietoja ja taitoja, myös valmiuksia toimia toisten ihmisten kanssa. Sosiaalisen vahvistamisen keskiöön on järkevää nostaa ammatilliset oppilaitokset, sillä niihin kasautuu tilastojen valossa enemmän keskeytyksiä, heikkoa koulumenestystä, päihteiden käyttöä ja muita sosiaalisen epäluottamuksen mahdollisia merkkejä kuin lukioihin tai peruskouluihin.

Katsauksen viidennessä luvussa esitän konkreettisen mallin siihen, kuinka nuorten sosiaalista luottamusta voidaan ammatillisissa oppilaitoksissa käytännössä rakentaa ilman, että siihen tarvitaan merkittäviä lisäresursseja. Keskiössä ovat ryhmänohjaajan eli luokanvalvojan tunninit, joita pidetään jokaisessa oppilaitoksessa. Jos niistä tehdään säännöllisesti toistuvia tilanteita opiskelijaryhmien sosiaalisen ilmapiirin ja opiskelijoiden sosiaalisten valmiuksien vahvistamiseen, sosiaalinen luottamus vahvistuu luontevana osana opiskelun arkirutiineja. Sen lisäksi, että tämä palvelee terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita, se tekee myös oppilaitosten arkityöstä helpompaa ja toimivampaa. Tutkimusten mukaan opintojen läpäisy on sitä tehokkaampaa ja opintomenestys sitä korkeampi, mitä parempi sosiaalinen ilmapiiri oppilaitoksessa tai opiskelijaryhmässä on.

Katsaus perustelee osaltaan EHYT ry:n Ryhmäilmiö-mallia (Selin ym. 2014), jossa esitellään tarkemmin toimintatapoja ammatillisten oppilaitosten ryhmänohjaajan tunnille. Samalla katsaus on itsenäinen puheenvuoro sosioekonomisten terveyserojen taustoista, niiden ymmärtämisestä ja niihin vaikuttamisesta. Tästä näkökulmasta Ryhmäilmiö-malli toimii konkreettisenä esimerkkinä laajemmasta ajattelutavasta. Toivon, että katsaus toimii keskustelunavauksena ja rohkaisuna kaikille toimijoille, jotka pyrkivät tarttumaan yhteiskunnallisiin ongelmiin uusista, ennakkoluulottomista näkökulmista. Tarinan opetus olkoon se, että hankaliinkin haasteisiin on mahdollista ja jopa suhteellisen yksinkertaista tarttua, jos niiden taustat ja logiikka ymmärretään kunnolla.

Tämä(kään) työ ei olisi ollut mahdollista yksinään, joten kiitosta ja kunniaa on syytä osoittaa sinne minne ne kuuluvat. Tero Pajunen valmisti korkeakouluharjoittelussa EHYT ry:ssä asiantuntevan ja näkemyksenkään katsauksen kansainvälisen terveystutkimuksen teoreettisiin taustoihin. Se on toiminut myös tämän katsauksen teoreettisena pohjana erityisesti 3. luvussa. Sosiologikollegoiden Anu Kataisen, Riikka Perälän ja Anni Ojajärven kanssa olen saanut käydä syvälleikäviä, mutta hauskoja keskusteluja terveystutkimuksesta jos kohta paljosta muustakin. Nämä keskustelut ovat auttaneet rajaamaan katsauksen alaa ja tunnistamaan

oleellisia kysymyksiä. Työtoverini EHYT ry:n AMIS - Arjen ammattilaiset -tiimissä ovat puolestaan tarjonneet asiantuntemustaan etenkin ammattillisen koulutuksen käytännöllisissä ja hallinnollisissa kysymyksissä sekä muutenkin mainiota seuraa. Siis kiitos myös aakkosjärjestyksessä Risto Aholainen, Kim Kannussaari, Merit Lindén, Kiti Poikonen, Anni Selin ja Mikko Vainio.

# 1. SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT SUOMESSA

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan yleisesti ottaen sitä, että terveys ja sairaus kasautuvat väestötasolla epätasaisesti eri ryhmiin – eri väestöryhmiin kuuluvilla ihmisillä on erilaiset resurssit elää tervettä elämää. Tutkimukset osoittavat tässä suhteessa selkeitä ja johdonmukaisia eroja etenkin sukupuolen, asuinalueen sekä koulutus- ja tulotason suhteen kaikissa yhteiskunnissa. Suomessa on kaikilla näillä mittareilla länsieurooppalaisittain suhteellisen suuret sosioekonomiset terveyserot. Samalla esimerkiksi tuloerot ovat Suomessa kuitenkin pienempiä kuin OECD-maissa keskimäärin. (Koskinen & Martelin 2013, 60–64.) Tämä kertoo, että terveyden ja sairauden eriarvoisuus ei Suomessa ole seurausta yksin rahasta tai muista materiaalisista tekijöistä, vaan asiassa vaikuttavat vahvoina myös kulttuuriset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät.

Tässä luvussa kuvaan eri indikaattorien valossa terveyden ja sairauden yhteyksiä koulutus- ja tulotasoon sekä ammattiasemaan, joita usein pidetään ”varsinaisina” sosioekonomisina eli yhteiskuntaluokkaan viittaavina indikaattoreina. Yhteiskuntaluokan käsitettä käytetään kuitenkin terveys-tutkimuksessa vähän, sillä nykykeskusteluissa luokkaan liitetään paljon muutakin kuin koulutus, tulot ja ammatti. Luokassa on kyse myös sosiaalisista tavoista, identiteeteistä, arvoista, ihanteista ynnä muusta sellaisesta, joka ei helpolla taivu suoraviivaisiksi tilastoiksi (ks. esim. Kauravaara 2013; Tolonen 2008a). Teorioista riippumatta yleiskuva terveyden osalta on kuitenkin selvä: sairaus ja pahoinvointi kasautuvat koko väestön tasolla alimpiin sosiaaliryhmiin, ja terveys ja hyvinvointi ylimpiin ryhmiin.



Ylimpien ja alimpien sosioekonomisten ryhmien välistä eroa nimitetään usein *terveyskuiluksi* (*health gap*), sillä useimmat terveyserot ovat suurimmat näiden ääripäiden välillä (Sihto & Palosuo 2013, 224–225). Myös tässä luvussa esitän tutkimustulokset korkeimpien ja matalimpien ryhmien välisinä eroina. Tämä ei kuitenkaan ole terveyserojen koko kuva. Terveyserot eivät nimittäin ilmene pelkästään ylimpien ja alimpien ryhmien välillä, vaan terveys myös kasvaa väestötasolla asteittain: kun sosiaalinen asema parantuu ja sosiaaliset resurssit lisääntyvät, ihmisten keskimääräinen terveydentila paranee. Tätä ilmiötä nimitetään terveystutkimuksessa *terveysgradientiksi* (*health gradient*). Gradientti on alun perin matemaattinen termi ja tarkoittaa muutoksen suunnan kuvaajaa. Terveyden osalta kuvaaja osoittaa tasaista ja johdonmukaista kasvua siirryttäessä alemmista sosioekonomisista ryhmistä ylempiin, jolloin yksittäisten ryhmien välinen ero on suurin ääripäissä, korkeimpien ja matalimpien ryhmien välillä. (Emt. 225.)

## KUOLLEISUUS

Suomessa nuorimpina kuolevat alimpien sosioekonomisten ryhmien miehet. 35-vuotiaiden miesten elinajanodote oli vuonna 2007 alimmassa tuloviidennöksessä jopa 12,5 vuotta lyhyempi kuin ylimmän tuloviidennöksen miehillä. Tämä on ollut 1980-luvun lopulla 7,4 vuotta, joten elinajanodotteen ero on kasvanut yli 5 vuotta. (Tarkiainen ym. 2011.) Tämä kertoo karua kieltä suomalaisen yhteiskunnan eriarvoistumisesta.

Koulutusryhmien välillä miesten elinajanodotteen ero ei ole yhtä suuri, mutta sekin on ollut viime vuosikymmeninä kasvussa ja on länsieurooppalaisittain poikkeuksellisen korkea. 25-vuotiailla miehillä alimmin koulutettujen miesten elinajanodote on 6,4 vuotta lyhyempi kuin korkeimmin koulutettujen miesten. Tämä ero on kasvanut 1980-luvun alusta noin 1,5 vuotta. Ruotsissa vastaava ero on 4,6 vuotta. (Koskinen & Martelin 2013, 61–62; Valkonen ym. 2007, 56–57.)

Naisilla ero on korkeimman ja matalimman tuloryhmän välillä on 6,8 vuotta, ja ero on kasvanut 2,9 vuotta viimeisten 20 vuoden aikana (Tarkiainen ym. 2011). Koulutustason suhteen naisten ero korkeimman ja matalimman ryhmän välillä on 3,3 vuotta, ja se on yli kaksinkertaistunut 1980-luvun alusta, jolloin ero oli noin 1,5 vuotta. (Koskinen & Martelin 2013, 61–62; Valkonen ym. 2007, 56–57.)

Kuolemaa ei kukaan voi välttää, mutta siinä, milloin ja millä tavalla kuolema kenetkin korjaa, suomalaiset ovat eriarvoisessa asemassa. Lisäksi kehitys kulkee kohti yhä suurempaa sosioekonomista kuolleisuuskuilua niin miesten kuin naistenkin kohdalla. Hyvin- ja pahoinvointi kasautuvat eri leireihin.

## TYÖ- JA TOIMINTAKYKY

Sosioekonomiset terveyserot ilmenevät selkeinä myös terveenä ja toimintakykyisinä eletyissä vuosissa. 1990-luvulla laskettiin, että korkea-asteen koulutuksen saaneet miehet elivät terveenä 10,9 vuotta ja naiset 8,4 vuotta pitempään kuin korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneet (Koskinen & Martelin 2013, 62; Sihvonen ym. 2008).

Suomalaisten toimintakyky on yleisesti ottaen parantunut viime vuosikymmeninä, mutta sosioekonomisten ryhmien väliset suhteelliset erot eivät ole muuttuneet. Työikäisten parissa vaikeudet selvitä arkitoiminoista ovat suhteellisen harvinaisia, mutta silti yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. 1970-luvun lopulla esimerkiksi puolen kilometrin kävelyn raportoi itselleen vaikeaksi korkeimmin koulutetuista, työikäisistä suomalaisista noin 4 %, mutta matalimmin koulutetuista yli 7 %. 2000-luvun taitteessa luvut olivat korkeasti koulutetuilla noin 2,5 % ja matalasti koulutetuilla noin 5 %. Varpaankynsien leikkaamisen raportoi itselleen vaikeaksi 70-luvun lopulla noin 3 % korkeimmin koulutetuista ja reilut 7 % matalimmin koulutetuista. 2000-luvulle tultaessa luvut olivat korkeimmin koulutetuilla edelleen 3 % ja matalimmin koulutetuilla noin 5 %. Erot ovat samansuuntaisia myös muissa toimintakyvyn indikaatto-

reissa kuten kyvyssä nousta portaita, lukea sanomalehteä tai kuunnella keskusteluita. Iäkkäämmän väestön parissa toimintakyvyn vaikeudet ovat selvästi yleisempiä, mutta sosioekonomiset erot säilyvät samansuuntaisina. Puolen kilometrin kävely oli 2000-luvun vaihteessa vaikeaa noin 23 %:lle korkeasti koulutetuista yli 64-vuotiaista ja noin 35 %:lle matalasti koulutetuista. Varpaankynsien leikkaaminen oli hankalaa noin 28 %:lle korkeasti koulutetuista ja noin 35 %:lle matalasti koulutetuista yli 64-vuotiaista. Nämä luvut ovat kuitenkin selvästi matalampia kuin 1970-luvun lopulla. (Martelin ym. 2007, 110–111.)

Myös työkyky noudattaa samankaltaista jakaumaa, joskaan koetussa työkyvyssä ei ole tapahtunut samankaltaista yleistä kohentumista kuin muussa toimintakyvyssä. Oma työkykyään on pitänyt huonona ylimpien koulutusryhmien työikäisistä edustajista noin 15 % ja alimpien ryhmien edustajista noin 25 % niin 1970-luvun lopussa kuin 2000-luvun taitteessa. (Emt. 110 ja 117.)

Mittaamishetkellä ilmenevässä työ- tai toimintakyvyssä ei työikäisten parissa ilmene juurikaan sukupuolieroja toisin kuin elinajan tai toimintakykyisten vuosien määrässä. Tämä kertoo, että sosioekonominen asema on selvästi tärkeämpi toimintakykyyn vaikuttava tekijä kuin sukupuoli. Tällä havainnolla on merkitystä, kun pyritään vaikuttamaan esimerkiksi työurien pidentämiseen työssä jaksamisen ja työkyvyn ylläpitämisen kannalta.

## PITKÄAIKAISSAIRAUDET

Pitkäaikaissairauksien yleisyys vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan jokseenkin yhtä jyrkästi kuin kuolleisuus. Työikäisessä väestössä niiden osuus, joilla on ainakin yksi haittaavaksi arvioitu pitkäaikaissairaus, on alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä miehillä yli kaksinkertainen ja naisilla lähes kaksinkertainen verrattuna ylimpiin koulutus- ja sosiaaliryhmiin. Myös tulojen mukainen vaihtelu haittaavan pitkäaikaissairastavuuden yleisyydessä on lähes yhtä jyrkkä. (Koskinen ym. 2007, 74.)

Tyypillisimpiä pitkäaikaissairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, diabetes sekä mielenterveyden häiriöt, joista yleisimpänä depressio. Erityisesti tuki- ja liikuntaelinten sairaudet eli selkä-, lonkka- ja polvivaivat samoin kuin sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet 1970-luvulta 2000-luvulle tultaessa, mutta samaan aikaan mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet. Kaikista 2010-luvulla voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä lähes puolet on myönnetty mielenterveyden häiriöiden ja noin neljännes tuki- ja liikuntaelinvaivojen takia. (Koskinen ym. 2007; Koskinen & Martelin 2013, 59–60.)

Pitkäaikaissairastavuudessa ei ilmene merkittäviä sukupuolieroja niin kuin ei työ- ja toimintakyvynkään kohdalla. Joitain alueellisia eroja ilmenee. Muun muassa sydän- ja verisuonisairaudet sekä psykoosit ovat itä- ja pohjoissuomalaisilla yleisempiä kuin Suomessa keskimäärin. Sairastavuuden kuten kuolleisuudenkin itä-länsi-erot ovat kuitenkin vähäisempiä kuin sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot. (Koskinen & Martelin 2013, 63.) Siksi myös sairastavuusindikaattorin valossa sosioekonomiset terveyserot ovat merkittävä ongelma muun muassa sosiaali- ja terveysmenojen, yhteiskunnan huoltosuhteen sekä työurien pituuden kannalta.

## KOETTU TERVEYS

Itse koettu ja ilmoitettu terveys on useissa tutkimuksissa todettu hyväksi mittariksi paitsi subjektiiviselle terveydentilalle, niin myös muin indikaattorein ilmenevälle terveydelle. Laajojen seurantatutkimusten valossa ne, jotka itse kokevat terveytensä hyväksi, päätyvät lääkärille, laitoshiitoon tai ruumishuoneelle merkittävästi myöhemmin tai harvemmin kuin ne, jotka kokevat oman terveytensä huonoksi (esim. Miilunpalo ym. 1997; Idler & Benyamini 1997).

Niin ikään koetussa terveydessä ilmenee Suomessa selkeitä ja johdonmukaisia sosioekonomisia eroja, jotka ovat muiden terveyserojen tavoin suurempia kuin muissa Pohjois- ja Länsi-Euroopan maissa. 2000-luvulla

työikäisistä niin miehistä kuin naisista lähes 50 % alimmin koulutetuista piti omaa terveydentilaansa keskitasoisena tai sitä heikompana, kun korkeimmin koulutetuista osuus oli 25–30 %. Prosenttiosuudet ovat samat kuin 1980-luvun alussa, mutta suomalaisten koettu terveys ei ole pysynyt samana koko tarkastelujaksoa. Suomalaisten ja etenkin naisten koettu terveys koheni merkittävästi noin 1990-luvun puoliväliin saakka, ja samalla sosiaaliryhmien väliset erot kapenivat. Mutta 1990-luvun jälkipuoliskolta alkaen koettu terveys on rajusti heikentynyt erityisesti alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Myös työttömien koettu terveys on heikentynyt 1990-luvulta alkaen nopeammin kuin työssäkäyvien koettu terveys. (Rahkonen ym. 2007; Koskinen & Martelin 2013, 59.)

## MIELENTERVEYS

Suomessa kuten muissakin länsimaissa eräs nopeimmin kasvavista pahoinvoinnin muodoista ovat mielenterveyden häiriöt. 2000-luvulla niistä on tullut merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä, ja ne kasautuvat väestössä suhteellisesti nuorempiin ikäryhmiin kuin monet muut pitkäaikaissairaudet. Esimerkiksi vuonna 2011 noin 1600 alle 30-vuotiasta nuorta jäi työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriön, useimmin masennuksen, perusteella. Tämä tarkoittaa yli neljä nuorta joka päivä. (Paananen ym. 2012, 39.)

Mielenterveyden häiriöt ovat terveyden näkökulmasta erityisen ongelmallisia, koska ne lisäävät merkittävästi monien muiden terveysongelmien ja -riskien todennäköisyyttä. Lisäksi mielenterveyden häiriöistä kärsivien on usein vaikeampaa hakeutua tai saada asianmukaista hoitoa silloinkin, kun kyseessä on jokin muu kuin psyykkinen sairaus. Brittiläiseen terveyskeskusteluun onkin vakiintunut sanonta, että mielenterveys on kaiken terveyden perusta (”no health without mental health”; Prince ym. 2007).

Ei ole yllätys, että etenkin vakavat mielenterveyden häiriöt jakautuvat epätasaisesti sosioekonomisen aseman suhteen. Yllättävää voi olla se, kuinka vahva tämä yhteys on. Esimerkiksi vakava masennus oli 2000-

luvun taitteessa kerätyssä aineistossa perusasteen koulutuksen saaneilla nuorilla aikuisilla (18–29-vuotiailla) noin kaksi kertaa niin yleistä kuin muissa koulutusryhmissä. Perusasteen koulutuksen saaneista nuorista naisista lähes kolmasosa (31 %) oli joskus yrittänyt itsemurhaa, kun kaikilla samanikäisillä naisilla vastaava osuus oli noin 4 %. (Ostamo ym. 2007, 90.)

Nuorilla myös lapsuuskodin sosioekonominen asema kytkeytyy tiiviisti mielenterveyden häiriöihin. Laajassa, vuonna 1987 syntyneitä nuoria koskevassa tutkimuksessa on todettu, että yli puolella (55,3 %) psykiatrisen diagnoosin saaneista ikäluokan lapsista vanhemmat ovat saaneet toimeentulotukea. Niissä perheissä, joissa toimeentulotukea on saatu yli 92 kuukautta (noin 8 vuotta), jopa 40 % lapsista on ollut psykiatrisen erityissairaanhoidon piirissä ja/tai saanut psyykenlääkkeitä. Puolestaan perheissä, joissa toimeentulotukea ei ollut saatu lainkaan, määrä oli noin 15 %. Tämä tarkoittaa, että pitkäaikainen toimeentulotukiasiakkuus on selvästi tärkeämpi tekijä lasten psyykkisissä ongelmissa kuin esimerkiksi vanhempien oma psykiatrinen hoito: noin 28 % psykiatrasta hoitoa saaneiden lasten vanhemmista on itsekin saanut hoitoa. Myös koulutus vaikuttaa samansuuntaisesti, sillä korkeasti koulutettujen vanhempien lapset käyttivät matalasti koulutettujen vanhempien lapsia selvästi vähemmän psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja (noin 18 % vs. noin 28 %). (Paananen ym. 2012, 26–28 ja 38.)

Mielenterveyden häiriöiden yleistymisestä on esitetty erilaisia, osin ristiriitaisiakin arvioita, sillä luotettavaa tutkimustietoa ilmiön kehityksestä ei ole. Useat tutkijat arvioivat, että vakavien mielenterveyden häiriöiden absoluuttinen määrä on pysynyt viime vuosikymmenet suunnilleen samalla tasolla (Ostamo ym. 2007, 93; Koskinen & Martelin 2013, 58–59). Tämä ei kuitenkaan poista sitä seikkaa, että mielenterveyden häiriöistä on tullut suhteellisesti aiempaa huomattavasti tärkeämpi sairausluokka esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeissä. Kun muut sairaudet ovat harvinaistuneet, mutta mielenterveyden häiriöt eivät, ne ovat kiilanneet kyseenalaiselle ykköspaikalle. Lisäksi on myös tuloksia, joiden mukaan etenkin

lapsilla ja nuorilla psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarve on lisääntynyt rajusti 1990-luvun jälkipuoliskolta alkaen. Syyksi on esitetty yhtäältä ennaltaehkäisevien palveluiden ja tukitoimien alas ajamista ja toisaalta erityisesti kaikkein huono-osaisimpien ryhmien yhä kasvavaa pahoinvointia. (Esim. Paakkonen 2012; Paananen ym. 2012.)

## 2. MISTÄ SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT JOHTUVAT?

Kaikki indikaattorit osoittavat, että terveys ja hyvinvointi jakautuvat epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan. Mutta sitä, miksi näin on, ei ole kyetty uskottavasti selittämään. Siksi asiaan ei myöskään ole kyetty vaikuttamaan. Kaikkien indikaattorien valossa sosioekonomiset terveyserot ovat joko pysyneet samoina tai jopa kasvaneet viime vuosikymmeninä. Millään indikaattoreilla erojen ei ole osoitettu kaventuneen.

Tämä ei tarkoita, etteikö terveyserojen syitä olisi koetettu tutkimuksessa toden teolla selvittää. Tässä luvussa esittelen terveyserojen vakiintuneita selitysmalleja. Näitä ovat aineelliset elinolot, terveystalouden saatavuus, terveyskäyttäytyminen, psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät sekä sosiaalinen pääoma. Näyttää kuitenkin siltä, että nämä selitykset eivät ole riittäviä tai niiden läpi ei ole onnistuttu näkemään oleellisinta, sillä ne eivät ole johtaneet terveyserojen kaventumiseen. Siksi esitän luvussa myös rakentavaa kritiikkiä näitä selitysmalleja ja niiden rajoituksia kohtaan. Sen pohjalta esitän seuraavassa luvussa terveyseroihin toisenlaisen lähestymistavan, joka tarkastelee asiaa toisenlaisista näkökulmista ja toisenlaisin lähtöoletuksin. Siksi niiden voidaan olettaa antavan myös toisella tapaa sovel-luskelpoisia vastauksia kuin perinteisten selitysmallien.

### AINEELLISET TEKIJÄT: TERVEYDEN EHDOT JA MAHDOLLISUUDET

Terveyserojen aineelliset selitykset viittaavat terveyden *mahdollisuuksiin*, siihen, millaisiin terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin valintoihin, palve-



luihin ja toimintatapoihin ihmiset omassa arjessaan yltävät tai kykenevät (Cockerham 2007, 56). Suomalaisissa keskusteluissa keskeisiksi aineelliseksi tekijöiksi on nostettu koulutus ja ammattiasema, tulotaso, asuinolot, työolot sekä terveystalveluiden saatavuus. Usein nämä ketjuuntuvat: matalan koulutuksen ammateissa on keskimäärin alempi tulotaso, mihin liittyy myös muun muassa vaatimattomammat asuinolot, raskaammat työolot sekä vähemmän valinnanmahdollisuuksia terveystalveluiden suhteen. Näistä syistä koulutustaso, ammattiasema ja tulotaso ovatkin vakiintuneet sosioekonomisten terveyserojen perusindikaattoreiksi.

