

ALKOHOLINKÄYTÖN
SOSIOEKONOMINEN ERIARVOISUS
– KULUTUKSEN JA HAITTOJEN
VÄLINEN PARADOKSI

Milla Rajala

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Kandidaatintutkielma

Syksy 2019

Ohjaaja Katsui Hisayo



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Yhteiskuntapolitiikka	
Tekijä □ – Författare – Author Milla Rajala			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Alkoholinkäytön sosioekonominen eriarvoisuus – kulutuksen ja haittojen välinen paradoksi			
Oppiaine – Läroämne – Subject Yhteiskuntapolitiikka			
Työn laji – Arbetets art – Level Kandidaatintutkielma		Aika – Datum – Month and year 22.12.2019	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 27
Tiivistelmä – Referat – Abstract			
<p>Sosioekonominen asema vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin Suomessa merkittävästi. Tutkielman lähtökohtana on tarkastella yhteiskunnassa vallitsevaa ajattelutapaa, jonka mukaan alemman sosioekonomisen ryhmän alkoholikuolleisuus ja muut alkoholista aiheutuvat terveyshaitat ovat itseaiheutettuja. Kuitenkaan sosioekonomisen aseman merkitystä alkoholinkäyttöön – tai varsinkaan sen kulutusmääriin ei voida pitää itsestäänselvyytenä. Tutkielman tavoitteena on tarkastella vaikuttaako sosioekonominen asema alkoholinkäyttöön Suomessa ja selittyvätkö sosioekonomiset terveyserot eroilla alkoholinkäytössä.</p> <p>Eri sosioekonomisten ryhmien alkoholinkäyttöä Suomessa tarkastellessa voi kuitenkin nähdä, ettei kokonaiskulutusmäärissä oikeastaan olekaan kovin suurta eroa. Käyttötavoissa sen sijaan on jonkin verran enemmän eroavaisuuksia. Ylin sosioekonominen ryhmä käyttää alkoholia itseasiassa useimmiten, kohtuukäyttäjiä on noin saman verran ja alimmissa sosioekonomisissa ryhmässä on eniten täysin raittiita. Humala- ja liikakäyttö on yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Alkoholien aiheuttamissa haitoissa sen sijaan erot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat niin merkittäviä, etteivät erot kokonaiskulutuksessa tai käyttötavoissa riitä selittämään niitä. Tätä kutsutaan alkoholihaittojen paradoksiksi.</p> <p>Muita keskeisiä käsitteitä tutkielmassa on esimerkiksi sosioekonominen asema, terveystyötyminen ja huono-osaisuus. Käytän tutkielmassani sosioekonomisen aseman mittarina esimerkiksi tuloja, koulutusta ja ammattiasemaa, sillä ne on helppo asettaa mittareiksi tilastoja tarkastellessa. Toinen tapa ymmärtää sosioekonominen asema on epäedullisuuden käsitteen kautta, jossa nähdään epäterveellisen terveystyötytimisen ja muiden huonojen elintapojen kasautuvan alimmille sosioekonomisille ryhmille. Tähän liittyy myös huono-osaisuus ja sen ylisukupolvisuus, jolla tarkoitetaan esimerkiksi koulutuksen, ammatin, terveystyötytimisen ja muiden huonojen elinolosuhteiden periytymistä vanhemmilta lapsille. Tähän vaikuttavat esimerkiksi perheen käytössä olevat materiaaliset, kulttuuriset ja sosiaaliset resurssit.</p> <p>Erot alkoholinkäyttötavoissa vaikuttavat sosioekonomisiin terveyseroihin jonkin verran, mutta eivät riitä selittämään niitä kokonaan. Kyse on myös ainakin kerrannaisvaikutuksista, eli siitä, että monet eri huonot elintavat, elinolosuhteet sekä muu huono-osaisuus kasautuvat yhteiskunnan heikoimmassa asemassa oleville. Tämä huono-osaisuus periytyy sukupolvelta toiselle ja näin ylläpitää huono-osaisuuden ylisukupolvista ketjua. Jotta näitä ylisukupolvisuuden ketjuja olisi tulevaisuudessa mahdollista katkaista, tarvittaisiinkin lisää tutkimustietoa siitä, millä mekanismeilla huono-osaisuus, terveys ja terveystyötytiminen periytyvät sukupolvelta toiselle. Lisäksi tarvitaan lisää tietoa siitä, mitkä tekijät aiheuttavat terveellisiä tai epäterveellisiä elintapoja eri sosioekonomisissa ryhmissä. Terveyserojen tutkimuksen tavoitteena ei voi kuitenkaan olla pelkästään ilmiön selittäminen, ymmärtäminen ja kuvailu, vaan päämääränä tulisi myös olla näiden erojen kaventaminen ja sitä varten konkreettisten keinojen etsiminen.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords alkoholi, alkoholihaitat, sosioekonominen asema, eriarvoisuus, huono-osaisuus, terveystyötytiminen, ylisukupolvisuus			