Aineellisten tekijöiden tärkeydestä puhuvat myös kaikkein pysäyttävimmät sosioekonomisten terveyserojen indikaattorit. Esimerkiksi 12,5 vuoden ero miesten elinajanodotteessa korkeimman ja matalimman tulo-ryhmän välillä sekä se, että 55,3 % psykiatrisen diagnoosin saaneista nuorista tulee toimeentulotukea saaneista perheistä, kertovat vastaansanomattomasti, että yhteys aineellisten tekijöiden ja terveyden välillä on vahva. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös kansainvälisissä tutkimuksissa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa useat tutkimukset ovat osoittaneet, että perheen tulotaso on tärkeämpi nuorten kehitykseen vaikuttavana tekijänä kuin äidin koulutus tai työmarkkina-asema, vanhempien älykkyys tai etninen status. Vaikutusmekanismit ovat niin sosiaalisia, psykologisia kuin biologisiakin. Lapsuudessa koettu köyhyys vaikuttaa kielteisesti nuorten oppimiskykyyn ja muuhun kognitiiviseen suoriutumiseen sekä vähentää todennäköisyyttä käydä peruskoulun loppuun asti. Tutkimuksissa on myös havaittu, että taloudellisesti ahtaalla olevissa perheissä jo vauvojen stressivaste voi olla erilainen kuin muiden perheiden vauvoilla. Toisin sanoen elämän niukkuus ja tiukkuus painavat jälkensä ihmiseen mitä moninaisimmin tavoin. (Paananen ym. 2012, 37–38; Koivusilta 2012, ks. myös Mullainathan & Sharif 2013.)

Terveyserojen aineellisilla selityksillä on myös vahva poliittinen ja moraalinen ulottuvuus. Sen ytimessä on ajatus kaikkien ihmisten ja ryhmien perustavasta tasavertaisuudesta, siitä, että sairaus tai muukaan huono-osaisuus ei ole ihmisten omilla teoillaan ansaitsemaa, vaan seu-

rausta elämän resurssien epätasa-arvoisesta jakautumisesta. Siksi tämän näkökulman mukaan terveyseroihin on myös vaikutettava yleisten, yhteiskunnallisten rakenteiden kuten sosiaaliturvan ja terveydenhuollon kautta eikä puuttamalla yksittäisten ihmisten tai ryhmien käyttäytymiseen tai valintoihin. Moraaliteoreettisin termein ajattelutapa on vahvasti universalistinen, ja esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO pitää terveyden tasa-arvoa osana ihmisoikeuksia. Näkemys on ollut tärkeä perusta myös pohjoismaiselle hyvinvointivaltioajattelulle. (Koivusilta 2012, 322 ja 332; Kortteinen & Elovainio 2006; Kuusi 1961.)

Näkökulman rajoitus on kuitenkin siinä, että euro taskussa tai osake salkussa ei suoranaisesti tee ketään terveemmäksi. Toisin sanoen ne mekanismit, joiden kautta materiaallinen vauraus tai niukkuus muuntuu jokapäiväisessä elämässä terveydeksi ja sairaudeksi, ovat vielä paljolti arvailujen varassa. On myös viitteitä siitä, että nämä mekanismit ovat erilaisia erilaisissa sosioekonomisissa ja muissakin ryhmissä. Siksi on esitetty, että universalistinen eli kaikkia ryhmiä samalla tavalla kohteleva hyvinvointipolitiikka ei välttämättä toimitakaan suoranaisesti terveyseroja kaventaen. Se kyllä kohentaa koko väestön hyvinvoinnin tasoa keskimäärin, mikä on ilman muuta hyvä ja tärkeä tavoite, mutta se ei ehkä muuta terveysgradienttia eli sitä, että keskimääräinen terveydentila paranee korkeampiin sosioekonomisiin asemiin noustaessa. Voi olla, että erilaisten ryhmien kanssa onkin työskenneltävä eri tavoin, mutta siitä, kuinka kunkin ryhmän kanssa pitäisi menetellä, ei ole juurikaan tietoa. (Kortteinen & Elovainio 2006; Sihto & Palosuo 2013, 229–235.)

## TERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUS

Eräs versio terveyserojen aineellisista selityksistä liittyy palvelujärjestelmän, erityisesti terveyspalvelujärjestelmän toimintaan. Sen keskeinen ajatus on, että terveyspalvelut eivät palvele tasapuolisesti kaikkia kansalaisia, ja taloudellisesti heikoimmassa asemassa olevilla myös terveyspalveluita on heikoimmin käytettävissä. Professori Martti Kekomäki kiteyttää asian:

”Kun veljekset saavat samaan aikaan infarktin, on työtön pohjoiskarjalainen metsuriveli jo haudattu kun hänen espoolainen toimitusjohtajaveljensä nousee kuntopyöränsä päälle ohitusleikkauksen jälkeen” (Suomen Kuvalehti 8/2013).

Syyt suomalaisten terveyspalveluiden epätasa-arvoisuuteen liittyvät paljolti niiden monimutkaiseen toimintajärjestelmään. Suomessa terveyspalveluita tuotetaan kolmen erillisen kanavan ja rahoitusmallin kautta: julkisissa terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisinä palveluina, joita sairausvakuutus osittain kompensoi. Tämä järjestelmä sekä siihen liittyvä lainsäädäntö ovat muodostuneet vuosikymmenien aikana osin ristiriitaistenkin kehittämistoimien kautta. Näissä puitteissa ensinnäkin huonossa taloudellisessa asemassa olevilla on huonommat mahdollisuudet käyttää yksityissektorin palveluita, ja työterveyspalveluja tarjotaan vain työllisille ja yrittäjille. Toiseksi pitkällä aikavälillä yksityiset palvelut ja työterveyshuolto ovat jarruttaneet julkisten palvelujen kehittymismahdollisuuksia kuten erikoissairaanhoidon avopalvelujen kehitystä. Myös julkisten ja yksityisten palvelujen välisen työvoimakilpailun on arvioitu heikentäneen julkisia palveluja. Kolmanneksi kuntien terveydenhuollon palvelurakenne on monimutkaistunut ja pirstaloitunut, kun käytössä on erilaisia yhteistoiminnan muotoja ja tapoja järjestää palveluita. Tämä on heikentänyt etenkin ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden saatavuutta. Neljänneksi eri alueilla palveluiden saatavuus on eritasoista, kun etenkin erikoissairaanhoidon on keskittynyt suuriin alueellisiin yksiköihin ja erityisesti kasvaviin asutuskeskuksiin. (Manderbacka & Keskimäki 2013; Teperi ym. 2006.)

Terveyspalveluiden saatavuuteen liittyvät selitykset perustuvat vahvasti universalistiselle moraalille ja hyvinvointivaltioajattelulle. Taustalla on usein ajatus, että toimiva palvelujärjestelmä sinänsä tuottaa terveyttä ja hyvinvointia. Jonkin verran on kuitenkin tutkittu myös terveyspalveluiden kysyntää. On arvioitu, että ylempien sosioekonomisten ryhmien edustajat hakeutuvat hoitoon herkemmin ja aiemmassa vaiheessa kuin alempien. Hyvä tulotaso, ammattiasema ja korkea koulutus voivat myös

edistää navigointia monimutkaisessa terveydenhoitoverkostossa. Eroja on raportoitu myös potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa. Alempien sosioekonomisten ryhmien on todettu saavan lääkäreiltä ylempiä ryhmiä vähemmän tietoja sairaudestaan, ja he näyttäisivät osallistuvan harvemmin omien sairauksiensa hoitoa koskeviin päätöksiin. Tämä tarkoittaa, että myöskään terveystalveluiden osalta universalistiset palvelumallit eivät välttämättä toimi samalla tavalla eivätkä tuota samanlaista tulosta kaikkien (sosioekonomisten) ryhmien keskuudessa. (Manderbacka & Keskimäki 2013, 264; Kortteinen & Elovainio 2006.)

## TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA KULTTUURISET TEKIJÄT

Siinä, missä aineelliset elinolot liittyvät terveyden ehtoihin ja mahdollisuuksiin, terveystkäyttäytymisellä viitataan niihin *valintoihin*, joita ihmiset itse tekevät omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyen niiltä osin kuin heillä on siihen mahdollisuus (Cockerham 2007, 56). On selvää, että vaikka aineelliset elinolot voivat asettaa suuriakin reunaehtoja ihmisten valinnoille, ne eivät kuitenkaan määritä deterministisesti (vääjäämättä tai pakonomaisesti) ihmisten omaehtoista toimintaa (Koivusilta 2011, 126–128). Siksi terveystkäyttäytymistä on ymmärrettävä myös yksilöiden ja ryhmien toiminnan sekä siihen liittyvien sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden näkökulmasta. Näiden ymmärtäminen on tärkeää etenkin siksi, että Suomessa on kansainvälisesti katsoen suhteellisen suuret sosioekonomiset terveyserot, mutta samanaikaisesti suhteellisen pienet tuloerot. Siksi voidaan olettaa, että Suomessa terveyserojen taustalla vaikuttavat suhteellisen vahvasti nimenomaan sosiaaliset ja kulttuuriset eivätkä yksinomaan aineelliset tekijät.

Käytännössä terveystkäyttäytymisen tutkimus on yleensä rajautunut tutkimaan yksittäisiä elintapoja, joista tärkeimpiä ovat tupakointi, alkoholinkäyttö, epäterveellinen ruoka sekä liikunnan vähäisyys. Ne kaikki ovat niin ikään yleisimpiä alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä ja on arvioitu, että noin puolet sosioekonomisista kuolleisuuseroista selittyy

yksinomaan alkoholinkäytön ja tupakoinnin eroilla. (Lahelma ym. 2007, 34 ja 128–164; Koivusilta 2012). Tämä on kuitenkin melko kapea-alainen näkemys terveyskäyttäytymisestä, sillä terveyskäyttäytymiseen voidaan yhtä lailla lukea myös esimerkiksi terveyspalveluiden valinta, kunto- tai joogasalin valinta tai se, että pitää kuntosalilla tai joogassa käyntiä tarpeettomana pelleilynä. Tavanomaisessa terveyskäyttäytymisen tutkimuksessa ei myöskään pystytä vastaamaan, *miksi* jokin käyttäytymistapa kuten humalajuominen, tupakointi, raskas ruoka tai joogaaminen on yleisempää ja hyväksyttävämpää joissain elämänpiireissä kuin toisissa. Syynä on, että käyttäytymisessä vaikuttavia kulttuurisia arvoja ja merkityksiä tai niiden vaikutusmekanismeja ei kyetä tunnistamaan. Kulttuuri jää eräänlaiseksi mustaksi laatikoksi, joka vaikuttaa toimintojen taustalla ilman, että oikein tiedetään, miten ja miksi. (Sihto & Palosuo 2013, 228; Koivusilta 2012.)

Varsinkin arkiajattelussa ja politiikassa terveyskäyttäytymistä ja siihen liittyviä terveyseroja tulkitaan usein kulttuuristen tekijöiden sijaan yksilöllisen valinnanvapauden ja -vastuun kautta. Tällöin terveyteen liittyvien valintojen nähdään olevan ihmisten omalla, yksilöllisellä vastuulla, jolloin myös niiden seurauksien sekä niiden mahdollisesti aiheuttamien kustannusten ajatellaan olevan yksilöiden itsensä eikä esimerkiksi yhteiskunnan vastuulla. Tähän ajatteluun saattaa liittyä moralisoivaa sävyä paitsi yksittäisiä ihmisiä, myös kokonaisia ihmisryhmiä kohtaan. Näissä näkökulmissa sosioekonomisia terveyseroja tulkitaan osoitukseksi ”alempien ryhmien” kehnoudesta, eräänlaisesta itse ansaitusta moraaliseen vajavuudesta, joka ilmenee poikkeamana terveellisestä ideaalikäyttäytymisestä. (Sihto & Palosuo 2013, 227; Lupton 1995.)

Tämä ajattelu heijastaa kuitenkin itsessään kulttuurista ja moraalista logiikkaa, jota kaikki eivät suinkaan yhtäläisesti jaa. Sen taustalla on yhtäältä tietynlainen ihmiskäsitys, jonka mukaan ihminen on aina tietoinen omasta toiminnastaan sekä sen vaikutuksista, hänellä on tilanteesta riippumatta riittävät mahdollisuudet tehdä oikeanlaisia valintoja ja hän on myös motivoitunut toimimaan ensi sijassa terveyshyötyään laskelmoi-

den (Costa-font & Mladovsky 2008). Toisaalta näkemystä motivoi myös utilitaristinen ajatus, jonka mukaan ihmisiä tulee arvottaa ensi sijassa heidän valinnoistaan ja muista teoistaan koituvan hyödyn mukaan eikä esimerkiksi yleisen ja yhtäläisen ihmisarvon perusteella. Käytännössä on kuitenkin mahdotonta vetää mitään yleispätevää rajaa ”itse aiheutettujen” ja muuntyyppisten sairauksien välille. Onko altistuminen työpaikalla vaarallisille kemikaaleille oma valinta – ainahan olisi voinut vaihtaa työpaikkaa? Onko henkilöautolla auto-onnettomuuteen joutuminen oma valinta – ainahan olisi voinut käyttää julkista liikennettä? Ja niin edelleen. Elämme riskiyhteiskunnassa, jossa äärettömän monet asiat voivat aiheuttaa sairautta ja pahoinvointia, ja on ymmärrettävää, että tätä epävarmuutta pyritään hallitsemaan erilaisin poliittisin näkemyksin. Ideologioista riippumatta on kuitenkin tosiasia, että erilaiset ryhmät ja yksilöt tekevät näissä olosuhteissa erilaisia valintoja erilaisin perustein, eikä ole mitään pätevää perustetta osoittaa, että vain yhdentyyppiset valinnat ja perustelut olisivat ainoita oikeita.

Jos sitä vastoin sitoudutaan näkemykseen, että ihmiset ovat sekä laadullisesti erilaisia että moraalisesti tasavertaisia erilaisuudestaan huolimatta, myös terveyskäyttäytyminen sekä siihen liittyvät valinnat on hedelmällisintä ymmärtää ensi sijassa sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuneiksi käyttäytymismalleiksi. Eri ryhmien keskuuteen on muodostunut erilaisia, mutta suhteellisen pysyviä arvostuksia, vuorovaikutuksen tapoja ja sosiaalisen yhteistoiminnan muotoja. Kuten kaikki muutkin toimintatavat, myös erilaiset terveyttä edistävät tai kuormittavat toimintatavat saavat eri ryhmissä erilaisia merkityksiä ja siksi eri ryhmiin kuuluvat ihmiset tekevät erilaisia näihin liittyviä valintoja. Valinnat ja niiden perustelut kytkeytyvät kyllä yksilön mielessä olevaan tietoon terveyteen vaikuttavista tekijöistä, mutta myös arvoihin, asenteisiin, tunteisiin sekä sukupuolvelta toiselle siirtyviin käyttäytymismalleihin. (Sihto & Palosuo 2013, 228; Palosuo & Lahelma 2013, 48–49; Koivusilta 2012, 322.)

Suurin osa arjen valinnoista ei myöskään ole tietoisia, aktiivisesti harjittuja ja pohdittuja tekoja, vaan ne tehdään arjen rutiinien ja reunaeh-

tojen sitomina. Marja-Liisa Honkasalon termein ihmisten arkitoiminta koostuu pääosin ”pienistä” teoista, jotka noudattavat oman lähipiirin ja paikalliskulttuurin totuttuja tapoja eivätkä niinkään ”suurten” hyvinvointiteorioiden, terveys-suositusten tai poliittisten ohjelmien linjauksia. (Honkasalo 2013.) Leena Koivusiltaa mukaillen ajatuksen voi muotoilla, että ihmisillä on taipumus hakeutua kohti sen ryhmän käyttäytymistä, johon he muutenkin sitoutuvat (Koivusilta 2012, 338). Tästä näkökulmasta inhimillisten valintojen rationaalisuus on ensi sijassa sosiaalista ja tähtää sosiaalisen yhteenkuuluvuuden ja solidaarisuuden maksimointiin. Jos yksilö voi tavoitella ja osoittaa näitä omassa sosiaalisessa ympäristössään ja elämäntilanteeseen paremmin terveyttä kuormittavalla tavalla kuin terveyttä edistävällä tavalla, niin silloin on täysin rationaalista valita terveyttä kuormittava toiminta. (Costa-font & Mladovsky 2008; Best 2007, 114 ja 117; Parker & Stanworth 2005.)

Toisaalta vaikka sosiaalinen ja kulttuurinen elämismailma motivoi aina enemmän tai vähemmän terveyskäyttäytymistä ja -valintoja, kulttuurisia selityksiä ei myöskään tule ylikorostaa. Mikään kulttuuri tai alakulttuuri ei ole pakkopaita, joka saisi kaikki jäsenensä käyttäytymään yhdellä ja yhdenmukaisella tavalla. Kulttuurisen terveystutkimuksen eräs ongelma onkin ollut pitää etenkin heikossa asemassa olevien ryhmien kulttuureita samankaltaisena, ulkoisena taudinaiheuttajana kuin bakteereita tai viruksia, jotka väijäämättä johtavat jäsenensä jollain tavalla epä-tarkoituksenmukaiseen terveyskäyttäytymiseen. Tyypillinen esimerkki tästä logiikasta on yleinen tapa puhua suomalaisesta alkoholikulttuurista, jonka nähdään aiheuttavan jäsenilleen runsasta humalajuomista kaikkine sivuvaikutuksineen. Samalla altistavaa kulttuuria kontrastoidaan toisentyypisiin, esimerkiksi eteläeurooppalaisiin viinikulttuureihin, joiden ei nähdä aiheuttavan vastaavia ongelmia. Toisin sanoen näissäkään selityksissä ei pystytä kovin hyvin vastaamaan, miksi jokin terveyttä kuluttava käyttäytymistapa on yleisempää ja hyväksyttävämpää joissain elämäntilanteissa kuin toisissa. Kulttuuri jää mustaksi laatikoksi, jonka toimintatapaa ei tunneta. Siksi asiaan ei kyetä myöskään vaikuttamaan ja ainoaksi toi-

mintalinjaksi jää usein silkka moralisointi. (Sihto & Palosuo 2013, 228; Maunu 2013a.)

Näistä lähtökohdista viimeaikaisen kulttuurisen terveystutkimuksen polttopisteeseen on noussut kysymys niistä mekanismeista ja merkityksistä, jotka liittävät ihmisten arkiset, usein tiedostamattomat ja arki-rutiinien sitomat valinnat heidän laajempiin sosiaalisiin, taloudellisiin ja kulttuurisiin kokonaisuuksiinsa. Useat terveystutkijat ovat tunnustaneet voimattomuutensa näiden kysymysten äärellä ja todenneet, että suomalaisessa(kin) yhteiskunnassa saattaa vaikuttaa terveystutkimukselle kokonaan tuntemattomia voimia, jotka ylläpitävät terveyden eriarvoisuutta eri väestöryhmissä (Koivusilta 2011, 141). Tarvitaan näkökulma, joka yhdistää samanaikaisesti ihmisten omaehtoisen toiminnan ja valinnat, heidän materiaaliset elinolosuhteensa sekä kulttuuriset arvo- ja merkitysjärjestelmänsä ilman, että minkään näistä oletetaan automaattisesti määrittävän tai dominoivan muita. Tämä ajatus voidaan tiivistää sanonaksi, jonka mukaan ihmiset kyllä tekevät itsenäisiä valintoja, mutta he tekevät niitä tilanteissa ja olosuhteissa, jotka eivät ole heidän itsensä valitsemia (Williams 2003).

## PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT JA VOIMAANTUMINEN

Terveystutkimuksessa on myös muutamia näkökulmia ja avauksia, joissa pyritään löytämään yhtymäkohtia ihmisten elinolosuhteiden, kulttuurien ja terveyskäyttäytymisen välille. Eräs näistä liittyy psykososiaalisiin tekijöihin eli niihin kokemuksiin ja tunnetiloihin, jotka aineelliset tai sosiaaliset olosuhteet saavat yksilön mielessä aikaan ja sitä kautta vaikuttavat terveyteen ja hyvinvointiin (Haukkala 2011, 142). Etenkin työolojen vaikutusta terveyteen on tarkasteltu tästä näkökulmasta. Jos esimerkiksi työntekijällä on vähäiset vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä ja työntekijään kohdistuu suuria vaatimuksia, se aiheuttaa terveystorjuntaa. Syyksi tälle on esitetty muun muassa stressiä: se vaikuttaa terveyteen muun muassa immuunijärjestelmän, hormonitoiminnan ja terveyttä



kuormittavien elintapojen kautta. (Lahelma ym. 2007, 35.) Näiden olosuhteiden on todettu kytkeytyvän sosioekonomiseen asemaan: alemmassa asemassa olevat kokevat elämäntilanteessaan enemmän stressiä, vaikutusmahdollisuuksien puutetta ja muita sairauksille altistavia psykososiaalisia tekijöitä (Haukkala 2011).

Eräs muunnelma psykososiaalisista on ajatus voimaantumisesta ja voimaannuttavasta terveystoiminnasta. Voimaantuminen määritellään prosessiksi, jonka kautta ihmiset ja ryhmät lisäävät kykyjään ja mahdollisuuksiaan vaikuttaa omaan elinympäristöönsä. Jos ja kun nämä mahdollisuudet lisäävät terveyttä ja hyvinvointia, kaikki poliittiset, taloudelliset, kulttuuriset ja psykologiset toimet, jotka lisäävät kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia, ovat myös terveyttä edistäviä. Edelleen jos vaikutusmahdollisuudet ovat jakautuneet väestötasolla epätasaisesti ja ovat heikoimpia alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä, näiden ryhmien vaikutusmahdollisuuksia parantamalla voidaan kaventaa myös sosioekonomisia terveyseroja. (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 24–26; ks. myös Koivusilta 2011, 130.)

Voimaantumisenäkökulman taustalla on vahva oletus siitä, mitä ihmiset elämässään haluavat ja tarvitsevat. Maailmankuvan keskiössä on yksilö, joka pyrkii kontrolloimaan ympäristöään ja sitä kautta laajentamaan oman, autonomisen ja autenttisen minänsä toimintapiiriä mahdollisimman laajalle – toisin sanoen käyttämään omaa valtaansa mahdollisimman paljon. Tämä oletus pitää varmasti monilta osin paikkansa, mutta on kyseenalaista, päteekö se samanlaisena kaikkien ryhmien kohdalla. On esitetty, että se on tyypillistä nimenomaan akateemisesti koulutetun keskiluokan jäsenille, jotka aktiivisesti pyrkivät korkeisiin yhteiskunnallisiin asemiin ja joiden elämä jäsentyy muutenkin henkilökohtaisten ”minäprojektien” ympärille. Puolestaan alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä keskeisiksi hyveiksi on nähty pikemminkin minän johdonmukaisuus ja pysyvyys – rehellisyys ja luotettavuus – sekä tähän liittyvä pyrkimys kontrolloida ennemmin omaa itseä kuin ympäröivää todellisuutta. Näissä ryhmissä maailmaa ei niinkään pyritä muuttamaan oman mielen mukaiseksi,

vaan löytämään olemassa olevasta maailmasta oma, itselle sopiva lokero. (Snibbe & Markus 2005; Tolonen 2008b; Maunu 2012a, 83–97 ja 153–154.)

Tästä näkökulmasta terveyserojen psykososiaaliset selitykset perustuvat jossain määrin rajallisille ja yksipuolisille oletukselle ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin lähteistä, vaikka pyrkimys löytää yhdistäviä tekijöitä elinolojen, toimintakulttuurien ja yksilöllisen käyttäytymisen välille on eittämättä kannatettava. Kulttuurisesti epäherkät lähestymistavat voivat kuitenkin äärimmäisissä tapauksissa enemmän jopa kasvattaa kuin kaventaa terveyseroja. Jos terveystalitiikkaa alettaisiin toteuttaa vahvasti esimerkiksi voimaantumisajattelun pohjalta, niin on mahdollista, että se vaikuttaisi suhteellisesti enemmän hyväosaisiin kuin heikommassa asemassa oleviin ryhmiin. Silloin myös terveyskuilu eri sosioekonomisten ryhmien välillä kasvaisi entisestään. (Sihto & Palosuo 2013, 228; ks. myös Kortteinen & Elovainio 2006.) Toisin sanoen myös terveyseroja psykososiaalisilla tekijöillä selitettäessä on syytä huomioida kulttuurisia tekijöitä enemmän kuin tähänastisessa tutkimuksessa on tehty.