Sisällys

1	Johdanto	3
2	Keskeiset käsitteet.....	4
	2.1. Sosiaaliluokka ja sosioekonominen asema	4
	2.2 Terveyskäyttäytyminen	6
	2.3 Elämäntyyli ja tavat.....	7
3	Menetelmät.....	9
4	Sosioekonominen asema ja alkoholinkäyttö	10
	4.1 Alkoholinkäytön sosioekonomiset erot.....	10
	4.2 Alkoholihaitat.....	12
5	Sosioekonomisten terveyserojen taustamekanismit.....	14
	5.1 Alkoholihaittojen paradoksi	14
	5.2 Yksilö- ja olosuhdesyyt terveyserojen selityksissä.....	16
	5.3 Sosioekonomisen aseman ja huono-osaisuuden ylisukupolvisuus	17
	5.4 Alkoholien käyttötapojen ja terveyskäyttämisen periytyvyys.....	18
6.	Pohdinta ja johtopäätökset.....	19
	6.1 Tutkielman päätulokset	19
	6.2 Tutkielman rajoitteet	21
	6.3 Johtopäätökset	22
7	Lähteet.....	24

1 Johdanto

Kaikissa yhteiskunnissa on sosiaalista ja taloudellista eriarvoisuutta, mutta sen laajuus vaihtelee (Marmot, 2016). Edes mahdollisuudet terveyteen eivät näyttäyty kaikille samanlaisina. Eri väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa muiden länsieurooppalaisten maiden lailla suuria (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajarvi, 2016). Sosioekonominen asema on yksi voimakkaimpia, ellei jopa voimakkain terveyteen vaikuttava ja terveyseroja selittävä tekijä (Lahelma & Rahkonen, 2011, s.42). Terveyseroja voidaan ja pitäisikin tarkastella myös oikeudenmukaisuuskysymyksenä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) verkkosivujen mukaan ” eriarvoisuus tarkoittaa terveyden tasa-arvon näkökulmasta sellaista erilaisuutta, jota voidaan pitää epäoikeudenmukaisena ja myös vältettävissä olevana”.

Yksi sosioekonomisiin terveyseroihin tunnetusti vaikuttava tekijä on alkoholi. Sosioekonomista asemaa edustavat yksilön käytettävissä olevat voimavarat, kuten materiaallinen omaisuus sekä kulttuurinen ja sosiaalinen pääoma. Niiden hankkimisen edellytykset (koulutus, ammattiasema) ovat usein yhteydessä toisiinsa, ja niillä on myös vaikutus terveyteen sekä alkoholiperäiseen sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. (Mäkelä, 2018.) Suomessa sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ovat suuria, kuten muissakin Länsi-Euroopan maissa (Mackenbach ym. 2015, s. 6). Alkoholinkäyttö on yksi merkittävimmistä terveyskäyttäytymisen muodoista. Epätasainen jakautuminen terveyskäyttäytymisessä on merkittävä determinantti niin terveyden, sairastavuuden kuin kuolleisuuden väestöryhmittäisten erojen syntymiseen. (Lahelma & Rahkonen, 2011, s. 50.) Maailman terveysjärjestön WHO:n (2018) mukaan alkoholi on yhteydessä jopa 200 eri tunnistettuun sairauteen. Vuonna 2016 alkoholi aiheutti noin kolmen miljoonan ihmisen kuoleman, mikä on noin 5,3 prosenttia kaikista kuolemista (mt.).

Alkoholikuolemat selittävätkin todella suuren osan esimerkiksi tuloryhmien välisistä kuolleisuuseroista. Miehillä tuloerojen välisistä kuolleisuuseroista jopa 30 prosenttia voidaan lukea alkoholisyistä johtuviksi ja naisilla 17 prosenttia (Mäkelä, Martikainen & Peltonen, 2017). Tämä paljastaa alkoholin myös yhdeksi naisten ja miesten välisten terveyserojen kuilua pahentavaksi syytekijäksi. En kuitenkaan tässä katsauksessa ota erityiseen tarkasteluun miesten ja naisten välisiä eroja, vaan keskityn sosioekonomisen aseman tarkasteluun yleisesti.

Sosioekonomisen aseman merkitystä alkoholinkäyttöön ei voida kuitenkaan esittää itsestään selvänä totuutena. Esimerkiksi Hansonin ja Chenin (2007) tehdyssä, 28 alkoholiin liittyvää tutkimusta kattavassa kirjallisuuskatsauksessa noin 57 prosenttia tutkimuksista ei todennut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sosioekonomisen aseman ja alkoholinkäytön välillä. Kielteisen ja myönteisen yhteyden osalta tulokset jakautuivat suunnilleen tasan.

Mistä erot esimerkiksi alkoholikuolleisuudessa tai alkoholin aiheuttamissa terveyseroista sitten johtuvat? Yleisesti varsinkin arkielämässä tuntuu vallitsevan uskomus siitä, että sosioekonomiset terveyserot ja erot alkoholikuolleisuudessa liittyisivät siihen, että eri sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt käyttäisivät alkoholia huomattavan eri tavalla. Tämä oli minunkin ennakkoletukseni ennen tarkempaa perehtymistä aiheeseen. Tahdonkin tutkia, onko asia kuitenkin näin mustavalkoinen.

Tässä tutkielmassa kysyn, *vaikuttaako sosioekonominen asema alkoholinkäyttöön Suomessa*. Lisäksi tahdon tarkastella, *selittyvätkö sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot alkoholin käytön eroilla*.