## SOSIAALISEN PÄÄOMAN IHMEAINE

Psykososiaalisten tekijöiden lisäksi toinen selitysmalli, jossa etsitään linkkejä ihmisten elinolosuhteiden, kulttuurien ja terveyskäyttämisen välille, liittyy sosiaaliseen pääomaan. On havaittu, että ihmisten eliniänodote on korkeampi, sairastavuus vähäisempää sekä koettu terveys ja toimintakyky parempi sellaisissa ryhmissä tai yhteisöissä, joissa on paljon vuorovaikutusta ja aktiivista yhteistoimintaa, jäsenet antavat toisilleen tukea ja jossa toisiin voidaan varauksetta luottaa. (Cockerham 2007, 165–183; Haukkala 2011; Hyypä 2002). Tämä ajattelutapa on tiettyllä tapaa päinvastainen kuin edellisen luvun voimaantumisenäkökulma. Sosiaalisen pääoman näkökulmasta ei tarkastella niinkään sitä, kuinka yksilö voi vaikuttaa omaan sosiaaliseen ympäristöönsä, vaan sitä, kuinka sosiaalinen ympäristö vaikuttaa yksilöön.

Sosiaalisen pääoman ja terveyden välinen yhteys toimii kahdella tavalla. Yhtäältä on osoitettu, että sosiaalisen pääoman eli hyvien ja turvallisten ihmiskontaktien puute on sinänsä terveyttä ja toimintakykyä heikentävä tekijä. Toisaalta on osoitettu, että hyvä sosiaalinen pääoma suojaa ja edistää toipumista myös silloin, kun ihminen sairastuu tai elämä muuten koettelee. Nämä mekanismit liittyvät psykologisiin ja kulttuurisiin tekijöihin kuten motivaatioon, asenteisiin ja koettuihin mahdollisuuksiin, mutta lääketiede on osoittanut niiden olevan yhteydessä myös verenpaineeseen, sydämen toimintaan, hormonitoimintaan sekä immuunijärjestelmään. Sosiaalinen tuki on ihmiselle yhtä tärkeää kuin kunnollinen ruoka, ja ruuan tavoin se myös vaikuttaa kudoksissamme asti. (Uphoff ym. 2013; Kortteinen & Tuomikoski 1998; Uchino 2006.)

Sosiaalisen pääoman tutkimisen ympärille on muodostunut kokonainen tietoteollisuuden laji. Siinä on monta haaraa, mutta tämän katsauksen kannalta eräs keskeinen jako liittyy siihen, millä tavoilla ja ehdoilla sosiaalisen pääoman nähdään väestötasolla operoivan ja edistävän terveyttä. Yhtäällä on paljon tutkimuksia, jotka korostavat, että sosiaalinen pääoma pidentää ikää ja vähentää sairauksia iästä, sukupuolesta, koulutuksesta ja elinoloista riippumatta. Esimerkiksi kattava, tuore suomalaistutkimus osoittaa, että taustamuuttujiin katsomatta henkilöt, joilla on vahva sosiaalinen tukiverkosto ja siihen liittyvä luottamus, tupakoivat vähemmän, liikkuvat enemmän, nukkuvat paremmin ja syövät enemmän kasviksia. He myös kokivat fyysisen ja psyykkisen terveytensä paremmiksi kuin henkilöt, joiden sosiaalinen luottamus oli heikompa. (Nieminen ym. 2013.) Toisaalla on tutkimuksia, jotka korostavat, että sosiaalinen pääoma on epätasaisesti jakautunut siinä, missä kaikki muutkin pääoman lajit. Sosiaalista pääomaa on vähemmän köyhien, syrjäytyneiden tai muiden huonossa asemassa olevien parissa kuin rikkaiden, menestyvien ja valtaa pitävien ryhmien keskuudessa. Tämä tekee sosiaalisesta pääomasta ja sen kasautumisesta suoranaisen selityksen sosioekonomisille terveyseroille. (Kawachi ym. 1997; Lin 2000; Turner 2003.)

Sosiaalisen pääoman tutkimusten ongelma ovat kuitenkin käsitteen epämääräisyys ja määrittelyn ongelmat. Intuitiivisesti käsite on vetoava: se muistuttaa yhteisöllisyyden ja osallisuuden käsitteitä, jotka on nostettu hyvinvoinnin ja jopa talouskasvun ehdoksi aina valtakunnan ylintä johtoa myöten. Näiden ilmiöiden tarkempi määrittely on kuitenkin jäänyt tekemättä ja sosiaalinen pääoma, yhteisöllisyys ja osallisuus ovat jääneet leijumaan kauniiksi, mutta saavuttamattomaksi usvaksi jonnekin arkielämän ja käytännön politiikan yläpuolelle. Mutta varsinkin, jos asiaan halutaan vaikuttaa ja sosiaalista pääomaa vahvistaa tosielämässä, on syytä tietää tarkemmin, mistä siinä on kyse (esim. Suominen 2012, 230).

Eräs sosiaalisen pääoman tarkempaa määrittelyä vaikeuttava tekijä terveystutkimuksessa saattaa olla, että sitä on pyritty näkemään yhtenä, yleis-pätevänä ihmeaineena, joka on kaikissa tapauksissa samanlaista. Sosiaalinen pääoma näyttäytyy ikään kuin lääkkeenä, joka torjuu sairautta ja pahoinvointia yhtä varmalla mekanismilla kuin penisilliini bakteereita ja jonka puute puolestaan päästää kurjuuden valloilleen kuin kulkutaudin. Tämä voi kuitenkin olla väärä oletus. On todennäköisempää, että sosiaalinen pääoma on eri ryhmissä laadullisesti hyvinkin erilaista ja eri tavoin rakentunutta. Näin on luultavasti myös eri sosioekonomisissa ryhmissä, koska näiden ryhmien aineelliset elinolot, kulttuuriset arvot ja merkitykset sekä arjen toimintatavat ja -rutiinit ovat kaikissa muissakin tapauksissa usein perin erilaisia. Valtavirran terveystutkimus ei kuitenkaan ole lähestynyt asiaa tästä näkökulmasta, vaan se on keskittynyt etsimään eri tavoin määriteltyjen sosiaalisen pääoman indikaattoreiden yhteyksiä erilaisiin väestötason taustamuuttujiin lähinnä tilastollisin menetelmin (vrt. Koivusilta 2011 ja 2012). Silloin pyrkimykset vahvistaa ihmisten terveyttä tai kaventaa terveyseroja sosiaalisen pääoman kautta jäävät helposti hyvän-tahtoisiksi, mutta epämääräisiksi iskulauseiksi tai ohjelmaluonnoksiksi.

## STANDARDISELITYSTEN RAJAT

Sosioekonomisten terveyserojen syistä on esitetty useita selityksiä. Tässä luvussa olen käynyt läpi niistä viisi päätyyppiä: aineelliset tekijät, terveyspalveluiden saatavuuden, terveyskäyttäytymisen ja kulttuuriset selitykset sekä psykososiaalisiin tekijöihin ja sosiaaliseen pääomaan viittaavat selitykset. Nämä kaikki ovat ilmiön selittämisessä ja tulkitsemisessä relevantteja näkökulmia ja voidaan olettaa, että yhdessä ne kattavat varmasti suuren osan sosioekonomisten terveyserojen todellisista syistä.

Mistä sitten johtuu, että tästä valtavasta tietomäärästä huolimatta sosioekonomisia terveyseroja ei ole Suomessa saatu kapenemaan, vaikka lukuisat poliittiset pyrkimykset ovat tähänneet tähän vuosikymmenten ajan? Oma tulkintani on, että ongelma on ensi sijassa tiedollinen ja tietoteoreettinen. Terveyseroja yritetään ottaa haltuun sellaisin menetelmin, jotka eivät tavoita sitä maailmaa, jossa terveys ja sairaus tosiasiaassa kasvavat ja vaikuttavat. Ongelma ei ole siinä, etteikö tietoa ja näkökulmia sinänsä olisi riittävästi. Ongelma on siinä, että olemassa olevaa tietoa ja näkökulmia ei osata yhdistää eikä soveltaa sellaisilla tavoilla, että niiden pohjalta olisi saatu rakennettua todelliseen elämään saakka ulottuvia ratkaisuja.

Ongelman ytimessä ovat terveystutkimuksen ja -politiikan tietoteoriat, jotka periytyvät lääketieteestä ja edelleen 1800-luvun luonnontieteestä. Ne perustuvat oletukselle, että kaikille havaituille tapahtumille kuten sairaudelle on aina olemassa jokin syy, ulkoinen aiheuttaja, johon ongelma voidaan palauttaa ja joka voidaan sen jälkeen poistaa. Tietoteoreettisiin termein terveystutkimuksen selitysmallina on kausaatio. Nämä tutkimusmenetelmät on kehitetty bakteerien, virusten, kemikaalien ja muiden ulkoisten taudinaiheuttajien tunnistamiseen ja eliminointiin, missä ne toimivat hyvin. Ne eivät kuitenkaan saa kovinkaan pitävää otetta ihmisen ja hänen toimintansa ymmärtämisestä ja siihen vaikuttamisesta. (Laaksonen & Silventoinen 2011, 19–21.) Syynä on, että ihmisen elämälle, elämäntilanteelle tai elämäntavalle ei voida osoittaa mitään yhtä, yksittäistä ja muut

tekijät poissulkevaa syytekijää. Esimerkiksi päihdeongelma tai sydänsairaus voi olla seurausta geneettisestä alttiudesta, raskaista työoloista, stressistä, emotionaalisesti kuormittavasta lapsuudesta, epätarkoituksenmukaisesta terveyskäyttäytymisestä – tai näistä kaikista yhtä aikaa. Ne voivat myös olla seurausta jostain aivan muusta, kuten oikeutetusta pyrkimyksestä mukavaan ja nautinnolliseen elämään, joka meni vähän liian pitkälle. Siksi päihdeongelmia tai sydänsairauksia on väestötasolla tehotonta ja kallista torjua eliminoimalla niiden yksittäisiä aiheuttajia kuten bakteereja tai viruksia ikään.

Kuitenkin kaikkia sosioekonomisten terveyserojen perusselityksiä on valtavirran terveystutkimuksessa ja -politiikassa tarkasteltu ulkoisina kausaatio- eli syytekijöinä. Kasautuvan sairauden ja huono-osaisuuden nähdään olevan aina seurausta joistakin itsensä ulkopuolisista, rajatuista ja määritellyistä tekijöistä. (Koivusilta 2012, 333.) Myös yksilöiden omia valintoja on usein tarkasteltu ikään kuin terveydelle ulkoisina syytekijöinä sikäli kuin niitä on ylipäänsä käytetty terveyserojen tieteellisenä eikä vain moraalis-poliittisena selityksenä. Samalla logiikalla terveyserojen uskotaan katoavan, jos ongelman oletetusta syystä riippuen yhteiskunta vain tulisi tasa-arvoisemmaksi, kulttuuri terveellisemmäksi tai jos yksilöt vain voimaantuisivat ja alkaisivat tehdä fiksumpia valintoja. Tämä on kuitenkin epärealistinen logiikka, sillä todellinen elämä sellaisena kuin terveyden ja sairauden elävät ihmiset sen kokevat, ei noudata samaa kaavaa. Terveudessa ja sairaudessa samoin kuin terveyseroissa vaikuttavat yhtä aikaa kaikki tunnetut ja luultavasti vielä monet tuntemattomatkin tekijät (Williams 2003). Siksi ei päästä puusta pitkään, jos terveys, sairaus tai terveyserot pyritään palauttamaan johonkin täsmällisesti määriteltyyn, ulkoiseen syhyyn.

Hedelmällisempi lähtökohta terveyserojen ymmärtämiseen ja niihin vaikuttamiseen on tunnistaa niitä mekanismeja, joilla tiedossa olevat ja sinänsä relevantit terveyden ja sairauden tekijät rakentavat yhdessä pesää ihmisten elämään. Lääketieteellisin termein voidaan puhua niistä yhteisvaikutuksen muodoista, joilla elämä ihmiseen vaikuttaa joko häntä vah-

vistaen tai kuluttaen. Toisin sanoen tutkimuksen ja vaikuttamisen lähtökohdaksi on otettava ihminen ja hänen toimintansa, ei terveys ja sairaus ihmisestä irrotettuina abstraktioina. On tarkasteltava hyvin- ja pahoinvoinnin ulkoisten syiden sijaan niiden sisäistä rakentumista. Tämä näkökulma saattaa nostaa esiin myös sellaisia tekijöitä tai logiikoita, joita ei aiemmassa tutkimuksessa ole riittäväällä tarkkuudella tunnistettu ja joihin ei siksi ole osattu myöskään puuttua.

### 3. TERVEYS, TOIMIJUUS JA SOSIAALINEN LUOTTAMUS: UUSI NÄKÖKULMA TERVEYSEROIHIN

Viimeaikaisissa tutkimuskeskusteluissa on alettu korostaa, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä keskeistä eivät ehkä olekaan sairauden tai pahoinvoinnin syyt, vaan terveyden ja hyvinvoinnin tekijät. Suomessa elää valtavasti terveitä ja hyvinvoivia ihmisiä materiaalisesti niukoissa olosuhteissa kuten työttöminä tai toimeentulotuen piirissä. Monet heistä tekevät ajoittain epätarkoituksenmukaisia terveysvalintoja ja elävät sellaisissa piireissä, jossa aktiivinen terveyden vaaliminen ei ole erityisen suosittua. Silti he eivät sairastu eikä heidän elämänsä välttämättä kasaudu erityisen paljon pahoinvointia. Toisaalta sairautta ja pahoinvointia on myös materiaalisesti vauraissa piireissä ja aktiivisten terveysharrastajien keskuudessa. Tästä näkökulmasta keskeistä ei olekaan ulkoisten riskitekijöiden välttäminen, vaan niistä selviäminen: ongelmia ei kukaan voi täysin välttää, mutta toiset kestävät niitä paremmin kuin toiset. Asiaa tutkineet Matti Kortteinen ja Marko Elovainio kiteyttävät, että kestokyvyn perusta on yksilöiden kyky olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa tavalla, joka on heidän tulevan hyvinvointinsa kannalta tarkoituksenmukaista. Silloin keskeiseksi kysymykseksi nousevat ne tekijät, jotka edistävät tätä vuorovaikutusta ja sitä kautta vahvistavat vastoinikäymisistä toipumista – ja parhaassa tapauksessa tuottavat valmiuksia suojautua vastoinikäymisiltä jo ennakolta. (Kortteinen & Elovainio 2012 ja 2006; Suominen 2012.)



Näiden keskusteluiden taustalla on samankaltainen ajattelutavan muutos, jota peräänkuulutan edellisen luvun lopussa. Keskustelut lähtevät oletuksesta, jonka mukaan terveys ja sairaus tai laajemmin hyvin- ja pahoinvointi eivät ole muusta elämästä irrallisia saarekkeita. Päinvastoin ne rakentuvat osana ihmisten koko elämäntapaa ja -tilannetta kaikkine ulkoisine ehtoineen ja sisäisine pyrkimyksineen. Siksi niihin voidaan vaikuttaa ainoastaan tämän monimutkaisen kokonaisuuden kautta eikä keskittymällä elämän yksittäisiin ja erillisiin osa-alueisiin.

Terveystutkimuksen ja -politiikan keskeinen ongelma, joka myös uusissa keskusteluissa on tunnistettu, on se, että tutkimuksella ja politiikalla ei ole kunnollisia välineitä näiden kokonaisuuksien hahmottamiseen. Siksi asiaan ei myöskään kyetä vaikuttamaan. On helppoa sanoa esimerkiksi, että terveyseroihin pitää vaikuttaa ihmisten elämäntavan ja -olosuhteiden sosiokulttuurisen kokonaisuuden kautta. Tämä on kuitenkin möhkäläisen suuri ja epämääräinen tavoite, ellei esitetä selkeää näkemystä siitä, mitä ja millaisia nämä elämäntavat ja -olosuhteet ovat, kuinka niiden kanssa voidaan konkreettisesti työskennellä ja kenen tätä työtä pitää tehdä. Asian vaikeutta lisää vielä se, että elämäntavat, -tilanteet ja -olosuhteet ovat eri ryhmillä erilaisia eikä siksi ole mitään takeita siitä, että samanlaiset keinot toimisivat samalla tavalla erilaisten ryhmien kanssa. Se, mikä auttaa yhtä, voi jopa pahentaa toisen asemaa. (Kortteinen & Elovainio 2006, 342; Sihto & Palosuo 2013, 228.)

Tämän katsauksen loppuosassa tartun härkää sarvista ja luonnostelen näkökulmia, joista käsin näihin kysymyksiin voidaan alkaa etsiä suoransia vastauksia. Tässä luvussa esitän lähinnä sosiologian ja sosiaalipsykologian näkökulmista suuntaviivoja siihen, kuinka hyvin- ja pahoinvoinnin sosiaalisia ulottuvuuksia voidaan tarkastella niin, että näköpiirissä pysyvät myös ihmisten jokapäiväinen elämä sekä kaikki se, mikä siinä joko suoraan tai epäsuorasti, tiedostetusti tai tiedostamatta vaikuttaa hyvin- ja pahoinvointiin. Esitän myös empiirisiä, sisällöllisiä havaintoja siitä, millaiset tekijät minkin ryhmän elämäntavoissa saattavat vahvistaa tai kuluttaa ryhmän jäsenten hyvinvointia. Lisäksi esitän näkemyksiä siitä, millai-

set sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät saattavat Suomessa aiheuttaa sen, että sosioekonomiset terveyserot ovat täällä suhteellisen suuria, vaikka varsinaiset tuloerot ja muut erot materiaalisessa vauraudessa ovat kansainvälisesti suhteellisen pieniä.

Luvussa tarkastelen ja linjaan uusiksi terveystutkimuksen teoreettisia ja metodologisia taustaoletuksia suhteellisen korkealla abstraktiotasolla. Luvun lopputulos on kuitenkin konkreettinen ja yksinkertainen: viimeaikaisen tutkimuksen valossa näyttää siltä, että toimiva tapa kaventaa sosioekonomisia terveyseroja on vahvistaa keskimääräistä heikommassa ja haavoittuvammassa asemassa elävien ryhmien ja yksilöiden sosiaalista luottamusta. Kiireinen tai pelkästään terveyden edistämisen käytännöllisestä puolesta kiinnostunut lukija voikin tämän luvun osalta tyytyä pelkästään tähän johtopäätökseen ja siirtyä seuraaviin lukuihin, joissa käsitelen sosiaalisen luottamuksen vahvistamista konkreettisena ja käytännöllisenä kysymyksenä.

## TERVEYS, ARVOT JA IDENTITEETTI

Kulttuurisessa terveystutkimuksessa on pitkään korostettu, että terveys ei ole ainoa eikä usein edes tärkein ihmisten toimintaa ohjaava arvo tai periaate. Toisaalta joillekin ryhmille tai yksilöille se voi olla elämän keskeisimpiä sisältöjä. Tätä on usein tarkasteltu identiteetin käsitteen kautta: ihminen tekee sitä, mitä pitää itselleen ja omalle viiteryhmälleen tärkeimpänä. Terveyskäyttäytymisen erojen voidaan tällöin nähdä heijastavan niitä kulttuurisia identiteettejä, joihin eri ryhmät tai yksilöt samastuvat. Tarkemmin ottaen erot ilmenevät siinä, mikä on terveysvaikutteisen käyttäytymisen arvoasema kunkin ryhmän identiteetissä.

Esimerkiksi pohjoisamerikkalainen Daphna Oyserman kollegoineen on havainnut, että kaikki amerikkalaiset jakavat tiedon tasolla käsitykset siitä, mitä ja millaisia ovat terveelliset elämäntavat. Etnisten vähemmistöjen jäsenet kuten afroamerikkalaiset ja intiaanit pitävät kuitenkin näiden käsitysten mukaan elämistä ensi sijassa valkoihoisten amerikka-

laisten tapana elää. Siksi he eivät samastu näihin elämäntapoihin eivätkä aina elä niiden mukaan. Tämä näkyy myös sairaus-, kuolleisuus- ja esimerkiksi ylipainotilastoissa. Oyserman ja kumppanit jatkavat, että ihmiset käyttäytyvät ja tekevät sen mukaisia valintoja, minkä kokevat omalle viiteryhmälleen ominaiseksi. Tästä näkökulmasta inhimillinen rationaalisuus on ensi sijassa sosiaalista. Niin yksilön, ryhmän kuin koko ihmislajin menestyksen kannalta keskeistä on maksimoida keskinäisen yhteistyön edellytyksiä eli tuen, luottamuksen ja solidaarisuuden määrää. Jos ryhmäsolidaarisuutta voi kokea ja osoittaa parhaimmin terveyden kannalta epä-tarkoituksenmukaisella toiminnalla kuten päihteidenkäytöllä tai muulla riskikäyttäytymisellä, silloin voi olla täysin rationaalista valita se. (Oyserman ym. 2007; Costa-font & Mladovsky 2008; Best 2007, 114 ja 117; Parker & Stanworth 2005.)

Johdonmukaisia, arvoihin ja identiteettiin liittyviä terveyskäyttäytymisen eroja on tunnistettu myös sosioekonomisten ryhmien välillä. Useat tutkimukset niin Suomessa kuin ulkomailla kertovat työväenluokkaisen miesten elämäntavasta, jossa kova ja mitään pelkäämätön työnteko on keskeinen kunnian lähde ja sellaisena tärkeämpi kuin terveys. Esimerkiksi Marja-Liisa Honkasalon tutkimuksen mukaan pohjoiskarjalaisilla miehillä sydäntautiin sairastuminen on osoitus siitä, että on elänyt ahkeran ja työntäyteisen elämän ankarissa olosuhteissa (Honkasalo 2012 ja 2013). Vastaavasti terveyttä työssä edistävät toimintatavat kuten suojavarusteiden käyttö tai järkevät työajat sekä niihin liittyvä riittävä lepo nähdään säällittävänä ja epämiehekkäänä, sillä miehen kuuluu kestää kipua, rasitusta ja vaaraa. (Dolan 2011; Sulkunen ym. 1985; Kortteinen 1992.)

Puolestaan korkeammassa, keskiluokkaisissa sosioekonomisissa asemissa elävien tai niihin pyrkivien ihmisten parissa terveys saa tutkimusten mukaan toisenlaisia merkityksiä ja arvovaruksia. Näissä ryhmissä terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen liitetään mielikuvia vastuullisuudesta, älykkyydestä ja tahdonvoimasta. Toisin sanoen terveys on osoitus moraalisesti arvokkaista ominaisuuksista niin yksilönä kuin yhteiskunnan jäsenenä. Siksi terveys ja sen vaaliminen liitetään oleellisesti myös muuhun

elämässä menestymiseen: kaiken menestymisen uskotaan näissä kulttuureissa edellyttävän samoja yksilöllisiä ominaisuuksia, joita terveys ilmentää. Taustalla on tulkinta, jonka mukaan keskiluokkien kulttuurille tärkeimpiä moraalisia horisontteja ovat laajemminkin yksilöllisen kasvun, kehityksen ja menestymisen ihanteet. Vastaavasti ne yksilöt ja ryhmät, jotka eivät suhtaudu terveyden vaalimiseen samoin, nähdään keskiluokissa helposti moraalisesti kyseenalaisiksi, irrationaalisiksi, heikkoluonteisiksi ja/tai laiskoiksi. (Lupton 1995; Chamberlain & O’Neill 1998; Pajari ym. 2006; Snibbe & Markus 2005.)