Käsittelen tutkielmassani seuraavaksi käsitteitä, jotka on hyvä tietää tutkielman kontekstin ymmärtämiseksi. Tämän jälkeen kerron lyhyesti käyttämästäni metodeista ja teoreettisesta viitekehyksestä. Kappaleessa 4 käsittelen sosioekonomisia eroja alkoholinkäytössä Suomessa. Tarkastelen eroja kulutuksessa, käyttötavoissa ja haitoissa sekä pohdin mahdollisia selityksiä näille. Kappaleessa 5 esitän mahdollisia taustatekijöitä, joilla kappaleen 4 tuloksia voisi ymmärtää paremmin. Lopuksi tarkastelen ja arvioin vielä keskeisiä tuloksia ja teen johtopäätökset sekä jatkotutkimusehdotuksia niiden perusteella.

2 Keskeiset käsitteet

2.1. Sosiaaliluokka ja sosioekonominen asema

Sosiaaliluokka tai yhteiskuntaluokka on perinteisesti sosiologisessa luokka-analyysissä käytetty yhteiskunnan rakennetta kuvaava peruskäsite, jonka synonyyminä sosioekonomista asemaa pitkälti nykyään käytetään. Luokkatutkimuksen perustan ovat muodostaneet saksalaiset sosiologit Karl Marx ja Max Weber. Marxilaisuudessa nähdään, että taloudellinen eriarvoisuus muodostaa kaksi toisilleen vastakkaista sosiaaliluokkaa: tuotantovälineet omistavan yläluokan eli porvariston, joka riistää ja käyttää hyväkseen työvoimaansa myyvää työväenluokkaa eli proletariaattia. (Lahelma & Rahkonen, 2017, s. 19 – 25.)

Weberiläisessä perinteessä sen sijaan luokkaerot eivät perustu vain omistussuhteisiin, vaan niihin vaikuttavat myös mahdollisuudet kuluttamiseen. Weber myös muodostaa kahden vastakkaisen luokan sijaan järjestysasteikon ylimmästä alimpaan luokkaan: omistava porvaristo, ei-omistava sivistyneistö, pikkuporvaristo ja työväestö. Asema yhteiskunnassa edustaa ihmisten aineellisia sekä aineettomia resursseja, jolloin ylimmässä luokassa olevilla ovat parhaat ja alimassa luokassa olevilla huonoimmat voimavarat. (Lahelma & Rahkonen, 2017, s. 19 – 25.) Tällainen

sosiaaliryhmien hierarkiamainen ymmärrys onkin edelleen käytössä. Usein asemaa yhteiskunnassa tarkastellaankin joko ammattiryhmän, koulutuksen tai tulojen perusteella.

Lahelman ja Rahkosen (2017, s. 24) mukaan sosiaalisen luokan tai aseman vaikutus hyvinvointiin on tiedostettu jo yli sadan vuoden ajan. Kuitenkaan nämä sosiologisen luokka-analyysin kantaisät eivät vielä pohtineet luokan vaikutusta terveyteen. Heillä oli kuitenkin suuri vaikutus niin tieteellisesti kuin poliittisestikin siihen, kuinka laajasti eriarvoisuutta ja voimavarojen jakautumista yhteiskunnissa nykyään tutkitaan ja ymmärretään. (Mt.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) mukaan sosioekonominen asema tarkoittaa ihmisen sosiaalista asemaa yhteiskunnassa ja sitä on selitetty monella tavalla. Usein sillä tarkoitetaan hyvinvoinnin aineellisia voimavaroja, kuten tuloja, omaisuutta ja asumistasoa sekä yksilön edellytyksiä näiden voimavarojen saavuttamiseen koulutuksen, ammatin ja työelämän tason avulla. Ammattiasemaa, tuloja sekä koulutusta on helppo mitata, minkä takia niitä käytetään usein tutkimuksessa. Tilastokeskuksen (2018) määritelmän mukaan sosioekonominen asema määräytyy yksilön ammattiaseman perusteella. Palkansaajat luokitellaan ylempiin toimihenkilöihin, alempiin toimihenkilöihin sekä työntekijöihin. Tätä jaottelua käytetään usein myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (tästä eteenpäin THL) tilastoissa.

Sosioekonomista asemaa voidaan kuitenkin tarkastella myös hieman erilaisesta näkökulmasta: sosiaalisen epäedullisuuden (social disadvantage) käsitteen avulla. Marmotin (2016) mukaan sosiaalinen epäedullisuus ei ole pelkkää köyhyyttä, vaan kattaa muitakin elämän osa-alueita. Hänen mukaansa kasautuva ja ylisukupolvinen huono-osaisuus vaikuttaa kaikilla elämän osa-alueilla ja jopa aivojen kehitykseen sekä lasten älylliseen, että sosiaaliseen kehittymiseen. Mitä korkeampi sosiaalinen asema lapsen perheellä on, sitä todennäköisemmin hän menestyy elämässään ja päinvastoin. Sosiaaliset gradientit vaikuttavat terveyteen huomattavasti: mitä korkeampi koulutus, sitä pidempi elinajanodote. Sosiaalinen gradientti tarkoittaa siis sitä, että sosioekonomisen aseman noustessa terveys nousee vastaavasti sekä toisinpäin. (Mt.)