Tämä ei tarkoita, että terveyteen suhtauduttaisiin keskiluokissakaan tietoisesti laskelmoivasti ja ajatellen, että laihduttaminen tai tupakoimattomuus suoranaisesti auttaisi esimerkiksi etenemään uraportilla. Mekanismi on monimuotoisempi. Toki keskiluokkaiseen terveyden vaalimiseen kuten salaattilounaisiin ja puolimaratoneihin liittyvä nautinto koetaan ensi sijassa välittömänä, itseisarvoisena hyvän olon tunteena. Aivan samoin työväenluokkaisten miesten kokema mielihyvä siitä, että he kykenevät raskaisiin töihin kovassa krapulassa, on välitöntä, itseisarvoisena koettua kunnian tunnetta. Juuri näin ihmisten identiteettiä motivoivat arvot toimivat. Niitä ei valita tai puntaroida joka kerta erikseen eikä niiden tuottamaa hyötyä laskelmoida tietoisesti, vaan niiden mukaan toimitaan johdonmukaisesti ja rutiininomaisesti, koska niiden mukaan toimiminen koetaan hyväksi ja oikeaksi sekä muiden samanmielisten jakamaksi tavaksi. Terveys, siihen pyrkiminen tai muiden asioiden asettaminen sen edelle on eräs keino ilmaista itseään ja arvokkaana pitämäänsä paikkaa – omaa identiteettiään – sosiaalisessa maailmassa.

Tästä näkökulmasta terveys ei ole pelkästään terveyttä sen itsensä tähden. Terveys kytkeytyy osaksi monenlaisia sosiaalisia ja kulttuurisia ihanteita, joista terveyteen liittyvät toimintatavat saavat varsinaisen voimansa ja arvonsa. Voidaan ajatella, että terveys ja sen tavoittelu tai laiminlyönti ovat eräänlaisia konkreettisia tunnuksia tai symboleita niille abstraktimmille merkityksille ja kollektiivisille pyrkimyksille, jotka tekevät erillisistä yksilöistä laajempia ryhmiä ja yhteisöjä. Tämä tekee terveydestä ja

sen puutteesta myös vahvasti sosiaalisia ja moraalisia ilmiöitä eikä pelkää yksilöiden lääketieteellisesti määrittyviä tiloja.

## TOIMIJUUS TERVEYDEN JA SOSIOEKONOMISEN ASEMAN VÄLITTÄJÄNÄ

Terveyshäiriöiden ja terveyseroihin liittyvät identiteettiselitykset tuovat esiin sen, kuinka monimuotoisella tavalla terveyskysymykset kytkeytyvät ihmisten ja ryhmien elämän kokonaisuuteen. Niillä on kuitenkin myös eräs perusongelma: ne turvautuvat usein varsin yleisluontoisiin ja kokonaisvaltaisiin tulkintoihin. Tässä suhteessa ne muistuttavat terveyserojen kulttuurisia selityksiä, joita on käsitelty edellisessä luvussa. Jos terveyshäiriöiden perustaksi ajatellaan Kortteisen ja Elovainion edellä esitetyn muotoilun mukaan yksilöiden kykyä olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa tavalla, joka on heidän tulevan hyvinvointinsa kannalta tarkoituksenmukaista, liian yleisluontoiset selitykset hämärtävät helposti näkökentästä yksilöiden toiminnan. Toiminta näyttäytyy kaikille saman kulttuuripiirin jäsenille suhteellisen samanlaisena ja samoja ihanteita toistavana pelikenttänä, jolloin syntyy oletus, että kaikki myös toimisivat suunnilleen samoin.

On kuitenkin olemassa toinen käsitteellinen näkökulma, joka säilyttää identiteettinäkökulman parhaat puolet, mutta vie sitä myös pidemmälle ja antaa paremmat valmiudet ihmisten jokapäiväisen arkitoiminnan sekä sen variaation tarkasteluun. Tämä on *toimijuuden* ajatus. Toimijuuteen kuuluu arvoja, normeja ja merkityksiä kuten identiteettiinkin, mutta toimijuuden näkökulmasta arvoja ja merkityksiä tarkastellaan ensi sijassa toiminnan kautta ja sen osana. Toimijuutta voidaan toisin sanoen pitää identiteetin käytännöllisenä, toimeenpanevana olomuotona; toimijuus on se identiteetin osa, joka näkyy ihmisen jokapäiväisessä toiminnassa. (Snibbe & Markus 2005, 704.) Myös terveyteen liittyviä arvoja, normeja ja merkityksiä tarkastellaan toimijuuden näkökulmasta ensi sijassa sen kautta, millaisena ne ilmenevät ihmisten toiminnassa, eikä sen pohjalta, millaisina niitä kuvail-

laan esimerkiksi haastattelutilanteissa. Tästä näkökulmasta toiminnan ja sen merkitysten tarkastelu tapahtuu toisin päin kuin perinteisissä kulttuuriselityksissä. Toiminnan merkityksiä tarkastellaan ikään kuin toiminnan sisäisenä rakentumisena tai kehkeytymisenä eikä ulkoisten kulttuuritekijöiden aiheuttamana lopputuloksena. Silloin myös toiminnan variaatio saman kulttuuripiirin jäsenten keskuudessa on helpompaa havaita.

Kun toimijuutta tarkastellaan käytännössä, tarkastelun polttopisteeseen on järkevää ottaa se, millaiseen toimintaan yksilö elinympäristössään tähtää ja mitä hän ympäristössään tekee. Mitä toimija haluaa, mihin pyrkii, mihin tyytyy, mitä välttää ja niin edelleen? Tämä on yksinkertainen mutta tehokas lähtökohta, sillä sen kautta saadaan ihmisen toiminnassa vaikuttavat monimuotoiset voimat rajattua tarkasti ja ikään kuin asetettua samalle viivalle. Sillä ei ole väliä, motivoivatko toimintaa abstraktit kulttuuriset tai moraaliset periaatteet, ulkoiset tilannetekijät vai ohimenevät, yksilölliset mielihalut. Jos ne vain vaikuttavat toiminnassa, niillä on merkitystä. (Snibbe & Markus 2005, 704.)

Tämä näkökulma ylittää terveystutkimuksessa usein vaikuttavan pyrkimyksen löytää hyvin- ja pahoinvoinnille yksittäisiä, ulkoisia ja tarkasti määriteltyjä syytekijöitä. Pikemminkin näkökulma tarkastelee useiden tekijöiden yhteisvaikutuksia, mikä on nähty terveystutkimuksessa tärkeänä. Samalla näkökulma ylittää terveystutkimuksessa usein vaikuttavan vastakkainasettelun toiminnan yksilöllisen ulottuvuuden, erityisesti terveyteen liittyvien valintojen ja kollektiivisen ulottuvuuden kuten kulttuurin tai elinolosuhteiden välillä. Toimijuuden ideassa yhdistyvät molemmat puolet. Toimijuus on aina henkilökohtaista ja yksilöllistä, oman lihan ja kudosten liikettä. Samalla toimijuus on aina myös upotettu tai sidottu sosiaalisten suhteiden, merkitysten ja olosuhteiden verkkoihin. Toisin sanoen hyvin- ja pahoinvoinnin rakentuminen on toimijuuden näkökulmasta aina yhteispeliä yksilön valintojen ja häntä ympäröivän maailman välillä. (Kortteinen & Elovainio 2006 ja 2012.)

Toimijuutta on monenlaista samoin kuin kulttuurisia identiteettejäkin (Snibbe & Markus 2005, 704). Myös samoilla ja samaan kulttuuri-

piiriin kuuluvilla ihmisillä voi olla erilaista toimijuutta, ja toimijuuden muodot voivat vaihdella tilannekohtaisesti. Ihmiset voivat esimerkiksi joissain tilanteissa tai seurueissa käyttäytyä terveyden edistämisen kannalta hyvin eri tavoin kuin toisissa (esimerkiksi päihteiden käyttö). Silloin, kun terveystutkimuksessa ja varsinkin -politiikassa on käytetty toimijuuden käsitettä, toimijuus on kuitenkin määrittynyt helposti aktiiviseksi, tietoisia terveysvalintoja tekeväksi sekä loppuun saakka vireänä pärjääväksi terveysrankaruudeksi (Kivistö ym. 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Toimijuutta voi kuitenkin olla hyvinkin monenlaista. Esimerkiksi Marja-Liisa Honkasalo on tutkinut pitkäaikaissairaiden toimijuutta ja nimittänyt sitä pieneksi tai hauraaksi toimijuudeksi, joka tyytyy paljon vähempään ja rakentuu toisentyyppisten voimien yhteisvaikutuksena kuin keskiluokkaisen terveysajattelun oletetuilla mallikansalaisilla (Honkasalo 2012 ja 2013; vrt. Lupton 1995).

Myös sosioekonomisista terveyseroista voidaan esittää toimijuuden näkökulmasta kiinnostavia tulkintoja. Eräs useimmin ja johdonmukaisimmin tutkimuksissa tehty havainto alempien ja ylempien sosioekonomisten ryhmien terveyskäyttäytymisen eroista on se, että näiden ryhmien edustajat mieltävät omat vaikutus- ja valinnanmahdollisuutensa omaan terveyteensä erilaisiksi. Työväenluokkaiset ihmiset suhtautuvat terveyteen ja sairauteen ikään kuin kohtalona, joka säilyy jos on säilyäkseen tai tulee jos on tullakseen riippumatta siitä, mitä itse tekee. Keskiluokan edustajat puolestaan uskovat voimakkaammin, että ihminen saa terveyden ja sairauden omien valintojensa seurauksena. (Esim. Keeley ym. 2009; Balshem 1993.) Tällä on muun muassa selitetty sitä, miksi työväenluokan edustajat tupakoivat keskiluokkaa enemmän, vaikka sama terveystieto on molempien saatavilla ja molemmat myös ymmärtävät tiedon tasolla tupakan haitalliset terveysvaikutukset (Chamberlain & O'Neill 1998).

Sytä sille, miksi näin on, on esitetty monia. On esitetty, että työväen-kulttuurissa kasvaneet kokevat omat vaikutusmahdollisuutensa ympäristöönsä yleisesti ottaen rajallisemmiksi (esim. Keeley ym. 2009). On myös esitetty, että keskiluokan pidempi koulutus ja abstraktimmat työtehtävät

antavat heille työväenluokkaa paremmat mahdollisuudet hahmottaa pitkän aikavälin syy- ja seuraussuhteita (esim. Roos ym. 2001). Ottamatta kantaa näiden selitysten pätevyys sinänsä, kaikkia tulkintoja yhdistää kuitenkin samankaltainen käsitys luokkaperustaisista toimijuuden muodoista. Kärjistäen sanottuna työväenluokan edustajat orientoituvat maailmaan ikään kuin valmiiksi annettuna ympäristönä, jossa asioilla ja ihmisillä on oma, selkeästi määritelty paikkansa. Arvostettu toimija on tässä maailmassa sellainen, joka hyväksyy asioiden perusjärjestyksen, täyttää oman paikkansa eikä jää liikaa vatvomaan muuta. Puolestaan keskiluokalle maailma on avoin valintojen näyttämö, jolle jokainen yksilö tuo oman käsikirjoituksensa omien valintojensa muodossa. Kokemusmaailman keskipisteessä ovat uniikit yksilöt sekä se, mitä he kokevat ja tuntevat. Keskeinen hyve on tällöin oppia tarkkailemaan itseään ja toisia ja tekemään oikeanlaisia valintoja erilaisten ihmisten ja asiantilojen viidakossa. Tämänkaltaisia, luokkasidonnaisia toimijuuden muotoja on tunnustettu monissa tutkimuksissa ilman, että tutkittavina olisivat olleet suoranaisesti terveyteen liittyvät kysymykset (esim. Snibbe & Markus 2005; Bernstein 1964 ja 1962; Hasan 2009; Maunu 2012a, 83–97, 153–154). Terveystutkimusten valossa myös eri luokkien suhde terveyteen ja sairauteen näyttäisi noudattavan samaa peruslogiikkaa: ne koetaan maailman rehellisesti antamina (työväenluokka) tai omilla valinnoilla ansaittuina (keskiluokka).

Tämä näkökulma tuo esiin myös sen, että omien, yksilöllisten valintojen tekemisellä on erilainen painoarvo erilaisten ihmisryhmien arvomaailmassa ja toimijuudessa. Mahdollisuus yksilöllisten valintojen tekemiseen on keskiluokan moraalista ydinmehua, mutta valintojen tekemisellä ei ole lainkaan samanlaista itseisarvoa monille työväenluokkaisille tai muilla kriteereillä mitaten alempien sosioekonomisten ryhmien jäsenille. (Snibbe & Markus 2005 ja 2006; Sulkunen 1992; Taylor 1995.) Jos tätä ei ymmärretä, vaan oletetaan, että valinnanmahdollisuuksia lisäämällä ja kannustamalla tai piiskaamalla yksilöitä tekemään entistä enemmän tai parempia terveysvalintoja, tehdään luultavasti huonoa sosiaali- ja terveystaloutta. Se toimii keskiluokan parissa ja saa siltä varmasti myös poliittista kannatusta, mutta



koko väestön tasolla politiikka saattaa pikemminkin lisätä kuin kaventaa terveyseroja. Keskiluokan ehdoilla tehty politiikka saattaa parantaa jo valmiiksi hyväosaisten asemaa enemmän kuin heikoimmassa asemassa olevien. Lisäksi se saattaa heikentää alemmissa sosioekonomisissa asemassa elävien ihmisten tilannetta syyllistämällä ja leimaamalla heitä. (Sihto & Palosuo 2013, 228; Honkasalo 2013; Kortteinen & Elovainio 2006.)

Edellä esitetty on tietysti vasta väljää hahmottelua siitä, kuinka toimijuuden, terveyden ja sosioekonomisen tai -kulttuurisen aseman välisiä suhteita voidaan ymmärtää. Jo sellaisena se kuitenkin avaa esimerkinomaisesti sitä suuntaa, johon terveystutkimuksen on viimeaikaisten keskustelujen valossa järkevää ja kenties jopa välttämätöntä liikkua. Näkökulman ytimessä on tunnistaa niitä välittäviä tasoja tai mekanismeja, jotka yhdistävät ihmisten sosioekonomista asemaa, terveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä jokapäiväisessä arjessa ilman, että näitä asioita yritettäisiin palauttaa suoraan toisiinsa yksinkertaisten kausaalimallien kautta. Siksi toimijuuden analyysistä voi olla ainesta uudeksi terveystutkimusta rikastavaksi näkökulmaksi ellei suoranaisesti paradigmaksi.

## SOSIAALINEN LUOTTAMUS, HYVINVOINNIN KIVIJALKA

Koska terveyden ja terveyserojen tarkasteleminen laajemman ja kokonaisvaltaisemman toimijuuden näkökulmasta on vielä uusi ja kehitymässä oleva suuntaus, asiaan liittyviä tutkimuksia ei ole juurikaan tehty. Tärkeän poikkeuksen muodostaa kuitenkin sosiaalinen luottamus ja sen tutkimus, joka on ollut viime vuosina suhteellisen suuren mielenkiinnon kohteena. Sosiaalinen luottamus voidaan nähdä keskeisenä toimijuuden rakennusaineena, joka vaikuttaa vahvasti myös terveyden ja sairauden rakentumisessa, vaikka se ei synnykään suoranaisesti terveydestä tai sairaudesta. Sosiaalisen luottamuksen tutkimuksen taustalla on keskustelu sosiaalisesta pääomasta ja sen suotuisista terveysvaikutuksista, mitä on käsitelty edellisessä luvussa. Voidaan ajatella, että sosiaalisen luottamuksen tutkimus on pyrkimystä tarkentaa ja konkretisoida sosiaalisen pää-

oman hämärää ja epämääräistä käsitteistöä; sosiaalinen luottamus voidaan määritellä sosiaalisen pääoman konkreettiseksi, eletyksi ja koetuksi muodoksi (Maunu 2013b).

Sosiaalinen luottamus, kuten muutkaan toimijuuden ulottuvuudet, ei ole yksilön ulkoinen olosuhde eikä yksilöllinen valinta, vaan vuorovaikutteinen prosessi yksilön ja maailman välillä. Sosiaalinen luottamus tarkoittaa sitä perustunutta, jonka varassa ihminen kiinnittyy maailmaan ja toisiin ihmisiin: kannattaako omalta osaltaan yrittää ja olla mukana, onko se tärkeää, merkityksellistä ja hauskaa – vai sitten ei? Toisin sanoen sosiaalinen luottamus on sisäistettyä merkityksellisyyden kokemusta, tunnetta siitä, että minulla ja minun toiminnallani on väliä maailmalle ja muille ihmisille. Sosiaalinen luottamus on sitä, että toimijalla on jotakin, minkä vuoksi toimia. Tämä johtaa aktiiviseen ja ulospäin suuntautuneeseen asenteeseen, joka muodostaa itseään ruokkivan kierteen. Jos hyviä sosiaalisia kokemuksia tulee vastaan, se lisää sosiaalista luottamusta, mikä taas vahvistaa valmiuksia ja rohkeutta osallistua jatkossakin palkitseviin sosiaaliin tilanteisiin. Tämä on myös hyvin pitkälle sitä, mistä toimijuudessa on yleisesti ottaen kyse: toimijuus on sitä, että toimijalla on jokin jaettu arvojen ja merkitysten horisontti, joka tekee toiminnasta mielekästä ja palkitsevaa. (Kortteinen & Elovainio 2006 ja 2012; Mäkelä & Sajaniemi 2013; Lehtinen 2011; Maunu 2013b.)

Jos taas sosiaalista luottamusta on vähän, ihminen ajattelee, että toiset yrittävät kuitenkin vain käyttää häntä hyväkseen tai jallittaa häntä. Ihminen uskoo, että kaikkeen liittyy jokin juoni. Ja jos mielenmaisema on jo valmiiksi tällainen, filterin läpi suodattuvat vain ennako-oletusten mukaiset, huonot kokemukset ja kohtaamiset, mikä synnyttää sosiaalista luottamusta entisestään heikentävän kierteen. Heikko sosiaalinen luottamus tuottaa helposti haavoittuvaa ja suorastaan tyhjää, merkityksettömäksi koettua toimijuutta. (Kortteinen & Elovainio 2006 ja 2012; Lehtinen 2011; Maunu 2013b.)

Vaikka sosiaalinen luottamus ei rakennu suoranaisesti terveydestä tai orientoidu siihen, niin sen on tutkimuksissa osoitettu monin tavoin

kytkeytyvän terveyteen ja hyvinvointiin. Ensinnäkin, samoin kuin laajemmin määritelty sosiaalinen pääoma, myös sosiaalinen luottamus on sinänsä terveyttä ja toimintakykyä vahvistava tekijä. Sen vaikutukset ope-roivat psykologisten ja kulttuuristen tekijöiden kuten motivaation, asen-teiden ja koettujen mahdollisuuksien kautta, mutta niiden on osoitettu olevan yhteydessä myös esimerkiksi sydämeen ja verenkiertoelimistöön, hormonitoimintaan sekä immuunijärjestelmään. Lisäksi sosiaalinen luot-tamus tai sen puute vaikuttaa terveyskäyttäytymisen kautta. Esimerkiksi tupakoinnin ja humalajuomisen ihailun on havaittu olevan sosiaalisesti epäluottavilla ihmisillä yleisempää kuin luottavilla. Sosiaalisesti luotta-vien ihmisten on myös havaittu syövän terveellisemmin, liikkuvan enem-män ja nukkuvan paremmin. (Lahelma ym. 2007, 35; Uchino 2006; Myl-lyniemi 2012, 43–44; Nieminen ym. 2013.) Toisaalta on osoitettu, että vahva sosiaalinen luottamus suojaa ja edistää vastoinkäymisistä selviämistä myös silloin, kun elämä koettelee esimerkiksi työttömyyden, avioeron tai sairauden muodossa (Kortteinen & Tuomikoski 1998; Kortteinen & Elo-vainio 2006, 335).

Sosiaalinen luottamus ja epäluottamus kytkeytyvät myös aineellisiin elinoloihin, kasvuympäristöön ja yhteiskunnan rakenteisiin. Tutkimuksissa on havaittu, että heikko sosiaalinen luottamus kasautuu alempiin sosioeko-nomiin asemiin. Syynä on muun muassa se, että heikko sosiaalinen luot-tamus indikoi heikkoa koulumenestystä, mikä puolestaan johtaa todennä-köisemmin fyysisesti kuormittaviin ja alhaisen tulotason ammatteihin tai kokonaan työelämän ulkopuolelle. Puolestaan lapsuus ja nuoruus materiaa-lisesti niukoissa olosuhteissa on erittäin vahvasti yhteydessä sosiaalisen epä-luottamuksen kehittymiseen. Tämä tekee sosiaalisesta epäluottamuksesta tärkeän, mahdollisesti erään tärkeimmistä huono-osaisuuden periytymistä selittävistä tekijöistä. (Kortteinen & Elovainio 2012 ja 2006.)

Kuten todettua, sosiaalinen luottamus ja sen puute syntyvät aina yhteispelissä yksilön ja maailman välillä. Ne omaksutaan ja sisäistetään arkielämän sosiaalisissa suhteissa, toistuvissa kohtaamisissa, minkä jäl-keen niistä tulee ihmisen omaehtoista toimintaa vahvasti suuntaavia ja

motivoivia voimia. Sosiaalisen luottamuksen vuorovaikutteinen luonne tarkoittaa myös sitä, että sen keskeinen edellytys ovat yksilötasolla tarkoituksenmukaiset sosiaaliset kyvyt. Sosiaalisesti epäluottavat, elämäänsä ja muihin ihmisiin pettyneet ihmiset ovat usein katkeria ja kyynisiä, ja heillä on tapana käyttäytyä tavalla, joka herättää muissa ihmisissä torjuntaa, ylenkatsetta tai vihamielisyyttä. Heidän sosiaaliset valmiutensa sosiaalista luottamusta rakentavaan vuorovaikutukseen ovat siis varsin kehnot. Puolestaan sosiaalisesti taitavat, monipuoliset ja joustavasti erilaisiin tilanteisiin tarttuvat toimijat, joita on suhteellisesti enemmän ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä, ovat täysin toisenlaisessa asemassa myös sosiaalisen luottamuksen rakentumisessa. Voidaan jopa ajatella, että sosiaaliset valmiudet ovat tätä kautta – sosiaalisen luottamuksen keskeisenä edellytyksenä – eräs merkittävimpiä hyvin- ja pahoinvointia väestötasolla erotteleva tekijä. (Kortteinen & Elovainio 2012 ja 2006; Rimpelä M. 2013; Maunu 2013a 279–281.)

## **RAKENNEMUUTOS JA OMILLAAN PÄRJÄÄMINEN: SUOMALAISIA ERITYISPIIRTEITÄ**

Sosiaalisen luottamuksen ja epäluottamuksen hyvinvointitulottuvuuksia tutkineet Matti Kortteinen ja Marko Elovainio korostavat, että periaatteessa kuka ja mistä lähtökohdista tahansa tuleva ihminen voi kasvaa niin sosiaaliseen luottamukseen kuin epäluottamukseenkin. Mitkään ulkoiset olosuhteet eivät kausaalisesti aiheuta sosiaalista luottamusta tai epäluottamusta. Tämä on moraalisesti ja yhteiskuntapoliittisesti tärkeä kanta, sillä se alleviivaa sitä, että mitään ryhmää tai yksilöä ei voida eikä saada tuomita ennakolta sosiaaliseen hyvin- tai pahoinvointiin. Samalla Kortteinen ja Elovainio kuitenkin toteavat, että sosiaalinen epäluottamus kuitenkin kasautuu suhteellisesti enemmän alempiin sosioekonomisiin ryhmiin ja sosiaalinen luottamus ylempiin, vaikka absoluuttisesti mitaten suurin osa myös alimpien sosioekonomisten ryhmien jäsenistä kasvaakin ennemmin

sosiaaliseen luottamukseen kuin epäluottamukseen. (Kortteinen & Elovainio 2012.)