Marmot (2016) ottaakin pohdintaan sen, mistä nämä epäedullisuuden ”syiden syyt” johtuvat. Johtuvatko ne kenties huonoista elämäntavoista, tai siitä, että heikommassa olevat eivät pääse yhtä helposti terveydenhuollon piiriin. Terveydenhuollon piiriin pääseminen ei toisaalta ole se, mistä terveysongelmat saavat alkunsa, vaikka vaikuttavatkin huomattavasti ongelmien kulminoitumiseen. Todennäköisenä hän näkee syiden juuret, epäedullisten ryhmiin kasautuvasta huonosta terveyskäyttäytymisestä, kuten alkoholinkäytöstä, tupakoinnista, huonosta ruokavaliosta ja

ylipainosta. Mutta kysymykseksi jää, miksi nämä terveydelle epäedulliset tavat seuraavat nimenomaan jo epäedullisessa asemassa olevia yksilöitä?

Marmotin (2016) mukaan kyse on ensinnäkin siitä, että sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus on epävoimaannuttavaa (disempowering), sillä köyhyydessä elävät ihmiset eivät pysty samalla tavalla olemaan kontrollissa omasta elämästään. Yksi syiden syistä liittyy koulutukseen, joka sen sijaan voi tarjota mahdollisuuden voimaantumiseen. Korkean tulotason maissa koulutustason mukaiset terveys- ja kuolleisuuserot ovat huomattavia. Toisaalta kyse ei ole pelkästään absoluuttisesta köyhyydestä tai kouluttamattomuudesta, sillä taloudellisista syistä johtuvia terveyseroja on myös suhteellisen rikkaissa maissa. Hyvinvointi liittyy myös relationaaliseen epäedullisuuteen, jossa verrataan itseä muihin saman yhteisön jäseniin. (Mt.)

2.2 Terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytymistä on alettu pitämään kasvavissa määrin tärkeänä terveys- ja kuolleisuuseroihin vaikuttavana määrittäjänä (Laaksonen, 2002, s.13). Elintapojen merkitys terveyseroihin esitettiin 1980-luvulla Black Reportissa, joka osoitti korkeankin tulotason maiden sosioekonomiset terveyserot suuriksi. Black Report jaotteli terveyserojen syyselitykset neljään: artefaktiselitys, valikoituminen, materiaaliset selitykset sekä kulttuuriin ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät. Sittemmin artefaktiselitys, joka näkee terveyserojen liittyvän tutkimuksessa esiintyviin mittausvirheisiin, on jäänyt pois ja valikoituminenkin on viime aikoina todettu jossain määrin ongelmalliseksi. Käyttäytymiseen ja materiaaliin tekijöihin liittyvät terveyserojen syyselitykset ovat sen sijaan vieläkin voimissaan. (Maunu ym. 2016.)

Terveyskäyttäytyminen on yksinkertaisesti selitettynä käyttäytymistä, joka vaikuttaa terveyteen. Terveyskäyttäytymisestä käytetään myös usein käsitettä elintavat, jotka voidaan luokitella terveyttä kuluttaviin tai terveyttä edistäviin. Terveyttä edistävinä elintapoina näyttäytyvät luonnollisesti terveellinen ruokavalio sekä liikunta ja kuluttaviin terveyteen haitallisesti vaikuttavat tavat, kuten tupakointi ja alkoholinkäyttö. (Koivusilta, 2011, s. 128.) Huonoilla elintavoilla on taipumus kasaantua alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä ja niiden syntymiseen liittyy monia sosiaalisia, taloudellisia ja kulttuurisia vaikutuksia. Terveydelle haitalliset elämäntavat ovat merkittävässä osassa tuottamassa sosioekonomisia terveyseroja. (THL, 2019b.)

Terveyteen liittyvää käyttäytymistä ja sitä, miksi ihmiset eivät muuta haitallisia elämäntapojaan, voidaan tutkia esimerkiksi kulttuuristen merkitysten näkökulmasta. Ihmisen toimintaa tarkasteltaessa pohditaankin usein sitä, kuinka suuressa osassa ihmisten toimintaa ovat yksilön omat valinnat ja kuinka paljon yhteiskunnan rakenteet, kuten sosiaaliset hierarkiat, kulttuuri, taloudelliset

resurssit sekä niiden epätasainen jakautuminen. (Katainen & Maunu, 2017, s. 152.) Yksilön sosioekonomiseen asemaan liittyy aineellisten olojen lisäksi myös erilaisia terveystutkimuksia. Kulttuurin lähtökohdaksi on ollut väljästi hahmoteltu oletus siitä, että samassa sosioekonomisessa ryhmässä olevat yksilöt jakavat samankaltaisia terveyttä koskevia arvoja, asenteita ja normeja, jotka näyttäytyvät ihmisten samankaltaisina elintapoina. (Koivusilta, 2011, s. 125.)

Kulttuurisessa terveystutkimuksessa lähdetään kuitenkin usein siitä lähtökohdasta, että terveys ei ole ainoa ihmisten käyttäytymistä ohjaava tekijä, vaan käyttäytymiseen vaikuttaa muutkin arvot ja käsitykset. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että vaikka terveystutkimuksen ja median tuottaman informaation vuoksi ymmärrys esimerkiksi alkoholin haittavaikutuksista on hyvin tiedettyä, eivät ihmiset silti ole valmiita muuttamaan käyttäytymistään. (Katainen & Maunu, 2017, s. 144.)