Tämän katsauksen ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeä kysymys on, onko alempien sosioekonomisten ryhmien toimijuudessa tai sitä jäsentävässä kulttuurissa jotain erityisiä, kenties historiallisesti muodostuneita piirteitä, jotka tekevät näistä ryhmistä ja heidän toimijuudestaan erityisen haavoittuvaa. Tällaiselle tulkinnalle antaa syytä se, että Suomessa on eurooppalaisittain suhteellisen suuret sosioekonomiset terveyserot, vaikka varsinaiset tuloerot ovat OECD-maiden pienimpiä (Koskinen & Martelin 2013, 61). Siksi voidaan olettaa, että Suomen sosioekonomisissa terveyseroissa vaikuttavat suhteellisen vahvoina nimenomaan sosiaaliset ja kulttuuriset syyt. Jos taas sosiaalisen luottamuksen ja epäluottamuksen dynamiikka on yleisemminkin ottaen tärkeä tekijä terveyserojen taustalla, kuten edellä on esitetty, voidaan olettaa, että etenkin alempien sosioekonomisten ryhmien miesten toimijuus todella on rakentunut jollain tapaa hauraammaksi kuin muiden ryhmien. Tämä puolestaan heikentäisi suoranaisesti heidän mahdollisuuksiaan elää yhtä tervettä, hyvinvoivaa ja pitkäkestoista elämää kuin muilla ryhmillä on. Kortteinen ja Elovainio vihjaavat tähän suuntaan, kun he arvioivat, että sosiaalisesti periytyvät erot sosiaalisen luottamuksen sekä siihen liittyvän vastoinkäymisten sietokyvyn jakautumisessa tulevat olemaan keskeinen sosiaalista eriytymistä tulevaisuudessa vauhdittava tekijä (Kortteinen & Elovainio 2012, 165).

Tämän kehityskulun taustalla on suomalaisen yhteiskunnan nopea ja jo viitisenkymmentä vuotta yhtäjaksoisesti jatkunut rakennemuutos. Vielä muutama sukupolvi sitten suomalainen kulttuuri ja yhteiskunta oli suhteellisen homogeenininen ja kulttuuri kollektiivista. Kärjistäen sanottuna se, miltä kylältä oli kotoisin, kenen tyttö tai poika oli ja mitä teki työkseen, oli useimmille suomalaisille riittävä informaatio sijoittaa ihminen sosiaaliselle kartalle. Identiteetit kasvoivat ikään kuin valmiiseen kulttuuriseen matriisiin. 1960-luvulta alkaneiden suurten muutosten myötä tämä matriisi alkoi kuitenkin nopeasti murtua ja identiteetistä on tullut kasvavassa

määrin yksilöllinen projekti, kuten useat aikalaisteoreetikot ovat kuvanneet. Sama prosessi on tapahtunut muissa Länsi-Euroopan maissa paljon verkkaisemmin eikä muutos ole ollut yhtä raju. (Maunu 2013c; Rautio 1989; Salasuo 2006.)

Kuten kaikki yhteiskunnalliset muutokset, myös tämä kehityskulku on tuottanut muutosvoittajia ja -häviäjiä. Voittajiksi ovat selviytyneet ne ryhmät ja yksilöt, jotka ovat parhaiten omaksuneet uusia tapoja rakentaa omaa identiteettiään joustavasti ja hyvällä sosiaalisella taidolla muutuneessa yhteiskunnallisessa tilanteessa. Tämä näyttää käyneen parhaiten ns. uusilta tai nousevilta keskiluokilta. (Maunu 2013b ja 2013c; Sulkunen 1992; Salasuo 2006.) Puolestaan heikoimmin muutokseen ovat sopeutuneet ne ryhmät ja yksilöt, jotka eivät syystä tai toisesta ole kokeneet omakseen tämänkaltaisia sosiaalisia tapoja, vaan pitäytyneet vahvimmin perinteisessä toimijuudessa, joka perustuu annetuille sosiaalisille asemille sekä niiden täyttämiseen liittyvälle kunnialle. Nämä näyttävät olevan nimenomaan työväenluokan miehiä. (Heinonen 2006; Sulkunen ym. 1985; Kortteinen 1992.)

Eräs tärkeä perinteisen miestoimijuuden elementti on Suomessa ollut omillaan pärjääminen, se, että ei pyydä apua eikä anele armoa, vaikka mikä tulisi (Kortteinen 1992; Honkasalo 2012). Pohjoisamerikkalainen Adrie Kusserow on nimittänyt tätä kovaksi individualismiksi, jossa tärkein hyve on pitää itsensä lujana maailmaa vastaan ja opettaa lapsensakin samaan (Kusserow 1999). Tällainen toimijuuden logiikka on voinut olla hyvinkin tarkoituksenmukainen ja toimiva tapa toimia yhteiskunnassa, jossa asioilla ja ihmisillä on ollut valmiit ja kaikkien ilman muuta tiedämät paikat. Kun kaikki ovat sanomattakin tienneet, mitä odottaa toisiltaan ja itseltään, niin näiden odotusten tinkimätön ja peräänantamaton täyttäminen on saattanut olla äärimmäisen vahva kunnian lähde ja sitä kautta kestävä moraalinen pohja palkitsevalle toimijuudelle (Kortteinen 1992; Maunu 2010).

Mutta 2000-luvun yhteiskunnassa selkeitä, annettuja asemia ja niiden täyttämistä seuraavaa kunniaa ei enää ole liiemmin tarjolla työelämässä

sen enempää kuin vapaa-ajan maailmassa. Annettujen asemien ja identiteettien kuihtuessa sosiaalinen arvostus edellyttää pikemminkin (keski-  
luokkaista) itsensä ilmaisua, monipuolisia sosiaalisia taitoja sekä kykyä  
suunnistaa muuttuvien tilanteiden ja alituisten valintojen viidakossa. Siksi  
kovan individualismin toimijuus ei enää kykene tilaamaan riittävää vasta-  
kaikua ja kunnioitusta ympäröivältä todellisuudelta. Toimijalla itsellään-  
kään ei näissä olosuhteissa ole aina mittapuita sille, milloin ja miten täyt-  
tää oma paikkansa, ja silloin mikä tahansa toiminta alkaa helposti tuntua  
merkityksettömältä. Tässä tilanteessa omaa riippumattomuuttaan kai-  
kesta huolimatta puskeva (mies)toimija saattaa näyttää muiden silmissä  
kömpelöltä, säälittävältä tai naurettavalta. Jos toimija tulkitsee tätä lähtö-  
oletustensa mukaisena osoituksena maailman kylmyydestä ja vihamieli-  
syydestä, on sosiaalisen epäluottamuksen kierre valmis. Kova individua-  
lismi kuihtuu pelkäksi ylikorostuneeksi riippumattomuuden tavoitteluksi  
vailla kunnian tai muiden positiivisten sosiaalisten tunteiden mahdolli-  
suutta. Jos vahva itsellisyyden ja omillaan pärjäämisen ihanne säilyy kai-  
kesta huolimatta edelleen toimijuuden moraalisisissa perusteissa, kuvion  
murtaminen tai muuttaminen ei ole helppoa. (Kortteinen & Elovainio  
2012, 163–165.)

Voidaan ajatella, että tätä tyhjälle kunnialle perustuvaa toimijuuden  
lajia elävät työväenluokkaiset miehet ovat eräänlaisia intiaaneja. He ovat  
vanhakantaisten ihanteiden mukaan elävää alkuperäisväestöä, joka ympäröivän  
kulttuurin ihanteiden muuttuessa joutuu ratkaisevasti huonompaan asemaan.  
Pienimpänä ongelmana eivät kummallakaan ryhmällä ole alkoholiongelmät: suomalaisille  
intiaaneille lähiöbaari on usein ainoa paikka, jossa kovan individualismin  
tinkimättömälle logiikalle on mahdollista saada arvostavaa palautetta muilta  
saman ihanteiston jakavilta miehiltä. (Sulkunen ym. 1985; Heinonen 2006.)  
2000-luvun työväenluokkien miesten elämäntapaa ja toimijuutta tutkinut Jari  
Heinonen tiivistää asian sanomalla, että vaikka sosioekonomiset terveyserot  
ilmenevät tilastoissa lääketieteellisinä, niiden varsinaiset syyt ovat yhteiskunnallisia,  
kasvatuksellisia ja suomalaisen kulttuuriin liittyviä (Heinonen 2006, 14).

Tämä katsaus osoittaa, että näiden syiden tarkempi avaaminen onnistuu, kun terveyserojen analysoidaan eri ryhmille luonteenomaisen toimijuuden logiikan kautta.

Luonnollisesti myös tässä esitetty tulkinta on vasta karkea hahmotelma siitä, millaiset sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät kasaavat pahoinvointia Suomessa alempien sosioekonomisten ryhmien miehille. Tulkintaa voidaan myös kritisoida liiallisesta yleistämisestä ja totalisoinnista: kaikki suomalaiset, työväenluokkaiset miehet eivät missään tapauksessa toimi näin, eivätkä välttämättä edes kaikki sosiaalisesta epäluottamuksesta kärsivät. Onkin tulevien terveystutkimusten tärkeä tehtävä selvittää, mitä muita tekijöitä heidän elämäntavassaan ja mielenmaisemassaan vaikuttaa ja kuinka nämä tekijät nivELYvät heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Myös muiden sosioekonomisten ryhmien toimijuuden logiikassa sekä sen yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin on vielä runsaasti selvitettävää. Mutta jos on niin, että ainakin jokin osa heikoimmassa asemassa elävien suomalaisten miesten pahoinvoinnista syntyy ja kasautuu edellä kuvatun logiikan siivittämänä, niin silloin tutkimus on jo nyt täyttänyt erään tärkeän tehtävän. Kun se selvittää pahoinvoinnin inhimillisen etenemisen logiikkaa, se antaa myös valmiuksia katkaista haitallisia kehityskulkuja ja sitä kautta parantaa sosiaalisesta pahoinvoinnista kärsivien terveydellistä ja muutakin asemaa. Lopputulos on yksinkertainen: sosiaalisen luottamuksen vahvistaminen saattaa olla ratkaisevan tärkeä keino hyvinvoinnin vahvistamiseen ja jopa sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen niin yksilöiden, ryhmien kuin koko väestön tasolla.

## PAHOINVOINNIN SYISTÄ HYVINVOINNIN RAKENTAMISEEN

Terveystutkimuksen valtavirta on pyrkinyt etsimään ihmisten ja ihmisryhmien terveydelle ja sairaudelle ulkoisia, selkeästi määriteltyjä syytekijöitä. Sen pohjalta terveystalitiikka on pyrkinyt edistämään terveyttä ja kaventamaan terveyseroja torjumalla näitä ulkoisesti määriteltyjä syitä



kuin mitä hyvänsä lääketieteellisiä taudinaiheuttajia. Toisaalta terveyspolitiikassa ja arkiajattelussa on vaikuttanut vahvana ajattelutapa, jossa ihmisten valinnanvapaus sekä siihen liittyvät riippumattomuuden ja itsekontrollin ihanteet jäsentäisivät tärkeimpänä periaatteena ihmisten sairastamista tai terveenä pysyttelemistä. (Honkasalo 2013, 79.) On kuitenkin syytä olettaa, että nämä lähestymistavat ovat monin tavoin epätarkoituksenmukaisia tai jopa virheellisiä. Tästä todistaa jo se, että sosioekonomiset terveyserot ovat viime vuosikymmeninä Suomessa kasvaneet huolimatta niistä panostuksista, joita asiaan on edellä esitetyistä lähtökohdista sattuu.

Tässä luvussa olen rakentanut näkökulmaa, joka ylittää ulkoiisiin tekijöihin tuijottavien kausaatioesitelysten sekä yksilöllisten valintojen ihanteellisuutta juhlivien moraaliselitysten rajoja. Olen esittänyt yhtäältä näkemyksen, että terveys ja hyvinvointi rakentuvat osana ihmisten ja ryhmien kokonaisvaltaisempaa toimijuutta. Toisaalta olen tästä näkökulmasta esittänyt, mistä toimijuudessa on kyse, kuinka sitä voidaan analysoida ja että keskeinen osa hyvinvointia tuottavaa toimijuutta sekä sen rakentumista on vahva sosiaalinen luottamus. Nämä monimutkaiset kehitelmät johtavat varsin yksinkertaiseen lopputulokseen. Terveyseroja voidaan kaventaa vahvistamalla etenkin heikoimmissa ja haavoittuvimmissa asemissa elävien ihmisten ja ryhmien sosiaalista luottamusta sekä sitä tukevia sosiaalisia taitoja (ks. myös Rimpelä M. 2013 ja Kortteinen & Elovainio 2012).

Käytännön terveyden edistämisen kannalta se, millaisin mekanismein sosiaalinen luottamus tai epäluottamus syntyy tai missä niiden historialliset juuret ovat, ei ole ensisijaista. Tärkeintä on ryhtyä toimiin sosiaalisen luottamuksen vahvistamiseksi. Tämä on teema, jota käsittelen katsauksen seuraavissa luvuissa. Sen avaaminen ja perustelu, mistä lähtökohdista ja millä päättelyketjulla sosiaalisen luottamuksen parantavaan voimaan on päästy, on kuitenkin tarpeen myös käytännön toiminnan kannalta. Eräs tulkinta siitä, miksi terveyseroja ei Suomessa ole onnistuttu kaventamaan tähänastisin keinoin, korostaa sitä, että kaventamiseen ei ole onnistuttu muodostamaan riittävän selkeitä ja konkreettisia tavoitteita ja toi-

menpiteitä. Tämä puolestaan johtuu siitä, että terveyserojen luonteesta ja syistä ei ole ollut riittävää käsitystä ja ymmärrystä. (Sihto & Palosuo 2013, 229–235.) Siksi uudet toimenpiteet tarvitsevat tuekseen myös abstraktimpaa ymmärrystä ja taustatietoa itse ilmiöstä, hyvin- ja pahoinvoinnin liikkeistä ja kulkusuunnista reaali­maailmassa.

## 4. AMMATILLISET OPPILAITOKSET SOSIOEKONOMISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAJINA

Kuinka sitten käytännössä voidaan vahvistaa etenkin heikoimmissa asemissa elävien ihmisten ja ryhmien sosiaalista luottamusta ja sitä kautta aikaansaada kaikkea sitä hyvää, jota vahva sosiaalinen luottamus tuottaa? Tämä ajatus jää ympärööräksi ja todennäköisesti toteuttamatta, ellei sitä panna töihin.

Tässä luvussa esitän, että koulut ja oppilaitokset, etenkin ammatilliset oppilaitokset ovat toimiva ja vaikuttava, mutta alikäytetty kanava tai resurssi terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Esitän ensin, miksi ja millä perusteilla näin on. Toiseksi esitän, mitä ammatillisissa oppilaitoksissa on terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tehty ja kuinka se suhteutuu tässä katsauksessa esitettyyn ajatukseen sosiaalisen luottamuksen vahvistamisesta. Kolmanneksi esitän, mitä muuta etua sosiaalisen luottamuksen vahvistamisesta on kuin suoranaisesti opiskelijoiden tai väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät hyödyt. Lyhyesti sanoen vahva sosiaalinen luottamus parantaa tutkimusten mukaan opintomenestystä sekä nopeuttaa opintojen läpäisyä. Tämä tarkoittaa muun muassa rahansäästöä oppilaitoksille itselleen sekä parempia tulevaisuuden mahdollisuuksia nuorille. Näiden jälkeen, katsauksen seuraavassa luvussa esitän käytännöllisen toimintamallin ja työkalun siihen, kuinka sosiaalista luottamusta voidaan vahvistaa ammatillisten oppilaitosten jo olemassa olevissa rutiineissa ilman, että oppilaitosten tarvitsee tehdä suuria investointeja, hallinnollisia muutoksia tai muita radikaaleja siirtoja.

## AMIS ON RATKAISU, EI ONGELMA

Tutkimusten valossa keskeinen hyvin- ja pahoinvointia Suomessa jakava tekijä on koulutus sekä sen puute. Suomalaisten hyvinvointi on viime vuosikymmeninä keskimäärin parantunut, mutta samalla myös polarisoitunut, eli osa kansalaisista kamppailee kasautuvan ja vaikeutuvan pahoinvoinnin kanssa. Niitä, joille ongelmat kasautuvat, yhdistää selvästi väestön keskiarvoa matalampi koulutustaso, joka puolestaan liittyy matalaan tulotasoon. Koulutus myös periytyy Suomessa vahvasti: mitä korkeampi koulutus vanhemmilla on, sitä todennäköisemmin myös lapset koulutautuvat korkeasti. Sama pätee matalaan koulutukseen. Tämä tarkoittaa, että matalasti koulutetuissa perheissä, joihin kasautuu suhteellisesti enemmän pahoinvointia, kasvaa myös suhteellisesti enemmän nuoria, joilla on keskimääräistä heikommat hyvinvointivalmiudet. Kuten edellä on esitetty, eräs tärkeimmistä tätä periytymistä selittävästä tekijöistä näyttää olevan heikko sosiaalinen luottamus sekä siihen liittyvä toimijuuden tapa. (Rotko ym. 2011, 30–32; Myrskylä 2009; Kortteinen & Elovainio 2012.)

Suomessa on kaksi toisistaan poikkeavaa toisen asteen koulutuslinjaa: ammatillinen ja yleissivistävä (Kettunen & Simola 2012). Usein ajatellaan, että raja hyvin- ja pahoinvoinnin välillä kulkee juuri näiden linjojen, puhekielellä sanottuna amiksen ja lukion välistä. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkansa, vaan raja kulkee molempien sisällä. Molempien linjojen opiskelijoista valtaosa voi hyvin, kasvaa riittävään sosiaaliseen luottamukseen ja sitä kautta terveeseen, turvalliseen ja tasapainoiseen elämään. Molempien linjojen opiskelijoissa on myös vähemmistönä nuoria, jotka voivat huonosti ja joille huonovointisuuden voidaan tilastojen valossa odottaa kasautuvan myös tulevaisuudessa. Suurin riski pahoinvointiin ja syrjäytymiseen on kuitenkin niillä nuorilla, jotka eivät saa peruskoulutuksen jälkeen mitään koulutusta (Myrskylä 2012). Tästä näkökulmasta jatkokoulutuksen, periaatteessa minkä tahansa koulutuksen, takaaminen nuorille on tärkeä osa hyvinvointipolitiikkaa, mikä ajattelu motivoi esimerkiksi valtioneuvoston 2010-luvun alun suurhanketta Nuorisotakuuta sekä siihen liittyvää Koulutustakuuta.

Samalla monet pahoinvoinnin indikaattorit tai tulevaa pahoinvointia ennustavat tekijät kasautuvat kuitenkin jossain määrin ammatillisiin oppilaitoksiin, eli ammatillisissa oppilaitoksissa on suhteellisesti enemmän huono-osaisia nuoria. Vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn mukaan ammatillisista opiskelijoista tupakoi päivittäin 36 % ja humaltui vähintään kerran kuussa 35 %, kun lukiolaisilla vastaavat luvut olivat 8 % (tupakointi) ja 20 % (humalajuominen). Yleisesti ottaen terveydentilansa koki keskinkertaiseksi tai huonoksi 22 % ammattiin opiskelevista ja 16 % lukio-laisista. Sosiaalista epäluottamusta kuvaavia vaikeuksia tulla opiskelukave-reiden kanssa toimeen ilmoitti 11 % ammattiin opiskelevista ja 4 % lukio-laisista. (THL 2013.) Myös opintojen keskeyttäminen kasautuu: nuorille suunnatun ammatillisen koulutuksen on keskeyttänyt 2000-luvulla keskimäärin noin 9 % ja lukion noin 4 % (Tilastokeskus 2013).

Jos oletetaan, että näiden kaikkien lukemien taustalla on ainakin osit-tain, tavalla tai toisella sosiaalinen epäluottamus, asiaa voidaan selittää koulutuksen periytymisellä sekä siihen liittyvillä sosiokulttuurisilla teki-jöillä. Työväenluokan lapset hakeutuvat suhteellisesti useammin työväen-luokan koulutukseen eli ammatilliselle linjalle. Syynä on, että heidän kult-tuuriperimässään vaikuttaa myös vahvempana omillaan toimeen tulemista, varhaista valmistumista ja perheen perustamista sekä muihin annettuihin asemiin sosiaalistumista korostava ihanteisto kuin esimerkiksi akateemis-ten perheiden lapsilla, joiden oletetaan kokeilevan erilaisia elämänpolkuja ja etsivän itseään hyvinkin kolmikymppisiksi asti. Ammatillinen koulu-tus on monilta osin nopein ja paras tie tähän tavoitteeseen. (Esim. Mar-tela & Järvillehto 2012; Käyhkö 2008; Kelhä 2008.) Mutta kuten edelli-ssä luvussa on esitetty, tällainen toimijuuden laji on kunniakkuudestaan huolimatta nopeiden muutosten yhteiskunnassa alttiimpi sosiaalisen epä-luottamuksen synnylle kuin keskiluokalle ominainen, sosiaalista jousta-vuutta ja monipuolisuutta korostava toimijuus.

Tästä näkökulmasta juuri ammatilliset oppilaitokset ovat otollinen paikka vahvistaa väestötasolla heikoimmassa asemassa olevien nuorten sosiaalista luottamusta. Yhteiskunta ei voi mennä jokaiseen kotiin erik-

seen tekemään tätä työtä, eikä mikään muu julkinen ympäristö voi kilpailla koulujen ja oppilaitosten kanssa siinä, kuinka paljon ja säännöllisesti nuoria on mahdollista tavoittaa. Luonnollisesti kaikissa oppilaitoksissa on syytä toimia sosiaalista luottamusta vahvistaen. Tämä olisi tehokas keino lisätä hyvinvointia tasaisesti väestötasolla. Mutta koska sosiaalinen epäluottamus näyttää kasautuvan tai hakeutuvan ammatillisiin oppilaitoksiin, ne ovat tärkein ympäristö silloin, jos halutaan kaventaa kuilua matalimpien ja korkeimpien ”luottamusryhmien” välillä. Siksi myös resurssien jakamisen ja kohdentamisen kannalta on tarkoituksenmukaisinta keskittyä ensiksi sosiaalisen luottamuksen vahvistamiseen ammatillisissa oppilaitoksissa.

### SELLAINEN VASTUU, MILLAINEN TONTTI

Sosiaalisen luottamuksen kuten kaikkien muidenkin kasvatukseen liittyvien kysymysten kohdalla esiin nousee helposti vastakkainasettelu kodin ja koulun välillä. Yleisen näkemyksen mukaan ”koti kasvattaa ja koulu opettaa”. Tämän näkemyksen mukaan koti on kasvatuksen ”luonnollinen” paikka ja julkinen sektori puuttuu kasvatukseen vain poikkeustapauksessa eli silloin, kun perhe ei syystä tai toisesta kykene kasvattamaan. Koulun tehtävä puolestaan on tässä ajattelutavassa tukea ensi sijassa lasten ja nuorten tiedollisia ja taidollisia valmiuksia. (Esim. Vesikansa 2009.)

Tämä on kuitenkin kapea-alainen ja suorastaan harhaanjohtava näkemys, jos asiaa ajatellaan nuorten itsensä kannalta. Lapsi kasvaa nuoreksi ja aikuiseksi lukemattomien erilaisten kohtaamisten, ryhmien ja ympäristöjen kautta, ja kaikki nämä vaikuttavat siihen, millainen persoona ja toimija hänestä tulee. Samalla lapsi oppii ne tavat ja keinot, joiden kanssa olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja maailman kanssa. Sosiologiassa ja sosiaalipsykologiassa puhutaan tässä mielessä sosialisatiosta: ihmisen kasvu ihmiseksi on paljolti sosiaalinen prosessi. Usein käytetyn sanonnan mukaan tärkeimpiä sosialisatioympäristöjä ovat koti, katu ja koulu – siis perhe, kaveriporukat, media ja oppilaitokset. Kaikilla näillä on oma, eri-

tyinen paikkansa nuorten kehityksessä, eikä niitä voida asettaa jäykkään tärkeysjärjestykseen.