Terveyteen liittyvät elintavat ovat yhteydessä elinoloihin, resursseihin sekä toimintamahdollisuuksiin, sillä ihmiset tekevät valintoja olosuhteissa, joita he eivät itse ole valinneet. Esimerkiksi terveellinen ruokavalio vaatii materiaalisia resursseja ruoka-ainesten hankkimista varten ja alkoholin juomista voi olla hankalaa lopettaa, jos ainoat sosiaalisesti merkitykselliset suhteet löytyvät lähimiljöistä. Yksilölle ja ryhmälle on tärkeää ja oleellista muodostaa suhteita edistäviä rituaaleja ja yhteistyötä. Joskus epäterveelliset elämäntavat, kuten alkoholin nauttiminen on keino tuottaa solidaarisuutta, mikä tekee siitä terveyden irrationaalisuudesta huolimatta ihmiselle sosiaalisesti rationaalisen valinnan. (Katainen & Maunu, 2017, s.150 – 152.)

2.3 Elämäntyyli ja tavat

Elämäntyylin voidaan käsittää kulminoituvan ”toimintatapojen ja orientaatioiden rutinoituneeksi kokonaisuudeksi”, joka samalla ilmaisee jaettuun suhtautumis- ja käyttäytymistapojen yhteisessä toimintaympäristössä (Frohlich, Corin & Potvin; ref. Maunu ym. 2016). Terveystutkimukseen siis vaikuttavat rutiinit sekä yleisesti jaetut suhtautumistavat, eli asenteet tai erilaiset käyttäytymiskulttuurit.

Kataisen ja Maunun (2017, s. 154–155) mukaan käyttäytymisen säännönmukaisuuksia ja sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja on yritetty selittää esimerkiksi Bourdieun habituksen teorian avulla. Teorian mukaan ihmisen käyttäytymistä ohjaa habitus, joka on sosialisatioprosessin kautta sisäistynyt toimintatapojen ja ajattelutapojen kokonaisuus (Bourdieu, 1984; ref. Maunu ym., 2016). Habitus suuntaa yksilön havainnointia, valintoja, luokitteluita ja arvostelmia erilaisissa tilanteissa. Habitus on eri sosioekonomisille ryhmille tyypillinen toiminta- sekä ajattelutapojen kokonaisuus, joka ylläpitää ja uusintaa sosioekonomisia elämäntyylieroja. (Mt.)

Sosialisaatio, kasvatus ja kasvuympäristö ovat keskeisinä rakennuspalikkoina habituksessa, minkä takia sen voi nähdä liittyvän sosiaaliseen luokka-asemaan, eli sosioekonomiseen asemaan (Katainen & Maunu, 2017, s. 154 – 155). Habituksen aiheuttamat käyttäytymistäipumukset ovat joustavia, mutta pitkäkestoisia, sillä koska se on sidoksissa sosiaaliseen taustaan, aiheuttaa se myös käsityksiä siitä, millainen toiminta on odotettavaa tai sallittua tietyn statuksen omaavalle ihmiselle. Tällainen käyttäytyminen voi seurata yksilöä sosiaalisesta noususta huolimatta. (Mt.)

Tietynlainen (terveys)käyttäytyminen on ainakin näennäisesti yksilön oma valinta. Voidaan kuitenkin nähdä, että vaikka yksilö tekeekin valintoja, vaikuttavat niihin ainakin osittain yhteiskunnalliset rakenteet. Käytäntöteoriat selittävät sitä, missä määrin yksilön toimintaa selittävät yksilölliset taipumukset ja missä määrin yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, kuten kulttuuri, taloudelliset resurssit sekä niiden jakautuminen. Ne painottavat toiminnan ja käyttäytymisen rutiininomaista luonnetta, jossa tärkeää on tavanomaisuus, jatkuvuus sekä toistuvuus. (Katainen & Maunu, 2017, s. 151–154.)

Yksilön toiminnan nähdään perustuvan jo omaksuttuihin tapoihin, sen sijaan, että se ohjautuisi erilaisista motiiveista käsin. Käytäntöteoriat auttavat hahmottamaan sitä, kuinka yksilön toimintaa ohjaa jo useimmiten lapsuudesta opitut tavat ja elinolot. Vaikka yksilö ymmärtäisikin toimintansa, kuten alkoholinkäytön epäterveellisyyden ja haittavaikutukset, on opittua toimintamallia vaikea muuttaa. Opituilla käytännöillä ja tavoilla on taipumus säilyä, ja ne ohjaavat toimintaa usein silloinkin, kun olisi järkevää toimia toisin. (Katainen & Maunu, 2017, s. 151–154.)

Näiden teorioiden näkökulmasta voidaan siis ajatella, että sosioekonominen asema vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen ja myös alkoholinkäyttöön. Se vaikuttaa ihmisten keskuudessa vallitseviin suhtautumistapoihin, käyttäytymiskulttuureihin sekä rutiineihin ja tapoihin. Nämä tavat voivat olla jo lapsuudesta asti opittuja (Puusniekka & Jokela, 2009).

Toisesta näkökulmasta ajatellen tapojen voidaan nähdä myös siirtyvän sosioekonomiselta ryhmältä toiselle. Historiassa alemmat sosioekonomiset ryhmät ovat usein omaksuneet käyttäytymis- tai kulutusmalleja ylemmiltä sosioekonomisilta ryhmiltä. Näin on ollut esimerkiksi tupakan ja kahvin kohdalla. Ne olivat ensin ylemmän sosioekonomisen ryhmän muoti ja etuoikeus, sillä ne olivat kalliita ja niitä oli vaikeaa hankkia. Kaloripitoinen ruoka oli myös pitkään vaurauden merkki, sillä vähävaraiset joutuivat tyytymään siihen ravintoköyhään ruokaan, johon heillä oli varaa. (Koivusilta, 2011, s. 131–132.)