Sosialisaatio voidaan jakaa edelleen primaari- ja sekundaarisosialisaatioon. Karkeasti ottaen se, mikä erottaa näitä toisistaan, on murrosikä. Lapsuus on primaarisosialisaation aikaa, ja siinä omaksutaan perustavat käsitykset maailmasta, itsestä ja toisista ihmisistä. Murrosikä taas tuottaa etäisyyttä vanhempiin, naapureihin ja muihin lapsuuden kasvuympäristöihin. Tämän myötä alkaa sekundaarisosialisaatio, jossa luodaan omaa, yksilöllistä identiteettiä sekä itsenäiseen elämään kantavia ajattelun ja toiminnan tapoja. Sekundaarisosialisaatiossa omaksutaan aikuisen toimijuus. (Berger & Luckmann 1994; Arnett 2000; Maunu 2012b.)

Primaarisosialisaation tärkein ympäristö on koti, mutta sekundaarisosialisaation tärkein ympäristö ovat koulut ja oppilaitokset (esim. Lankinen & Puska 2009, 4; Antikainen ym. 2006). Etenkin toisen asteen koulutuksessa ollaan siinä ikä- ja kehitysvaiheessa, jossa nuorten identiteetti ja toimijuus kehittyvät erityisen nopeasti. Oppilaitoksissa ollaan myös tekemissä kavereiden sekä muiden omaan viiterühmään kuuluvien nuorten kanssa enemmän kuin missään muussa toimintaympäristössä. Sellaisina ne toimivat tärkeänä sosialisaatioympäristönä paitsi oppilaitoksen ja yhteiskunnan viralliseen kulttuuriin, myös nuorten omiin, epävirallisiin kulttuureihin. (Hoikkala & Paju 2013.) On myös viitteitä siitä, että hyvä oppilaitosympäristö voi antaa nuorille riittävät sosiaaliset valmiudet hyvinvoivaan elämään, vaikka koti olisikin sosialisaation ympäristönä vaikea tai heikosti tukea antava (Kortteinen & Elovainio 2012, 165; Poikkeus ym. 2013).

Tutkimusprofessori Matti Rimpelä on puhunut samansuuntaisesti kouluista ja oppilaitoksista kehitysyhteisöinä. Kehitysyhteisöissä opitaan paitsi tietoja ja taitoja, myös hyvinvointia ja pahoinvointia sekä sitä, millaiset toimintatavat käytännössä johtavat hyvin- tai pahoinvointiin. Kouluissa ja oppilaitoksissa tapahtuu aina vähintään epävirallisesti hyvinvointiopettamista siinä, missä muutakin sosialisaatiota, joten niissä on syytä opettaa hyvinvointitaitoja myös tietoisesti. Hyvinvointiopettaminen ei

Rimpelän mukaan kuitenkin tarkoita perinteistä terveystiedon opetusta rasvan, tupakan tai vaikka suojaamattoman seksin vaaroista. Pikemminkin se viittaa sellaisiin sosiaalisiin ja toiminnallisiin valmiuksiin, jotka heikentävät motivaatiota käyttäytyä riskialttiilla tavoilla kuten tavoitella yhteenkuuluvuuden kokemuksia rankalla juomisella. Toisaalta hyvinvointiopettaminen viittaa valmiuksiin, jotka pehmentävät riskikäyttäytymisestä tai muista elämäolosuhteista aiheutuvaa kuormitusta. Tutkimusten valossa hyvä sosiaalinen luottamus toimii molemmissa tarkoituksissa, jolloin sosiaalisen luottamuksen vahvistamista voidaan pitää myös keskeisenä hyvinvointiopettamisen muotona. (Rimpelä M. 2013; ks. myös Rotko ym. 2011, 35–38; Koivusilta & Rimpelä A. 2002.) Koulut ja oppilaitokset ovat toimiva ja tarkoituksenmukainen ympäristö hyvinvointitaitojen opettamiseen myös siksi, että niissä voidaan työskennellä kokonaisten opiskelijaryhmien kanssa. Nuorten terveyskäyttäytymiseen ja laajemminkin toimijuuteen liittyvät preferenssit muodostuvat aina sosiaalisesti, osana heidän laajempia ryhmäidentiteettejään. Siksi hyvinvointikasvatuksen on järkevintä ottaa kohteekseen niitä sosiaalisia yksiköitä, joissa tämä muodostuminen luonnollisesti tapahtuu, eikä toisistaan keinotekoisesti irrotettuja yksilöitä. (Costa-font & Mladovsky 2008; Selin ym. 2013, 8.)

Sosiaalisen luottamuksen ja sitä tukevien sosiaalisten taitojen vahvistaminen on käytännöllistä ammattitaitoa siinä missä minkä tahansa muunkin asian opettaminen (ks. myös Rimpelä M. 2013, 34). Sosiaalisella luottamuksella on omat, tieteellisesti tunnistetut lainalaisuutensa ja sen vahvistamiseen oppilaitosten arjessa on olemassa runsaasti käytännöllisiä menetelmiä (esim. Selin ym. 2014; Aalto 2000). Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka (amatilliset) oppilaitokset nähtäisiinkin omalta osaltaan myös kasvatusvastuussa oleviksi kehitysyhteisöiksi, (amatillisten) opettajien ei tarvitse alkaa isiksi tai äideiksi. Riittää, että he huolehtivat omilla tunneillaan omien opiskelijoidensa sosiaalisista valmiuksista ja omien ryhmiensä sosiaalisesti kestävästä ilmapiiristä. Koulutuksen järjestäjien eli opettajien työnantajien vastuulle kuuluu puolestaan se, että heillä on sosiaalisten valmiuksien kehittämiseen riittävät resurssit ja ammattitaito. Voidaan



tiivittää, että kunkin toimijan vastuu nuorten hyvinvoinnin ja hyvinvointitaitojen kehittymisestä on samansuuruinen kuin se tontti, joka heille muutenkin aikuisina ammatillisina kuuluu.

## **SELKEYTTÄ PALJOUTEEN: MITÄ AMMATILLISISSA OPPILAITOKSISSA ON TEHTY?**

Edellä esitetty ei tarkoita, etteikö ammatillisissa oppilaitoksissa olisi tehty runsaastikin töitä nuorten hyvinvoinnin ja hyvinvointitaitojen parantamiseksi. Opetushallituksen sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2009 tekemän kattavan selvityksen mukaan Suomen ammatillisissa oppilaitoksissa tehtiin aktiivista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ainakin seuraavilla osa-alueilla: toimintakulttuuri, osallisuus, terveystieto, opiskelijahuolto, opiskelijahuoltoryhmä, opiskelijahuoltopalvelut, opintojen keskeyttämisen ehkäisy, ruokailu, asuntolatoiminta ja vapaa-ajan harrastustoiminta, kiusaaminen, väkivalta ja häirintä, tapaturmat ja onnettomuudet sekä työolot (Väyrynen ym. 2009). Tämän jälkeenkin toimenpiteiden skaala ei ole kaventunut, vaan pikemminkin laajentunut kohti yhä uusia toimintatapoja (esim. Vehviläinen & Koramo 2013; ks. myös Mikkonen & Tynkkynen 2010).

Jos toiminta-alueiden listaa tarkastellaan tämän katsauksen luvussa 2 esitettyjen terveyserojen selitysmallien näkökulmasta, voidaan havaita, että ammatillisissa oppilaitoksissa tehtävä terveyden edistämistyö muodostaa edustavan pienoiskuvan terveyden edistämisestä yleisesti ottaen. Osansa saavat niin aineellisiin olosuhteisiin vaikuttaminen (esim. ruokailu ja asuntolatoiminta), palvelujärjestelmän kehittäminen (opiskelijahuolto), terveyskäyttäytyminen ja kulttuuri (terveystieto ja toimintakulttuurin kehittäminen), psykososiaalinen vahvistaminen (keskeyttämisen ehkäisy sekä kiusaamisen, väkivallan ja häirinnän torjunta) kuin sosiaalinen vahvistaminenkin (osallisuuden edistäminen). Tässä suhteessa toimenpiteiden kattaus on todella laaja.

Toisaalta lähestymistapojen monipuolisuus ja laaja-alaisuus eivät ole tuottaneet kovin selkeitä tuloksia. Väestötason tilastot osoittavat, että näkökulmien ja vaihtoehtoisten toimenpiteiden runsaudesta huolimatta sosioekonomiset terveyserot eivät ole kaventuneet. Niin ikään on epäselvää, missä määrin edellä esitettyjen toimenpiteiden kirjo on koko valtakunnan tasolla vaikuttanut opiskelijoiden hyvinvointiin. Esimerkiksi tupakointi on kyllä vähentynyt ammatillisissa oppilaitoksissa vuodesta 2008 alkaen. Mutta esimerkiksi ammatillisten opintojen keskeyttäminen ei ole vähentynyt eikä opintojen läpäisy nopeutunut toivotulla tavalla 2000-luvun aikana (Vehviläinen & Koramo 2013, 18).

Voi olla, että näkökulmien ja lähestymistapojen moninaisuus on itsessään osa ongelmaa. Se saattaa estää kokonaiskuvan muodostamista siitä, mitkä toimenpiteet ovat kannattavimpia, ja johtaa ajatteluun, jonka mukaan riittää, kun tekee edes jotain. Näkökulmien moninaisuudessa melkein mille tahansa toimenpiteille on löydettävissä perusteita. Ongelmana kuitenkin on, että monien toimenpiteiden tuloksellisuudelle ei aina ole muita perusteita kuin hyvä tahto. Kuten olen aiemmin esittänyt, monet terveyden edistämisen lähestymistavat perustuvat pikemminkin sille, minkä moraalisiin tai teoreettisiin perusteisiin uskotaan olevan oikein, eikä niinkään empiirisille tutkimuksille siitä, mitkä tekijät ihmisten käyttäytymisessä tosiasiaissa vaikuttavat. Siksi ne eivät ole aina myöskään tuottaneet empiirisesti havaittavia tuloksia ihmisten tosiasiallisessa käyttäytymisessä.

Ammatillisissa oppilaitoksissa toimintojen kirjavuuteen liittyy myös hyvinvointitoiminnan paikallinen vaihtelu ja projektimaisuus. Hyviä toimintatapoja esimerkiksi päihdehaittojen ehkäisyyn, sosiaalisten taitojen vahvistamiseen tai opintojen läpäisyyn on kokeiltu, kehitetty ja otettu käyttöön lukuisissa oppilaitoksissa ja yksiköissä. Tilanne voi kuitenkin olla aivan toinen viereisessä oppilaitoksessa, saman koulun toisessa yksikössä tai samassakin yksikössä kolmen vuoden päästä. Useissa ammatillisissa oppilaitoksissa edes lakisääteisiä peruspalveluita kuten terveyden- tai oppilashuoltoa ei ole järjestetty läheskään lain edellyttämällä tavalla.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen vaikuttaa olevan pikemminkin yksittäisten, asiaan vihkiytyneiden ihmisten aikaansaannosta kuin koko koulutuskenttää ja kaikkia koulutuksen järjestäjiä yhtäläisesti motivoiva tai velvoittava tavoite. (Väyrynen ym. 2009, 8–9.) Toki erilliset hyvinvointiprojektit ja innostuneet työntekijät ovat hyväksi niille opiskelijoille, jotka pääsevät niiden vaikutuspiiriin, eikä niiden merkitystä pidä väheksyä. Kokonaisvaltaista hyvinvointi- tai koulutuspolitiikkaa ei tällaiselle pohjalle kuitenkaan voida rakentaa.

Toimintatapojen runsaudenpula ei ole yksin ammatillisen koulutuksen ongelma. Esimerkiksi Matti Rimpelä kuvaa nyky-yhteiskunnan lapsille ja nuorille tarjoamaa palvelujärjestelmää yleisesti suoranaisena kasvatuskaoksena. Siinä yhdelläkään toimijalla ei ole kokonaiskuvaa lasten ja nuorten edusta eikä siitä, kuinka sitä voitaisiin parantaa. Erilaiset organisaatiot erilaisine ongelmanmäärittelyineen sekä niiden motivoimine toimintatapoineen käyvät keskenään huutokauppaa tai suorastaan kilpailevat resursseista toisiaan vastaan. (Rimpelä M. 2013.)

Rimpelä tarjoaa tilanteelle myös vastalääkettä. Kasvatuksen perustaksi tarvitaan yhteistä ymmärrystä siitä, mistä kasvatuksessa on pohjimmitaan kyse ja miten siihen parhaiten päästään. Tätä ymmärrystä vasten erilaiset kasvattajat ja instituutiot voivat ymmärtää oman paikkansa ja toimintakenttänsä suhteessa toisiinsa ja toimia yhteistyössä kaaoksen tai kilpailun sijaan. Yhteiseksi perustaksi Rimpelä esittää kehitysyhteisöjen ajatusta, jossa lapsi nähdään ensi sijassa erilaisten yhteisöjen jäseneksi ja hänen kasvunsa integroitumiseksi näihin yhteisöihin ja niiden yhdistelmiin. Silloin kasvattajien, niin vanhempien kuin ammattilaistenkin, tehtävä on toimia yhdessä kasvatuskumppaneina näiden yhteisöjen sisällä ja liepeillä. Ajatus on eräänlainen modernisoitu versio koko kylä kasvattaa-ajattelusta. (Rimpelä M. 2013.)

Rimpelän näkemyksiä on helppo soveltaa myös ammatillisissa oppilaitoksissa tehtävään terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyöhön. Ensinnäkin ajatus, että tarvitaan jaettu ymmärrys siitä, mikä on opiskelijoiden hyvinvoinnin perusta ja miten se ilmenee, on myös hyvinvoinnin

edistämisessä välttämätön. Tämän katsauksen pohjalta on luontevaa esittää lähtökohdaksi sosiaalista luottamusta sekä siihen oleellisesti liittyviä sosiaalisia taitoja. Toiseksi, Rimpelän näkemykset siitä, että kasvu ja kehittyminen ovat ensi sijassa sosiaalisia, yhteisöllisiä prosesseja, sopivat myös sosiaalisen luottamuksen tärkeyttä korostaviin ajatuksiin, joiden mukaan nuorten hyvin- ja pahoinvointi kasvaa aina sosiaalisesta, yhteisöllisestä maaperästä. Myös tästä näkökulmasta sosiaalisen luottamuksen vahvistaminen ammatillisissa oppilaitoksissa on järkevä toimintalinja: sen avulla kirjaviin käytäntöihin voidaan saada kaivattua yhdenmukaisuutta ja myös konkreettisia tuloksia.

## MYÖS OPPILAITOS HYÖTYY SOSIAALISESTA LUOTTAMUKSESTA

Sen lisäksi, että sosiaalisen luottamuksen vahvistaminen on tutkimusten valossa lupaava keino parantaa nuorten hyvinvointia ja kaventaa sosioekonomisia terveyseroja, se hyödyttää monin tavoin myös oppilaitoksen arkea. Tämän on osoitettu näkyvän ainakin kolmella tavalla. Ensinnäkin oppilaitoksen ja opiskelijaryhmän hyvä sosiaalinen ilmapiiri edistää opintojen läpäisyä ja vähentää keskeyttämisiä (Vehviläinen & Koramo 2013; Martinez 2001; Poikkeus ym. 2013; Salmela-Aro 2011). Toiseksi opiskelijoiden hyvät sosiaaliset valmiudet takaavat paremmat oppimisvalmiudet. Laajan tutkimuskoosteen mukaan Pohjois-Amerikassa on 1950-luvulta alkaen pidetty yli 270 000:lle erilaisista taustoista tulevalle koululaiselle ja opiskelijalle erityinen sosiaalisten ja emotionaalisten taitojen kurssi. Sen lisäksi, että kurssi on parantanut osallistujien sosiaalisia ja emotionaalisia taitoja, se on myös parantanut heidän oppimistuloksiaan keskimäärin 11 % verrattuna muuten samanlaisiin opiskelijoihin, joille kurssia ei ole tarjottu. (Durlak ym. 2011; ks. myös Poikkeus ym. 2013.) Kolmanneksi hyvä ryhmähenki opiskelijoiden keskuudessa parantaa työskentelyilmapiiriä ja lisää työrauhaa (Holopainen ym. 2009; Kiviniemi 2000; Poikkeus ym. 2013). Myös edellä mainitussa tutkimuskoosteessa havaittiin, että sosiaalisten taitojen kurssille osallistunei-

den asenteet ja käytös muuttuivat sosiaalisesti myötämielisempään suuntaan sekä häiriökäyttäytyminen väheni (Durlak ym. 2011).

Nämä kaikki ilmiöt liittyvät toisiinsa sosiaalisen luottamuksen kautta. Jos koulussa on hauskaa eli jos sen sosiaalinen ilmapiiri on hyvä, sinne tulee mielellään (keskeyttämiset vähenevät). Siellä myös tekee mielellään sen, mitä siellä kuuluu tehdä (läpäisy nopeutuu ja tulokset paranevat). Lisäksi siellä toimii muutenkin hyväntahtoisesti (työrauha paranee ja häiriöt vähenevät). Yksilön näkökulmasta sosiaalinen luottamus muodostaa positiivisen kierteen: se ruokkii positiivista minäkuvaa, mikä vahvistaa sekä opillista että sosiaalista suoriutumista, mistä saa positiivista palautetta, joka taas lisää itseluottamusta jne. Kuvio on sama kuin missä tahansa työyhteisössä. Jos työporukka on hyvä, työnteko on mukavaa ja jos porukan jäsenet arvostavat ja kunnioittavat toisiaan, jokaisen työpanos paranee. (Maunu 2013b.) Jos taas opiskelijat varovat, epäilevät tai jopa pelkäävät toisiaan, syntyy helposti epäluottamuksen ja alisuoriutumisen kierre. Siinä sosiaalisten epäonnistumisten pelko ja arkailu lukitsevat oppimisen ja yhteistyön ja saavat opiskelijat suoriutumaan tehtävistään heikommin, motivoitumaan tekemään vähemmän ja kenties hakeutumaan suoranaisesti pois epämiellyttävänä kokemastaan ympäristöstä. Tällainen kuvio on myös räjähdysherkkä ja tuottaa helposti kiusaamista, aggressiivisuutta ja muuta sosiaalisesti tuhoisaa käyttäytymistä. (Holopainen ym. 2009, 21–25; Kortteinen & Elovainio 2012; Selin ym. 2014.)

Sosiaalisen luottamuksen ja epäluottamuksen motivoima käyttäytyminen oppilaitoksissa on äärimmäisen rationaalista ja johdonmukaista toimintaa. Kuten aiemmin olen esittänyt, inhimillisen toiminnan rationaalisuus on ensi sijassa sosiaalista. Ihminen tavoittelee käytettävissä olevilla resursseillaan mahdollisimman vahvoja yhteenkuuluvuuden ja solidaarisuuden kokemuksia, koska se parantaa niin yksilön, ryhmän kuin koko lajin yhteistyölle perustuvia toimintamahdollisuuksia. Jos näitä on tarjolla, yksilö tarttuu niihin ja pyrkii myös omalla toiminnallaan edistämään niiden vahvistumista. Jos taas niitä ei ole, yksilön on järkevää resurssinsa johonkin muuhun, missä elämän eliksiiriä on paremmin tarjolla.

Tästä näkökulmasta sosiaalisen luottamuksen vahvistaminen oppilaitoksissa on tie myös moniin 2000-luvun koulutuspolitiikassa ensisijaisiksi nähtyihin tavoitteisiin. Onkin yllättävää, että esimerkiksi opintojen läpäisyä on ammatillisissa oppilaitoksissa kehitetty pikemminkin yksilökeskeiseen ja opintoja henkilökohtaistavaan suuntaan joustavine opintopolkuineen, opiskelumahdollisuuksien moninaistumisineen ja monimuoto-opetuksineen (Vehviläinen & Koramo 2013). Tämä herättää kysymään, kehitetäänkö hyvinvointipolitiikan lailla myös koulutuspolitiikkaa kehittäjien omien poliittisten ja moraalisten näkemysten pohjalta eikä niinkään politiikan kohteiden itsensä ehdoilla (vrt. Kortteinen & Elovainio 2006).

Tutkimuksissa on havaittu, että yksilöllisten valintojen ja niiden itseisarvoisuuden eetos on sitä vahvempi, mitä korkeampiin sosioekonomisiin ryhmiin mennään (esim. Snibbe & Markus 2005 ja 2006; Tolonen 2008b). Tällöin koulutuksen henkilökohtaistaminen sopii varmasti ainakin niiden korkeasti koulutettujen ja yleensä yleissivistävän koulutuslinjan läpikäyneiden viranhaltijoiden ja hanketyöntekijöiden mielenmaisemaan, jotka suunnittelevat ja kehittävät ammatillista koulutusta. On kuitenkin syytä kysyä, kokevatko ammattiin opiskelevat kehittäjien pyrkimykset omikseen, mielekkäiksi ja tarkoituksenmukaisiksi. Tämän katsoituksen valossa etenkin heikosti suoriutuvat ammattiopiskelijat tarvitsevat kaikkein kipeimmin yhteisöllisiä kokemuksia, jotka vahvistavat sosiaalista luottamusta. He eivät tarvitse henkilökohtaistamista, jonka vaatimia toimintavalmiuksia heillä ei useinkaan ole ja joka siksi vie heitä pahimmassa tapauksessa entistä syvempiin erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemuksiin. (Ks. myös Paaso 2010, 52; Poikkeus ym. 2013.)

## 5. RYHMÄNOHJAAJAN TUNNIT SOSIAALISEN LUOTTAMUKSEN VAHVISTAJINA

Sosiaalista luottamusta sekä siihen liittyviä toimintatapoja ja valmiuksia voidaan nimittää yksinkertaisesti yhteisöllisyydeksi. Yhteisöllisyyden on viime vuosina nähty olevan tie niin yksilön kuin koko yhteiskunnan hyvinvointiin lukemattomissa virallisissa ja epävirallisissa keskusteluissa. Vastaavasti yhteisöllisyyden puutteen on nähty olevan sekä syy erinäisiin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin että osoitus jo olemassa olevista ongelmista. (Esim. Filander & Vanhalakka-Ruoho 2009.) Tämä katsaus osoittaa myös laajan tutkimustiedon tukevan näitä ajatuksia. Yhteisöllisyys todella on vahva ja vaikuttava voima kaikenlaisten ryhmien ja yksilöiden elämässä. Yhteisöllisyydestä vaikuttaa myös todella olevan jonkinlainen pula tämän päivän suomalaisessa yhteiskunnassa, ainakin heikoimmassa asemassa olevien kohdalla. Siksi yhteisöllisyyden vahvistaminen ehkäisee ja lievittää monenlaisia yksilöllisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia ongelmia.

Edellisen luvun mukaisesti ammatillisia oppilaitoksia voidaan pitää paikkana, jossa opiskelijat kokevat yhteisöllisyyttä ja omaksuvat siihen liittyviä taitoja ja valmiuksia käytännössä – tai sitten eivät. Siksi yhteisöllisyyden sekä siihen liittyvien valmiuksien vahvistaminen ammatillisissa oppilaitoksissa on järkevää ja tarkoituksenmukaista niin koulutuspolitiikan kuin yleisemmän hyvinvointipolitiikan kannalta. Ongelmana on kuitenkin se, että käytössä ei ole juurikaan menetelmiä tai työkaluja, joilla yhteisöllisyyden ihmeainetta voidaan käytännössä vahvistaa tai valmistaa. Tämä on konkreettinen, monissa tutkimuksissa ja selvityksissä tun-

nistettu tarve, jonka pukee sanoiksi oululainen ammattiopettaja: ”[M]iten lisättäis viihtyvyyttä ja koulun turvallisuutta ja aina puhutaan siitä yhteisöllisyydestä. [-] [M]iten voisin olla osalinkkinä aivan konkreettisesti, sitä mä toivon.” (Sääskilähti 2013, 40.)

Tässä luvussa esitän suuntaviivoja yhteisöllisyyttä valmistavalle teknii- kalle ammatillisissa oppilaitoksissa. Sen keskiössä ovat ryhmänohjaajan (luokanvalvojan) tunnit. Niitä pidetään jokseenkin kaikissa oppilaitok- sissa kaikkien ryhmien kanssa ja niillä käsitellään tyypillisesti poissaoloja sekä muita niin sanottuja juoksevia asioita. Ryhmänohjaajan tunteja voi- daan kuitenkin käyttää myös enempään: ryhmän jatkuvaan ryhmäyt- tämiseen, ylläpitämiseen ja huoltamiseen eli ryhmän yhteisöllisyyden rakentamiseen. Voidaan ajatella, että ryhmänohjaaminen on enemmän opiskelijahuoltoja kuin opetusta, eräänlainen yhteisöllisen opiskelijahuol- lon perussolu. (Vrt. Vehviläinen & Koramo 2013, 51–55.) Näistä lähtökoh- dista EHYT ry:ssä on laadittu ryhmänohjaajille Ryhmäilmiö-koulutus- paketti ja opaskirja, jossa ryhmäyttävää ryhmänohjaamista tarkastellaan yksityiskohtaisesti käytännön tasolla (Selin ym. 2014). Tässä yhteydessä tiivistän ryhmää huoltavien ja sosiaalista luottamusta rakentavien ryh- mänohjaajan tuntien peruseriaatteita yleisemmästä hyvinvoinnin ja ter- veyden edistämisen näkökulmasta. Tarkoitus on konkreettisen esimerkin avulla esittää, kuinka yleisluontoisista, tieteellisistä periaatteista voidaan kehittää käytännöllinen ja toteuttamiskelpoinen sovellus.

## YHTEISÖLLISYYDESTÄ RYHMIIN

Ryhmänohjaajan tunnit ovat ammatillisissa oppilaitoksissa monin tavoin alikäytetty resurssi. Ryhmänohjaamiseen ei yleensä kouluteta ammatilli- sessa opettajankoulutuksessa riittävästi. Ryhmänohjauksesta ei myöskään juuri säädetä opetussuunnitelmissa, eikä yksittäisissä oppilaitoksissa ole aina selvää linjaa siitä, mitä ryhmänohjaajan kuuluu tehdä. Ryhmänoh- jaamiseen kohdistuu paljon odotuksia, mutta ne koetaan epämääräisinä eikä niiden täyttämiseen osoiteta aina selkeitä resursseja. Ei ole ihme, että



monet ammatilliset opettajat tuntevat hämmennystä ryhmänohjaamista kohtaan eivätkä aina tiedä, mitä tehdä tässä roolissa ja niihin keskeisesti kuuluvilla ryhmänohjaajan tunneilla. Tunteja pidetään usein epäsäännöllisesti tai niitä saattaa jäädä jopa kokonaan pitämättä. (Erkkilä-Häkkinen 2011; Paaso 2010, 54–62.)

Mutta kuten yleisemmässä kasvatustieteellisessä tai terveyden edistämisen, asiaa voi ratkaisevasti auttaa kokonaisnäkemys ja yhteinen ymmärrys siitä, mikä on ryhmänohjaajan tuntien tarkoitus ja miksi niitä kannattaa pitää. Tämän katsauksen valossa ryhmänohjaajan tuntien pitämiselle on hyviä syitä. Lyhyellä tähtämellä ja oppilaitoksen arjen tasolla ryhmänohjaus parantaa kouluviihtyvyyttä ja opiskelutehokkuutta sekä tehostaa valmistumista. Pitkällä tähtämellä se vahvistaa sekä nuorten itsensä että koko yhteiskunnan tasolla opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia, tarkemmin ottaen sosiaalisia valmiuksia niin työelämässä kuin vapaa-ajallakin. Näin se voi säännöllisesti ja kaikille ryhmille tehtynä jopa kaventaa sosioekonomisia terveyseroja.

Syy, miksi ryhmänohjaajan tunnit kykenevät tähän kaikkeen, on yksinkertainen. Sosiaalinen luottamus eli yhteisöllisyys voi tapahtua ainoastaan konkreettisissa ryhmissä. Itse asiassa yhteisöllisyyttä sinänsä ei ole olemassakaan. On vain konkreettisia ryhmiä ja yhteisöjä. Puolestaan yhteisöllisyyden puute on sitä, mitä ryhmässä ei tapahdu (sosiaalisen tuen, arvostuksen, kommunikation tms. puute) – tai sitä, että jollakulla ei ole lainkaan hyviä ja turvallisia ryhmiä, joihin kuulua. Yhteisöllisyys ja sosiaalinen luottamus pitää ymmärtää konkreettisina ryhmäilmiöinä, ei teoreettisina käsitteinä tai mitattavina suureina. (Maunu 2013b; ks. myös Holopainen ym. 2009, 48.)

Suomalaisessa yhteiskunnassa konkreettisen yhteisöllisyyden edellytykset ovat muuttuneet rajusti muutaman sukupolven aikana. Voidaan sanoa, että on siirrytty valmiiksi annetusta yhteisöllisyydestä itse tehtävään yhteisöllisyyteen. Kun vielä 1950–60-luvuilla valtaosa väestöstä syntyi valmiisiin, kaikkien tuntemiin sosiaalisiin paikkoihin suhteellisen pysyvissä yhteisöissä kuten kylissä, perheissä tai työkollektiiveissa, niin

2000-luvulla jokaisen täytyy etsiä näitä paikkoja itse ja kiinnittyä niihin omilla teoillaan. (Maunu 2012a ja 2013c.) Tähän puolestaan tarvitaan valtavasti sosiaalisia valmiuksia, joita monilla nuorilla ei ole, koska kukaan ei ole kyennyt niitä heille opettamaan.

Juuri näitä valmiuksia voidaan harjoitella ryhmänohjaajan tunneilla, ja niiden vahvistuminen tarkoittaa myös sosiaalisen luottamuksen – itse yhteisöllisyyden – vahvistumista konkreettisesti ja käytännössä. Itse asiassa (ammatillisten) oppilaitosten ryhmänohjaajan tunnit ovat yksi parhaista tilaisuuksista nuorten sosiaalisen luottamuksen ja sitä tukevien valmiuksien harjaannuttamiseen. Minkään muun kanavan kautta ei voida tavoittaa yhtä paljon nuoria yhtä säännöllisesti toistuvissa tilanteissa ja vieläpä niin, että näillä tunneilla on runsaasti täyttämätöntä tilaa ja tekemisen puutetta. Tämä tarkoittaa, että sosiaalinen vahvistaminen ryhmänohjaajan tuntien kautta ei vaadi merkittävää lisärahoitusta tai rakenteellisia uudistuksia oppilaitoksissa, vaan ainoastaan jonkin verran ryhmänohjaajien lisäkoulutusta ja muita mahdollisuuksia kehittää ryhmäyttävää ryhmänohjaamista muun työnsä ohessa. (Selin ym. 2014.)

## TOISTOSTA TODELLISUUTTA: SÄÄNNÖLLINEN TUNTIRAKENNE

On ensiarvoisen tärkeää, että ryhmäyttävästä ryhmänohjaamisesta ei tule ryhmänohjaajille epämääräistä lisävaatimusta kaiken muun päälle. Muuten se ei tule kauniista periaatteistaankaan huolimatta arkisen opetus- ja ohjaamistyön osaksi. Pikemminkin ohjaajien on nähtävä ryhmäyttävä ryhmänohjaaminen oman työnsä helpottajaksi ja koettava sen tulokset käytännössä omassa arkityössään. (Vrt. Erkkilä-Häkkinen 2011; Sääsکی-lahti 2013.)

Tämä tarkoittaa sitä, että ryhmäyttävien ryhmänohjaajan tuntien tulee olla mahdollisimman yksinkertaisia ja vaivatta vedettäviä. Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelijaryhmien ohjaajat saattavat vaihtua useitakin kertoja vuodessa, jolloin on tärkeää, että kaikki ohjaajat pitävät tunteja riit-

tävän samanlaisina. Silloin ryhmänohjaajan tunnintapoinen ja menetelmäinen eivät voi olla täysin yksittäisten ohjaajien käsialaa, vaan niiden on syytä edetä samankaltaisesti ohjaajasta riippumatta.

Käytännössä säännöllinen ja oppilaitoksissa samanlaisena toistuva ryhmänohjaajan tunti siihen kuuluvine rakenteineen ratkaisee kaikki nämä tarpeet. Luonteva tuntirakenne voi olla esimerkiksi kolmivaiheinen malli, joka alkaa lyhyellä opiskelijoiden kuulemiskierroksella, etenee tunnin varsinaisen aiheen käsittelyyn vuorovaikutteisesti ja päättyy lyhyeen yhteenvedoon sekä seuraavan kokoontumisen sopimiseen. Tämä on yksinkertainen sosiaalipedagoginen malli, mutta juuri yksinkertaisuudessaan tehokas ja laajasti sovelluskelpoinen. Sen ytimessä on puheenvuorojen kierrättäminen ja yhteisten näkemysten rakentaminen yksilöllisten mielipiteiden pohjalta. Tätä kautta se tuottaa tasaveroisia kuulemisen ja osallisuuden kokemuksia kaikille ryhmän jäsenille. (Selin ym. 2014.)

Tunnin varsinainen aihe voi periaatteessa olla mikä tahansa. Varsinkin kun ryhmä on uusi tai sen kokoonpano muuttuu, on järkevää teettää suoranaisia tutustumis- ja ryhmäytymisharjoituksia, jolloin opiskelijat tutustuvat toisiinsa ja ryhmäytyminen pääsee hyvin alkuun (Vehviläinen & Koramo 2013, 56–59). Myöhemmässä vaiheessa ryhmänohjaajan tunnin aihe voi liittyä käytännön asioihin kuten poissaoloihin, mutta myös yleisempään hyvinvointiin tai opiskelijahuollollisiin teemoihin kuten opinnotien etenemiseen, lepoon, ammatti-identiteettiin tai vaikka tupakointiin oppilaitoksessa. Aihe voi olla myös jokin opiskelijoiden keskuudesta nouseva, mieliä askarruttava tai ilahduttava kysymys kuten laukun varastaminen tai lähestyvä viikonloppu, jonka purkaminen saattaa olla välttämätöntä jo siksi, että opiskelijat voivat keskittyä varsinaiseen opiskelutyöhön. Tärkeintä kuitenkin on, että asiasta riippumatta jokainen ryhmän jäsen saa mahdollisuuden osallistua asian käsittelyyn eikä kukaan yksittäinen opiskelija tai kuppikunta dominoi tilannetta. Tätä varten on olemassa lukuisia helppoja ja nopeasti omaksuttavia pedagogisia menetelmiä kuten yhteisen miellekartan tekeminen tai pari- tai pienryhmäkeskustelut, joita puretaan ohjaajan johdolla. Tämä rakentaa ryhmään yhteistyön ja keski-

näisen kunnioittamisen kulttuuria, joka tekee opiskelijoiden vääjäämättömistä yksilöllisistä eroistakin toissijaisia. Kun kaikki osaavat ja haluavat pelata samaan maaliin, yksittäisten opiskelijoiden ei ole tarpeen korostaa omaa asemaansa tai rooliaan. Tämä on sosiaalista luottamusta ja yhteisöllisyyttä käytännössä. (Selin ym. 2014.)

Kun ryhmänohjaajan tunnint toistuvat säännöllisesti samalla rakenteella, se takaa myös sen, että ne alkavat kantaa hedelmää. Kun opiskelijat tietävät, kuinka ryhmänohjaajan tunneilla toimitaan, he osaavat orientoitua niihin ja toimia yhä tehokkaammin ja joustavammin niiden puitteissa. Usein hyvinvointikysymykset mielletään pikemminkin tahdon kuin taidon asioiksi. Ajatellaan esimerkiksi, että yksi massakoulutus liikuntasalissa päihteen vaaroista ja/tai korvaavien käytäntöjen tärkeystä kääntää nuorten päin niin, että he alkavat haluta oikeita asioita. Mutta muitakaan ammatillisissa oppilaitoksissa opetettavia valmiuksia kuten kastikkeen valmistamista, sorvausta tai hiusten värjäystä ei pyritä opettamaan yksittäisillä massaluennolla, vaan toistuvan harjoittelun ja harjaantumisen kautta. Sosiaaliset valmiudet ja luottamus eivät tee tästä poikkeusta, sillä ne eivät eroa muista inhimillisistä taidoista. Tutkimusten mukaan uusien asioiden kunnollinen omaksuminen vaatii ihanteellisissa olosuhteissa vähintään 10 oppimiskertaa, ja pysyvien tulosten syntyminen 20–30 oppimiskertaa. (Rimpelä M. 2013, 33–34; Maunu 2012a, 163–164.)

Tuntien toistuvuus ja säännöllisyys rakentavat myös itsessään yhteisöllisyyttä. Kun opiskelijat tietävät, että heitä kiinnostaville ja askarruttaville asioille on säännöllinen käsittelyaika ja -paikka, heidän ei tarvitse vaitoa niitä muilla oppitunneilla tai välitunneilla. Samalla opiskelijat alkavat luottaa siihen, että heitä itseäänkin kuunnellaan säännöllisesti ja että heillä ja heidän toiminnallaan on merkitystä. Tämä on yksinkertaisimmillaan se mekanismi, josta sosiaalinen luottamus ruohonjuuritasolla kasvaa – ja jonka puutteesta se kuihtuu.

## LUOKAN VALVOMISESTA RYHMÄN OHJAAMISEEN

Ryhmänohjaaminen sosiaalisena ja sosiaalisia valmiuksia vahvistavana työskentelynä eroaa perinteisestä luokanvalvomisesta, jossa opettaja joutuu toimimaan pikemminkin kontrolloijana ja koulun sääntöjen noudattamisen valvojana. Ajatukset ja odotukset toimenkuvan muutoksesta eivät kuitenkaan ole ammatillisille opettajille uusia, vaan pikemminkin pysyvä osa toimenkuvaa. Siitä, mitä ammatillisen opettajan työnkuvaan kuuluu ja pitäisi kuulua, on käyty keskustelua niin kauan kuin ammatilliseen opettajankoulutukseen on 1980-luvulta alkaen ollut valtakunnalliset ohjeistukset. Keskeinen kiistakapula on ollut siinä, nähdäänkö ammatillinen opettaja ensi sijassa työelämävalmiuksia jakavana, kokeneena ammatillisena vai kuuluuko työhön myös vastuuta opiskelijoiden kasvamisesta ja kasvattamisesta. Työhön on myös alkanut sisältyä yhä enemmän erilaisia hallinnollisia velvoitteita, raportointia ja tilastointia alati muuttuvissa koulutusorganisaatioissa. Voidaan sanoa, että ammatillisen opettajan ammatti-identiteetti on näiltä osin jäsentymätön ja suorastaan epämääräinen, mitä voidaan pitää myös riskitekijänä opettajien työssä jaksamiselle. (Paaso 2010, 55–56; Erkkilä-Häkkinen 2011.)

Tämän katsauksen valossa ryhmänohjaamisen perustaitoja voidaan kuitenkin pitää kiinteänä osana ammatillisen opettajan ammattitaitoa, jopa opettamisen ydintaitoina. Valtaosa kaikesta opetuksesta tapahtuu ryhmissä ja ryhmien kanssa. Hyvin toimivan ryhmän jäsenet myös tukevat ja auttavat toisiaan oppimaan sekä yleisemminkin toimimaan yhdessä. Tämä vähentää tarvetta opiskelijoiden valvontaan niin varsinaisen luokanvalvonnan kuin yleisemmän, oppitunneilla tapahtuvan kurinpidon mielessä. Lisäksi tarve yksilökohtaiseen ohjaukseen ja opiskelijahuoltoon vähennee, kun ryhmä toimii hyvin yhdessä ja opiskelijat viihtyvät siinä, jolloin aikaa ja energiaa säästyy varsinaiseen opetukseen. Ryhmänohjaustaidot voidaan nähdä pikemminkin ammatillisen opettajan työtä selkeyttävinä, yksinkertaistavina ja helpottavina työkaluina eivätkä lisävaatimuksena jo ennestään korkeaan kuormaan. (Selin ym. 2014.)

Koska suuri osa ammattiin opiskelevista on vielä alaikäisiä nuoria, myöskään ajatusta ammatillisten opettajien kasvatusvastuusta ei voida täysin sivuuttaa. Kasvatusta ei kuitenkaan ole tarpeen ajatella yksinomaan emotionaalisenä, huoltajan vastuuseen rinnastuvana huolenpitona, vaikka tämäkin on toki mahdollista. Pikemminkin ryhmänohjaamisen kasvatusvastuu on sitä, että ryhmänohjaaja huolehtii omalta osaltaan paitsi opiskelijoiden työtaitojen, myös heidän sosiaalisten valmiuksiensa kehittymisestä. Nämä taidot ovat välttämättömiä nyky-yhteiskunnassa pärjäämiselle – yhä enemmän myös työelämässä. Kuten aiemmin on todettu, ammatillisten ryhmänohjaajien ja opettajien ei tarvitse kantaa sen suurempaa vastuuta kuin heillä aikuisina ammatilaisina omista opiskelijoistaan on. Mutta heidän vastuutaan ei myöskään voida ulkoistaa muille tahoille, sillä vanhemmat tai esimerkiksi opiskelijahuolto eivät voi vastata siitä, mitä tunneilla tapahtuu ja millaiset valmiudet ne opiskelijoille antavat. (Selin ym. 2014.)

Ryhmänohjaajan kasvatusvastuun kantaminen ei edellytä erityisiä henkilökohtaisia ominaisuuksia kuten ulospäinsuuntautuneisuutta tai luontaista hoivaviettä niin kuin jotkut ammatilliset opettajat tutkimusten mukaan kasvatusvastuusta ajattelevat (Lahelma ym. ilmestyy; Erkkilä-Häkkinen 2011, 60). Ryhmänohjaaminen on käsityötaito, jonka kuka tahansa ammattiopettaja voi oppia siinä missä oman ammattialansa taidotkin. Siinä käytetään yksinkertaisia pedagogisia työkaluja, joiden avulla voidaan rakentaa toimivia, turvallisia ja motivoivia opiskelijaryhmiä sekä kaikkea sitä, mitä ne saavat aikaan. Vaikka jotkut ohjaajat suhtautuvat penseästi tällaisten menetelmien käyttöön, myös heidän käsityksensä ovat muuttuneet, kun he ovat kokeilleet menetelmiä käytännössä ja havainneet, että niillä on positiivinen vaikutus opiskelijoihin. ”Kyllä se siitä lähtee menemään, kun vaan pääsee alkuun”, puki prosessin sanoiksi miespuolinen tekniikan alan opettaja ja ryhmänohjaaja pääkaupunkiseudulta. (Selin ym. 2014.)

Ryhmänohjaamisen ammattitaitojen tai ammatillisen opettajan ammatti-identiteetin kehittyminen ei ole yksin opettajien vastuulla. Toi-

miva ryhmänohjaaminen vaatii, että työnantaja osoittaa sille ajan ja puitteet. Tämä kertoo myös työn arvostuksesta. Ammatillisen opettajakoulutuksen järjestäjien on tarjottava täydennyskoulutusta ryhmänohjauksen käsityötaitoihin ja työntekijöillä on oltava mahdollisuus osallistua siihen. Ryhmänohjaajan ammatti-identiteetin kehittymiselle välttämätöntä on myös ryhmänohjaajien keskinäinen vertaistuki ja muu yhdessäolo. Tätä tarvitaan arjen keskellä kahvipöydissä ja opettajanhuoneissa, mutta myös laajemmat alueelliset ja valtakunnalliset kohtaamispäivät toimivat samassa tarkoituksessa. Ryhmänohjaamisen sekä sen valmiuksien edistäminen tässä mittakaavassa on helpointa ja luultavasti myös tuloksellisinta, kun sitä tehdään toimijatasot ylittävässä yhteistyössä koulutuksen järjestäjien, julkishallinnon ja muiden toimijoiden kuten aihepiirin ympärillä työskentelevien järjestöjen kesken.

## LOPUKSI: SUOMI NOUSEE RYHMISSÄ

Terveyden yhteiskunnallinen ja taloudellinen merkitys on saanut lisää painoarvoa [-] siksi, että väestöt ikääntyvät, huoltosuhde muuttuu epäedullisemmaksi ja terveystenot kasvavat sekä siksi, että työvoiman terveyden ja työkyvyn ylläpidosta on tullut entistä tärkeämpi taloudellisen kilpailukyvyn ehto. (Palosuo & Lahelma 2013, 39.)

[Koulutuksen ja työelämän] ulkopuolisten nuorten paikantamisella on kiire. Ensijainen keino ehkäistä syrjäytymistä ja nostaa nuoria takaisin työmarkkinoille on koulutus. Ulkopuolisiksi tai työttömiksi päätyneistä nuorista 80 % ei myöhemminkään suorita perusastetta korkeampaa tutkintoa. Mitä kauemmin nuori on syrjäytynyt, sitä pienemmäksi koulutuksen suorittamisen todennäköisyys muuttuu. (Myrskylä 2012, 1.)

Nämä sitaatit summaavat viimeaikaisen poliittisen ja tutkimuskeskustelun näkemyksiä siitä, mikä yhteiskunnassa on tällä hetkellä tärkeää ja mitkä ongelmat vaativat nopeita ratkaisuja. Seuraavat sitaatit puolestaan kertovat, kuinka näitä ongelmia voidaan ratkaista erityisesti ongelmien poltopisteessä, nuorten keskuudessa ja erityisesti kouluissa ja oppilaitoksissa.

[Syrjäytymisen ja pahoinvoinnin ehkäisyssä] keskeistä olisi yrittää kaikin tavoin turvata ihmisten mahdollisuus pitää huolta toisistaan ja vi-



rittää sekä tuet että palvelut (ml. koulut) vastaavasti. Jos itsellä on merkityksellisiä muita, omalle jaksamiselle on itseä suuremmat syyt, ja [nuori] jaksaa paremmin innostua myös jostain niin vähäisestä kuin arvosanat tai raha. (Kortteinen & Elovainio 2012, 165.)

[S]yrjäytymisen ennaltaehkäisyssä ei ole viisasta keskittyä ainoastaan etsimään tietoa syrjäytymisen syistä. Sen sijaan on tarpeen saada tietoa niistä mekanismeista, jotka lisäävät kiinnittymisen kokemusta, houkuttavat osallistumaan kouluyhteisössä sekä motivoivat ponnistelemaan opiskelussa, asettamaan tavoitteita ja uskomaan omiin kykyihin saavuttaa niitä. (Poikkeus ym. 2013, 113.)

Sitaatit tuovat esiin, että nuorille itselleen kansalaisten työurat tai huolto-suhte eivät ole tärkeimpien prioriteettien joukossa. Heille paljon tärkeämpää on saada sosiaalinen paikka – tulla nähdyksi, kuulluksi ja arvostetuksi. Sosiaalisen luottamuksen vahvistaminen eli toimivien ja turvallisten opiskelijaryhmien rakentaminen kouluihin ja oppilaitoksiin on kuitenkin siitä mainio ratkaisu, että se täyttää niin nuorten itsensä kuin yhteiskunnan tulevaisuudesta huolestuneiden aikuisten tarpeet. Se luo nuorille perustavaa turvallisuuden ja arvostuksen tunnetta ja samalla ratkaisee talouspolitiikan ilkeitä ongelmia helpossa ja miellyttävässä muodossa.