Innovaatioiden leviämisen mallilla voidaan selittää sitä, kuinka uudet ideat ja käytännöt leviävät yhteiskuntien sisällä sosioekonomisesta ryhmästä toiseen niin, että ne ovat ensin ylempien luokkien

etuoikeus, jonka jälkeen ne siirtyvät keskiluokan kautta alempien luokkien toiminnaksi (Koivusilta, 2011, s.131). Tässä vaiheessa ylemmät sosioekonomiset ryhmät ovat jo keksineet uusia kiinnostuksen kohteita. Uudet käyttäytymismallit ovat aluksi vain pienen ryhmän suosiossa, mutta esimerkiksi tiedotusvälineiden ja nykyään myös sosiaalisen median kautta tämä muoti leviää pian yhä laajemmalle ihmisten seuratussa mielipidevaikuttajia. Käyttäytymiserot eivät kuitenkaan ole niin muutosalttiita, kuin tämän mallin perusteella voisi ajatella, vaan sosioekonomiset käyttäytymismallit ovat usein jopa melko pysyviä. (Mts. 131.) Voidaan kuitenkin pohtia, onko tämä malli täysin rinnastettavissa alkoholinkäyttöön. Tupakoinnin voi nähdä olevan vahvemmin yhteydessä sosioekonomiseen asemaan (Ruokolainen & Mäki, 2015), mutta alkoholia käytetään kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä.

3 Menetelmät

Tutkielmani teoreettisena viitekehyksenä toimii sosioekonominen eriarvoisuus alkoholinkäytössä ja sen haittavaikutuksissa yhteiskunnallisena ongelmana. Kirjallisuushauissa pyrin löytämään tietoa sosioekonomisista eroista alkoholinkäytössä, alkoholihaitoissa sekä niiden vaikutuksesta sosioekonomisten ryhmien välisiin terveyseroihin. Käytin tutkielmassani kahta kirjaa sekä runsaasti aihetta käsitteleviä tutkimusartikkeleita. Lisäksi käytin raportteja sekä tilastoja, joita löysin suomalaisista alkoholinkäyttötavoista. Lähdin ensin hakemaan kirjallisuutta Google Scholarista sekä Helkan tietokannasta hakusanoilla ”alkoholi”, ”alkoholihaitat”, ”alkoholikuolleisuus”, ”sosiaaliluokka”, ”sosioekonomiset terveyserot” sekä ”sosioekonominen asema”. Päästessäni pidemmälle aloin myös löytämään käyttämieni artikkeleiden lähdeluetteloista omaa aihettani käsitteleviä tutkimuksia ja kokoomateoksia, joiden avulla päädyin tekemään lisää kirjallisuushakuja. Hain myöhemmässä vaiheessa kirjallisuutta esimerkiksi sanoilla ”alcohol harm paradox”, ”alkoholinkäytön periytyvyys” sekä ”huono-osaisuuden kasautuminen”.

Sosioekonomisia eroja alkoholinkulutuksessa tarkastellessani käytän aineistona Näin Suomi Juosteosta (Mäkelä, Härkönen, Lintonen, Tigerstedt, & Warpenius, 2018). Teos on terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kustantama kirja, joka pyrkii Juomatapatutkimuksen (2008) sekä muiden tutkimusten tuottaman tiedon avulla saamaan mahdollisimman laajan käsityksen suomalaisten alkoholinkäytöstä. Selvityksestä käytän erityisesti Mäkelän (2018) lukua ”Miten työikäisten yhteiskunnallinen asema on yhteydessä alkoholinkäyttöön?”, joka käsittelee vuonna 2016 kerättyjä tilastoja sosioekonomisten ryhmien alkoholinkäytön eroista. Lisäksi koulutustaustaan perustuvia alkoholinkäytön eroja sekä tuloryhmiin liittyvää alkoholikuolleisuutta tarkastellessani käytän THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin aineistoa, jotka on kerätty vuosina 2009-2019.

4 Sosioekonominen asema ja alkoholinkäyttö

4.1 Alkoholinkäytön sosioekonomiset erot

Vaikka sosioekonomista asemaa voidaan ymmärtää monella eri tavalla, on tutkimusta tehdessä usein valittava tapa, jota on mahdollista mitata. THL:n tuottamissa tilastoissa sosioekonominen asema on usein operationalisoitu tulojen, koulutuksen tai ammattiaseman perusteella.

Tarkasteltaessa alkoholin kulutusta sekä siitä aiheutuvia haittoja, tulot ovat erilainen mittari verrattuna esimerkiksi koulutukseen tai ammattiasemaan. Korkeampia tuloja saavilla ihmisillä on paremmat kulutusmahdollisuudet, myös alkoholin suhteen. Toisaalta alkoholiongelman seurauksena tulot saattavat pienentyä, mikäli siitä seuraa esimerkiksi työkyvyttömyyttä. Koulutuksen ja ammattiaseman suhteen ei ole tätä ongelmaa, sillä ne eivät muutu alkoholiongelman myötä. (Mäkelä, 2018.) Tuloryhmittäisiä tietoja alkoholinkäytöstä on lisäksi melko niukalti (Mäkelä ym., 2017).