Tästä syystä hyvien ryhmien ja nuorten sosiaalisten valmiuksien vahvistaminen kouluissa ja oppilaitoksissa on eräs kaikkeinärkevimmistä ja kannattavimmista investoinneista, mitä 2010-luvun Suomessa voidaan tehdä. Yhtäältä tämä investointi vahvistaa nuorten valmiuksia ja motivaatiota hankkiutua oma-aloitteisesti hyviin, palkitseviin, turvallisiin ja terveellisiin sosiaalisiin asemiin. Toisaalta investointi vahvistaa nuorten valmiuksia ottaa vastaan ja selviytyä elämään väistämättä kuuluvista kolhuista, riskeistä ja vaaroista. Näin tehdessään investointi kaventaa sosioekonomisia terveyseroja, tarjoaa edellytyksiä pidemmille työurille ja vahvistaa yhteiskunnallisen huoltosuhteen uhkaavasti kutistuvaa pohjaa.

Suomi nousee hyvillä ryhmillä, niissä syntyvillä sosiaalisilla valmiuksilla sekä niiden tuottamalla sosiaalisella luottamuksella. Ne eivät kuitenkaan synny itsestään, vaan ne täytyy opettaa jokaiselle sukupolvelle uudelleen etenkin, kun maailma ympärillä muuttuu yhä kiihtyvällä vauhdilla. Tämä on selkeä ratkaisu ongelmiin, joita suomalaisen yhteiskunnan nopea muutos on aiheuttanut. Kun se on tiedossa, hyvinvoinnin edistämiseksi on helppo alkaa toimia. Se kuitenkin edellyttää konkreettisia tekoja ryhmien ja ryhmävalmiuksien eteen. Niin kuin lääke auttaa vain syötynä, myös teot auttavat vain tehtyinä eivätkä puheiden pilleripurkkiin säilöttyinä. Kysymys on siitä, kuka tai ketkä yhteiskunnassa alkavat nyt tehdä näitä tekoja. Kuka saa kunnian muuttaa kurssia ja kuka muistetaan toimijana, joka ei tiedosta huolimatta tarttunut toimeen?

## KIRJALLISUUS

- Aalto, Mikko (2000): *Ryppäästä ryhmäksi*. Ryttylä: My Generation.
- Antikainen, Ari, Rinne, Risto & Koski, Leena (2006): *Kasvatussosiologia*. Helsinki: WSOY.
- Arnett, Jeffrey C (2000): *Emerging Adulthood – A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties*. *American Psychologist* 55(5): 469–480.
- Balshem, Martha (1993): *Cancer, control, and causality: Talking about cancer in a working class community*. *American Ethnologist* 18(2), 152–172.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1994): *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedonsosiologinen tutkielma*. Helsinki: Gaudeamus.
- Bernstein, Basil (1962): *Linguistic Codes, Hesitation Phenomena and Intelligence*. *Language and Speech* 5(1): 131–148.
- Bernstein, Basil (1964): *Social Class, Speech Systems and Psycho-Therapy*. *The British Journal of Sociology* 15(1): 54–64.
- Best, Shaun (2007): *Basil Bernstein: agency, structure and linguistic conception of class*. *Education, Knowledge and Economy* 1(1): 107–124.
- Chamberlain, Kerry & O’Neill, Damian (1998): *Understanding social class differences in health: A qualitative analysis of smokers’ health beliefs*. *Psychology & Health* 13(6): 1105–1119.
- Cockerham, William C. (2007): *Social Causes of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.

- Costa-font, Joan & Mladovsky, Philipa (2008): *Social capital and the social formation of health-related preferences and behaviours*. Health Economics, Policy and Law 3(4): 413-427.
- Dolan, Alan (2011): 'You can't ask for a Dubonnet and lemonade!': working class masculinity and men's health practices. Sociology of Health & Illness 33(4): 586-601.
- Durlak, Joseph A., Weissberg, Roger P., Dymnicki, Allison B., Taylor, Rebecca D. & Schellinger, Kriston B. (2011): *The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions*. Child Development 82(1): 405-432.
- Erkkilä-Häkkinen, Sirpa (2011): *Ryhmänohjaajana ammatillisella toisella asteella - työn haasteet ja niistä selviytyminen*. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto, kasvatustieteellinen tiedekunta.
- Filander, Karin & Vanhalakka-Ruoho, Marjatta (toim.) (2009): *Yhteisöllisyys liikkeessä*. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Hasan, Ruqaiya (2009): *Semantic Variation: Meaning in Society and in Sociolinguistics*. London: Equinox.
- Haukkala, Ari (2011): *Psykososiaaliset tekijät*. Teoksessa Laaksonen & Silventoinen (toim.): *Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus.
- Heinonen, Jari (2006): *Työläismies ahdingossa? Kolme miessukupuolvea rakennemuutosten Suomessa*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hoikkala, Tommi & Paju, Petri (2013): *Apina pulpetissa: ysiluokan yhteisöllisyys*. Helsinki: Gaudeamus.
- Holopainen, Pirkko, Järvinen, Ritva, Kuusela, Jorma & Packalen, Petra (2009): *Työrauha tavaksi. Kohtaaminen, toimintakulttuuri ja pedagogiikka koulun arjessa*. Helsinki: Opetushallitus.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2012): *Kulttuuri ja sairaus etnografisena tutkimuskohteena*. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Salmi, Hannu (toim.): *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H.

- Honkasalo, Marja-Liisa (2013): *Sidottuja valintoja – kulttuurisia näkökulmia sairauden ja riskien tulkintaan*. Teoksessa Sihto ym. (toim.): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: THL.
- Honkasalo, Marja-Liisa, Utriainen, Terhi & Leppo, Anna (toim.) (2004): *Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Tampere: Vastapaino.
- Hyyppä, Markku T. (2002): *Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Idler, Ellen L. & Benyamini, Yael (1997): *Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies*. *Journal of Health and Social Behavior* 38(1): 21–37.
- Katainen, Anu (2011): *Tupakka, luokka ja terveyskäyttäytymisen ongelma*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kauravaara, Kati (2013): *Mitä sitten, jos ei liikuta? Etnografinen tutkimus nuorista miehistä*. Jyväskylä: Likes-tutkimuskeskus.
- Kawachi I, Kennedy B P, Lochner K & Prothrow-Stith D (1997): *Social capital, income inequality, and mortality*. *American Journal of Public Health* 87(9): 1491–1498.
- Käyhkö, Mari (2008): *Kädenjälki näkyviin – koulunpenkkiä väistelevät nuoret työläisnaiset*. Teoksessa Tolonen, Tarja (toim.): *Yhteiskuntaluokka ja sukupuoli*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura.
- Keeley, Bethany; Wright, Lanelle ja Condit, Celeste M. (2009): *Functions of health fatalism: fatalistic talk as face saving, uncertainty management, stress relief and sense making*. *Sociology of Health & Illness* 31(5): 734–747.
- Kelhä, Minna (2008): *Äitiys, luokka ja ikä*. Teoksessa Tolonen, Tarja (toim.): *Yhteiskuntaluokka ja sukupuoli*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura.
- Kettunen, Pauli & Simola, Hannu (toim.) (2012): *Tiedon ja osaamisen Suomi. Kasvatus ja koulutus Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

- Kiviniemi, Kari (2000): *Opettajan työtodellisuus haasteena opettajankoulutukselle. Opettajien ja opettajankouluttajien käsityksiä opettajan työstä, opettajuuden muuttumisesta sekä opettajankoulutuksen kehittämishaasteista*. Helsinki: Opetushallitus.
- Kivistö, Sirkku, Kallio, Eila & Turunen, Greta (2008): *Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Työterveyslaitos.
- Koivusilta, Leena (2011): *Terveyskäyttäytyminen*. Teoksessa Laaksonen & Silventoinen (toim.): *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus.
- Koivusilta, Leena (2012): *Terveyserojen sosioekonomiset taustatekijät*. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Salmi, Hannu (toim.): *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H.
- Koivusilta, Leena & Rimpelä, Arja (2002): *Koulu terveydellisen tasa-arvon edistäjänä*. Teoksessa Kangas ym. (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita.
- Kortteinen, Matti (1992): *Kunnian kenttä. Palkkatyö kulttuurisena muotona*. Helsinki: Hanki ja jää.
- Kortteinen, Matti & Elovainio, Marko (2006): *Miten auttaa huono-osaisia?* Teoksessa Kautto, Mikko (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Stakes.
- Kortteinen, Matti & Elovainio, Marko (2012): *Millä tavoin huono-osaisuus periytyy?* Teoksessa Myllyniemi, Sami (toim.): *Monipolvinen hyvinvointi. Nuorisobarometri 2012*. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, Nuorisotutkimusverkosto & Nuorisoasiain neuvottelukunta.
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski & Hannu (1998): *Työtön tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä*. Helsinki: Tammi.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (2013): *Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot*. Teoksessa Sihto ym. (toim.): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: THL.

- Koskinen, Seppo, Martelin, Tuija, Sainio, Päivi, Heliövaara, Markku, Reunanen, Antti & Lahelma, Eero (2007): *Pitkäaikaissairastavuus*. Teoksessa Palosuo, ym. (toim.): *Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kusserow, Adrie (1999): *De-Homogenizing American Individualism: Socializing Hard and Soft Individualism in Manhattan and Queens*. *Ethos* 27(2): 210–234.
- Kuusi, Pekka (1961): *60-luvun sosiaalipolitiikka*. Helsinki: WSOY.
- Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (2011): *Mitä on sosiaaliepideemiologia*. Teoksessa Laaksonen & Silventoinen (toim.): *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus.
- Lahelma, Eero, Rahkonen, Ossi, Koskinen, Seppo, Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007): *Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit*. Teoksessa Palosuo, ym. (toim.): *Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lahelma, Elina, Lappalainen, Sirpa & Palmu, Tarja (ilmestyy): *Vocational teachers' gendered reflections on education, teaching and care*. *Gender and Education*, 2014.
- Lankinen, Timo & Puska, Pekka (2009): *Esipuhe*. Teoksessa Väyrynen ym. (toim.): *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa – perusraportti kyselystä vuonna 2008*. Helsinki: THL ja Opetushallitus.
- Lehtinen, Erno (2011): *Koulun vaikutus lasten ja nuorten selviytymis- ja syrjäytymispolkuihin*. Teoksessa Uhinki & Uhinki (toim.): *Anna nuorelle tulevaisuus – ettei kukaan syrjäydy*. Turku: Turun yliopiston lapsi- ja nuorisotutkimuskeskus.
- Lin, Nan (2000): *Inequality in Social Capital*. *Contemporary Sociology* 29(6): 785–795.

- Lupton, Deborah (1995): *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage.
- Mäkelä, Jukka & Sajaniemi, Nina (2013): *Vertaissuhteet muovaavat lapsen aivoja*. Teoksessa Reivinen & Vähäkylä (toim.): *Ketä kiinnostaa? Lasten ja nuorten hyvinvointi ja syrjäytyminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Manderbacka, Kristiina & Keskimäki, Ilmo (2013): *Terveyspalvelut ja terveyserot*. Teoksessa Sihto ym. (toim.): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: THL.
- Martela, Frank & Järvillehto, Lauri (2012): *Ammattiosaaajan hyvä elämä. Ajatuksia ja työkaluja ammattiin opiskelevien elämänlaadun edistämiseksi*. Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.
- Martelin, Tuija, Sainio, Päivi, Sulander, Tommi, Helakorpi, Satu, Tuomi, Kaija & Koskinen, Seppo (2007): *Toimintakyky*. Teoksessa Palosuo, ym. (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Martinez, Paul (2001): *Improving student retention and achievement. What do we know and what do we need to find out?* London: Learning and Skills Development Agency.
- Maunu, Antti (2010): *Lahden mömmökisat. Doping, päihheet ja suomalainen moraalit käryviikon iltapäivälehdissä*. Teoksessa Vettenniemi, Erkki (toim.): *Hiihto & häpeä*. Lahti 2001 mediaskandaalina. Jyväskylä: Nykykulttuurin tutkimuskeskus.
- Maunu, Antti (2012a): *Ryypäämällä ryhmäksi. Ehkäisevän päihdetyön karttalehtiä nuorten ja nuorten aikuisten juomiskulttuureihin*. Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.
- Maunu, Antti (2012b): *Miksi Jesse ja Jenna juovat? Nuoret aikuiset ehkäisevän päihdetyön kohderyhmänä*. Teoksessa Inkinen ym. (toim.): *Selvää synergiaa. Eettisesti kantavaa päihdekasvatusta*. Helsinki: Preventiimi ja Humanistinen ammattikorkeakoulu.
- Maunu, Antti (2013a): *Hauskuus ja tylsyys, turva ja vaara. Nuorten juomisen ja arjen ambivalenssit*. *Yhteiskuntapolitiikka* 78(3): 272–285.



- Maunu, Antti (2013b): *Ehkäisevän työn alkuaineet: yhteisöllisyys, ryhmät ja sosiaalinen luottamus*. Teoksessa Tapio & Kuula (toim.): *Selkenevää, myötätuulta – ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö nuorisosalalla*. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö ja Humanistinen ammattikorkeakoulu.
- Maunu, Antti (2013c): *Yöllä yhdessä. Yökerhot, biletyt ja muuttuva suomalainen sosiaalisuus*. Väitöskirjan käsikirjoitus (esitarkastuksessa). Helsinki: Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos.
- Miilunpalo, Seppo, Vuori, Ilkka, Oja, Pekka, Pasanen, Matti & Urponen, Helka (1997): *Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population*. *Journal of Clinical Epidemiology* 50(5): 517–528.
- Mikkonen, Juha & Tynkkynen, Lotta (2010): *Terve amis! Ammattiin opiskelevien terveyden taustatekijät: 50 toimenpide-ehdotusta terveyserojen kaventamiseksi*. Helsinki: Elämäntapaliitto.
- Mullainathan, Sendhil & Shafir, Eldar (2013): *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much?* New York: Times Books.
- Myllyniemi, Sami (toim.) (2012): *Monipolvinen hyvinvointi. Nuorisobarometri 2012*. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, Nuorisotutkimusverkosto & Nuorisosiain neuvottelukunta.
- Myrskylä, Pekka (2009): *Koulutus periytyy edelleen*. Hyvinvointikatsaus 1/2009. Helsinki: Tilastokeskus.
- Myrskylä, Pekka (2012): *Hukassa. Keitä ovat syrjäytyneet nuoret?* Helsinki: Elinkeinoelämän valtuuskunta.
- Nieminen, Tarja, Prättälä, Ritva, Martelin, Tuija, Härkänen, Tommi, Hyyppä, Markku T, Alanen, Erkki & Koskinen, Seppo (2013): *Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study*. *BMC Public Health* 13:613.
- Ostamo, Aini, Huurre, Taina, Talala, Kirsi, Aro, Hillevi & Lönnqvist, Jouko (2007): *Mielenterveys*. Teoksessa Palosuo, ym. (toim.): *Tervey-*

- den eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Oyserman, Daphna, Fryberg, Stephanie A. & Yoder, Nicholas (2007): *Identity-Based Motivation and Health*. Journal of Personality and Social Psychology 93(6): 1011–1027.
- Paakkonen, Tarja (2012): *Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Paananen, Reija, Ristikari, Tiina, Merikukka, Marko, Rämö, Antti & Gissler, Mika (2012): *Lasten ja nuorten hyvinvointi kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa*. Helsinki: THL.
- Paaso, Aila (2010): *Osaava ammatillinen opettaja 2020: tutkimus ammatillisen opettajan tulevaisuuden työnkuvasta*. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Pajari, Pia M., Jallinoja, Piia & Absetz, Pilvikki (2006): *Negotiation over self-control and activity: An analysis of balancing in the repertoires of Finnish healthy lifestyles*. Social Science & Medicine 62(10): 2601–2611.
- Palosuo, Hannele & Lahelma, Eero (2013): *Terveyden sosiaaliset määrittäjät*. Teoksessa Sihto ym. (toim.): *Terveydenpolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: THL.
- Parker, John & Stanworth, Hilary (2005): *'Go for it!' Toward a critical realist approach to voluntary risk-taking*. Health, Risk & Society 7: 319–336.
- Poikkeus, Anna-Maija, Rasku-Puttonen, Helena, Lerkkanen, Marja-Kristiina, Kuorelahti, Matti, Siekkinen, Martti, Kiuru, Noora & Nurmi, Jan-Erik (2013): *Osallistava koulu syrjäytymisen ehkäisijänä*. Teoksessa Reivinen & Vähäkylä (toim.): *Ketä kiinnostaa? Lasten ja nuorten hyvinvointi ja syrjäytyminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Prince, Martin, Patel, Vikram, Saxena, Shekhar, Maj, Mario, Maselko, Joanna, Phillips, Michael R. & Rahman, Atif (2007): *No health without mental health*. The Lancet 370(9590): 859–877.
- Rahkonen, Ossi, Talala, Kirsi, Sulander, Tommi, Laaksonen, Mikko, Lahelma, Eero, Uutela, Antti & Prättälä, Ritva (2007): *Koettu terveys*. Teoksessa Palosuo, ym. (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*.

- Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rautio, Pertti (1989): *”Keitä me oikein olemme?” Suomalaisten identiteetin muutoksista*. Teoksessa Suhonen, Pertti (toim.): Suomi – muutosten yhteiskunta. Juva: WSOY.
- Rimpelä, Matti (2013): *Kasvatuskaaoksesta yhteiseen ymmärrykseen*. Teoksessa Lämsä, Anna-Liisa (toim.): Verkosto vahvaksi. Toimiva vuorovaikutus perheiden kanssa. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Roos, Gun, Prättälä, Ritva & Koski, Katriina (2001): *Men, masculinity and food: interviews with Finnish carpenters and engineers*. *Appetite* (37)1: 47–56.
- Rotko, Tuulia, Aho, Timo, Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila (2011): *Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010*. Helsinki: THL.
- Salasuo, Mikko (2006): *Atomisoitunut sukupolvi: Pääkaupunkiseudun nuorisokulttuurinen maisema ja nuorisotyön haasteita 2000-luvun alussa*. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Salmela-Aro, Katariina (2011): *Mikä nuoria liikuttaa? Uupumuksesta intoon*. *Tieteessä tapahtuu* 29 (4–5): 3–6.
- Selin, Anni, Maunu, Antti & Kannussaari Kim (2013): *Päihdeilmiö. Ryhmäyttävää päihdekasvatusta oppilaitoksiin*. Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.
- Selin, Anni, Maunu, Antti & Kannussaari, Kim (2014): *Ryhmäilmiö. Ryhmänohjaajan käsikirja ammatillisiin oppilaitoksiin*. Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele (2013): *Terveyserot terveyspoliittisena kysymyksenä*. Teoksessa Sihto ym. (toim.): Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL.
- Sihvonen, Ari-Pekka, Martelin, Tuija, Koskinen, Seppo, Sainio, Päivi, Aroma, Arpo (2008): *Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika*. Teoksessa: Heikkinen & Rantanen (toim.): Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

- Snibbe, Alana Conner & Markus, Hazel Rose (2005): *You Can't Always Get What You Want: Educational Attainment, Agency, and Choice*. Journal of Personality and Social Psychology 88(4): 703–720.
- Snibbe, Alana Conner & Markus, Hazel Rose (2006): *Choice and Suffering in San Francisco*. Static: Issue 03.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013): *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto.
- Sulkunen, Pekka (1992): *The European New Middle Class. Individuality and Tribalism in Mass Society*. Aldershot: Avebury.
- Sulkunen, Pekka, Alasuutari, Pertti, Nätkin, Ritva & Kinnunen, Merja (1985): *Lähiöravintola*. Helsinki: Otava.
- Suominen, Sakari (2012): *Salutogeneesi – kulttuuri terveyttä edistävänä voimavarana*. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Salmi, Hannu (toim.): *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H.
- Sääskilahti, Anniina (2013): *Ammatillinen opettaja ryhmän kohtaanajana*. Pro gradu -tutkielma. Rovaniemi: Lapin yliopisto, kasvatustieteellinen tiedekunta.
- Tarkiainen, Lasse, Martikainen, Pekka, Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011): *Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007*. Suomen Lääkärilehti 66(48): 3651–3657.
- Taylor, Charles (1995): *Autenttisuuden etiikka*. Helsinki: Gaudeamus.
- Teperi, Juha, Vuorenkoski, Lauri, Manderbacka, Kristiina, Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.) (2006): *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes.
- Tolonen, Tarja (toim.) (2008a): *Yhteiskuntaluokka ja sukupuoli*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura.
- Tolonen, Tarja (2008b): *Menestys, pärjääminen ja syrjäytyminen. Nuorten elämäntyyli ja luokkaerot*. Teoksessa Tolonen, Tarja (toim.): *Yhteiskuntaluokka ja sukupuoli*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura.

- Turner, Bryan (2003): *Social Capital, Inequality and Health: the Durkheimian Revival*. *Social Theory & Health* 1(1): 4–20.
- Uchino, Bert N. (2006): *Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes*. *Journal of Behavioral Medicine* 29(4): 377–387.
- Uphoff, Eleonora P, Pickett, Kate E, Cabieses, Baltica, Small, Neil & Wright, John (2013): *A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities*. *International Journal for Equity in Health* 12:54.
- Valkonen, Tapani (2007): *Eriarvoisuus kuoleman edessä*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44, 243–249.
- Valkonen, Tapani, Ahonen, Hilikka, Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2007): *Sosioekonomiset kuolleisuuserot*. Teoksessa Palosuo, ym. (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Väyrynen, Pirjo, Saaristo, Vesa, Wiss, Kirsi & Rigoff, Anne-Marie (toim.) (2009): *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa – peruseräraportti kyselystä vuonna 2008*. Helsinki: THL ja Opetushallitus.
- Vehviläinen, Jukka & Koramo, Marika (2013): *Ammatillisen koulutuksen läpäisyn tehostamisohjelma vuosina 2011–2012. Seurantatutkimuksen raportti*. Helsinki: Opetushallitus.
- Vesikansa, Sari (2009): *Kuka kasvattaa, kuka opettaa? Genealoginen tutkimus perheen ja koulun välisen kasvatusvastuun politiikasta*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Williams, Gareth H. (2003): *The determinants of health: structure, context and agency*. *Sociology of Health & Illness* 25(3): 131–154.

Suomessa on suuret sosioekonomiset terveyserot. Terveyteen tai sairauteen ei kuitenkaan synnytä, vaan kasvetaan. Keskeinen terveyden ainesosa on sosiaalinen pääoma – luottamus, yhteisöllisyys, osallisuus. Jos ihmisellä ei ole paikkaa maailmassa tai merkitystä muille, hän sairastuu helpommin eikä jaksakaan pitää itsestään huolta.

Katsauksessa käydään läpi tuoreita tutkimustuloksia terveyden sosiaalisista ulottuvuuksista. Niiden pohjalta esitetään konkreettinen toimintalinja nuorten sosiaalisen pääoman ja luottamuksen vahvistamiseksi. Toiminnan keskiössä ovat koulut ja etenkin ammatilliset oppilaitokset sekä niiden ryhmänhajaajan tunnit.

Nuorten ryhmien ja sosiaalisten valmiuksien vahvistaminen oppilaitoksissa on kannattava investointi. Se lisää nuorten valmiuksia elää hyvää ja palkitsevaa elämää. Samalla se tarjoaa edellytyksiä pidemmille työurille, yhteiskunnallisen huoltosuhteen vahvistamiselle ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamiselle.

**Antti Maunu** työskentelee erityissuunnittelijana Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:ssä. Aiemmin hän on toiminut tutkijana mm. Helsingin yliopistossa. Hän on erikoistunut nuorten ja nuorten aikuisten päihdekulttuureihin ja hyvinvointikysymyksiin sosiaalisten suhteiden näkökulmasta. Hänen työssään teoreettinen osaaminen yhdistyy käytännölliseen terveyden edistämiseen ja poliittiseen linjanvetoon.



ISBN 978-952-6661-54-4