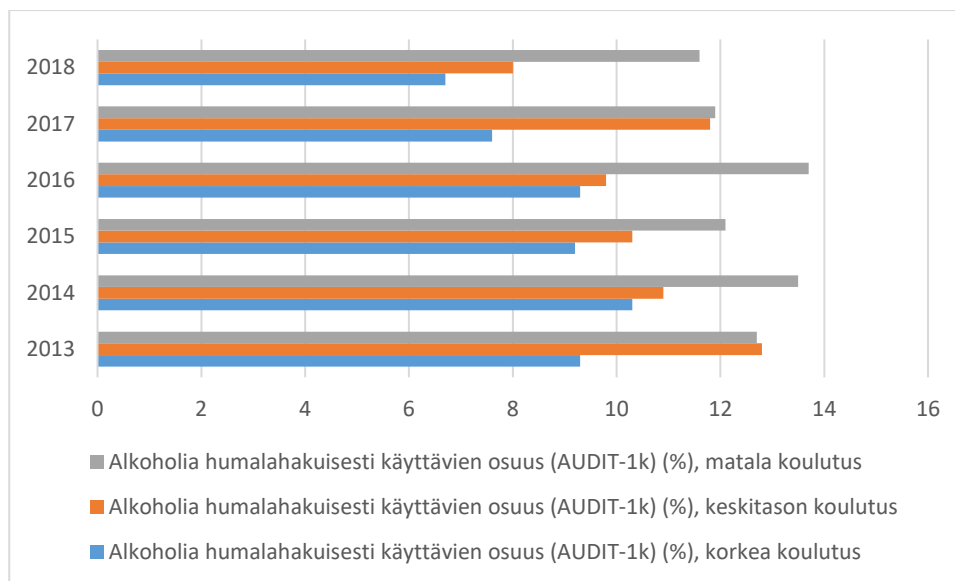
Kokonaiskulutuksesta eri sosioekonomisten ryhmien välillä tiedetään sen verran, että erot niin tuloryhmien kuin koulutusryhmien välillä ovat selviä, mutta eivät erityisen suuria. Esimerkiksi Juomatapatutkimus 2008:n mukaan ero ylimmän ja alimman koulutusryhmän kokonaiskulutuksessa oli 20 prosenttia ja ylimmän ja alimman tuloryhmän ero oli 35 prosenttia. (Mäkelä ym., 2017.)

Kun alkoholia tarkastellaan ammattiaseman kautta, ylemmät toimihenkilöt ja työntekijät muodostavat usein kaksi ääripäätä. Vuonna 2016 toteutetussa Näin Suomi juo- tutkimuksessa suurin sosioekonomisten ryhmien välinen ero alkoholikulutuksessa oli käyttökertojen määrässä. Kaikkein useimmiten alkoholia käyttivät ylemmät toimihenkilöt. Alkoholin käyttökertoja per vuosi oli ylempillä työntekijöillä 65, alemmilla toimihenkilöillä 52 ja työntekijöillä 42. Eniten täysin raittiita oli työntekijöiden keskuudessa. (Mäkelä, 2018.)

Kohtuukäyttäjiä oli sen sijaan suurin piirtein yhtä paljon kaikissa ammattiryhmissä. Erot olivat pieniä myös itsensä usein humalaan juovien keskuudessa. Itsensä harvoin humalaan juovia oli eniten ylempissä toimihenkilöissä ja vähiten työntekijöissä (42 prosenttia vs. 27 prosenttia). Työntekijöissä oli myös jonkin verran enemmän suurkuluttajia (8 prosenttia) kuin ylempillä ja alemmilla toimihenkilöillä (4 prosenttia). Keskikulutus oli ylempiin toimihenkilöihin verrattuna työntekijöillä noin 10-20 prosenttia suurempaa, riippuen siitä, mistä alkoholijuomasta oli kyse. Työntekijät käyttivät enemmän olutta, siideriä, long drinkkejä sekä väkeviä, mutta ylemmät toimihenkilöt käyttivät enemmän viiniä. (Mäkelä, 2018.)

Alkoholin kulutusta on toisaalta mielekästä tarkastella nimenomaan koulutuksen kautta, sillä se ei muutu, kuten tulot tai ammattiasema saattavat muuttua erilaisten elämänvaiheiden myötä. Kun sosioekonomista asemaa tarkasteltiin ammattiaseman kautta, oli humalajuominen yleisempää alimman sosioekonomisen ryhmän, eli työntekijöiden keskuudessa (Mäkelä, 2018.) Samanlaista osviittaa antaa myös THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin (tästä eteenpäin vain Sotkanet) data koulutusryhmien kulutustottumuksista (kuvio 1). Matalimmin koulutetut henkilöt juovat itsensä humalaan useammin, kuin keski- tai korkeakoulutetut henkilöt, mutta erityisesti eroa on matalan ja korkean koulutustason välillä. Sekä ammatti- että koulutusryhmistä saatavilla oleva tilastotieto siis tukee aiempia tutkimustuloksia siitä, että vaikka ylempät sosioekonomiset ryhmät käyttävät alkoholia useammin, on alempien ryhmien liika- ja humalakulutus suurempaa (THL, 2019a). Aiemmat tutkimukset ovat myös osoittaneet, että mitä äärimmäisemmästä alkoholinkäytöstä on kyse, sitä suurempia erot yleensä ovat (Mäkelä ym. 2017).

Kuvio 1. Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus koulutuksen mukaan.



Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2019

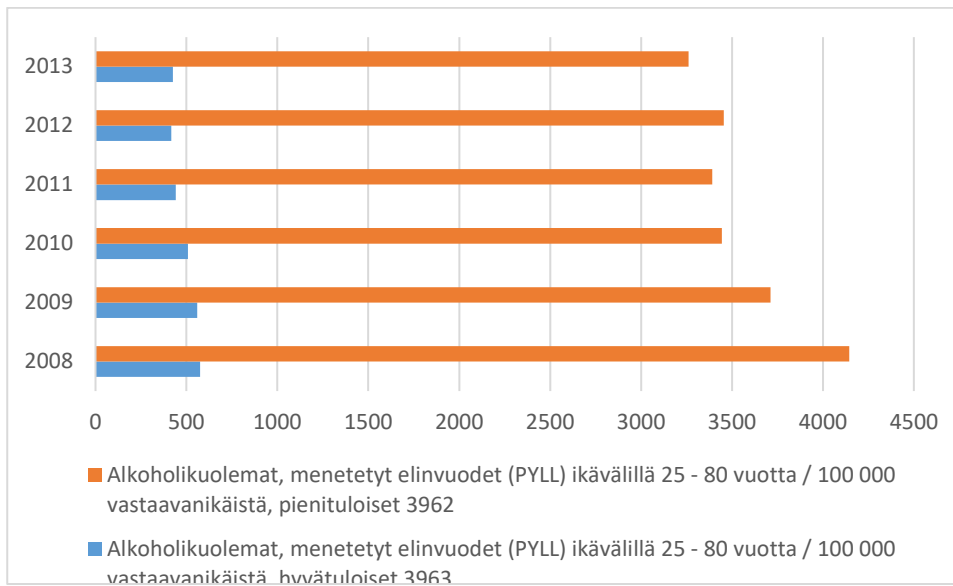
4.2 Alkoholihaitat

Alkoholia käytetään, koska siitä on monenlaista iloa ja sen koetaan kuuluvan erilaisiin sosiaalisiin tilaisuuksiin ja tilanteisiin. Ilojen lisäksi alkoholinkäytöstä aiheutuu kuitenkin myös monenlaisia haittoja. Haittavaikutukset voivat olla kertakäyttöön liittyviä akuutteja haittoja, kuten tapaturmia tai pitkäaikaiseen käyttöön liittyviä kroonisia haittoja, kuten alkoholiriippuvuus ja erilaiset sisäelinsairaudet. Terveyshaittojen lisäksi käytöstä voi seurata myös monenlaisia sosiaalisia ongelmia, kuten riitoja, taloudellisia vaikeuksia tai ongelmia työelämässä. (Karlsson ym., 2013.) Tässä tutkielmassa keskityn kuitenkin tarkastelemaan sosioekonomisia eroja erityisesti äärimäisessä haitassa: alkoholikuolleisuudessa.

Tuloryhmien väliset erot alkoholikuolleisuudessa ovat suuria Suomessa sekä miesten, että naisten välillä. Miehillä vajaa kolmasosa ja naisilla noin viidesosa tuloryhmien kokonaiskuolleisuuden eroista johtuu alkoholisyistä. Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että myös koulutus- ja ammattiryhmien välillä on suuret erot alkoholikuolleisuudessa. Suomessa alkoholikuolleisuus on viime vuosikymmeninä lisääntynyt nimenomaan vähiten koulutetuilla. Tuloerojen väliset erot ovat kuitenkin merkittävämpiä kuin koulutus- ja ammattiryhmien välillä. Alkoholiin liittyvien sairauksien erot vaikuttaisivat olevan vähintäänkin yhtä suuria, kuin erot kuolleisuudessa. (Mäkelä ym., 2017.)

Sotkanetin tilastoista (kuvio 2) voi nähdä, kuinka suuria kuolleisuuserot tuloryhmien välillä todellisuudessa ovat. Hyvätuloiset on tässä käsitetty kahdeksi ylimmäksi tuloviidenneksi ja pienituloiset alimmaksi tuloviidenneksi. Ero hyvätuloisuuden ja pienituloisuuden välillä on merkittävä. THL:n selvityksen mukaan vuoden 2007 jälkeen kokonaiskulutus on laskenut korotetun alkoholiverotuksen seurauksena noin 12 prosenttia, mistä johtuu kuviossakin nähtävissä oleva pieni erojen kaventuminen. Tiedetään myös, että 2000-luvun alusta vuoteen 2007 asti kokonaiskulutus nousi 19 prosenttia, jolloin erot suurenivat ja kuolleisuus lisääntyi erityisesti pienituloisilla. Alkoholin kokonaiskulutuksen vaihtelun seuraukset siis osuvat nimenomaan pienituloisiin. (Mäkelä ym., 2017.)

Kuvio 2. Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet ikävälillä 25-80 vuotta/100 000 vastaavan ikäistä. Erot pienituloisten ja hyvätuloisten välillä.



Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2019

On pohdittu monia syitä, joista erot voisivat johtua. Alkoholinkäyttöä tarkastellessa onkin hyvä ottaa huomioon, että kaikista erilaisten alkoholinkäyttötapojen eroista vain osa on olennaisia terveyserojen kannalta (Mäkelä, 2018). Alkoholinkäyttöä tarkastellessa olennaisia terveysriskien kannalta ovat erityisesti humalakulutus ja suuret kertakulutusmäärät (Mäkelä & Härkönen, 2017). Eri sosioekonomisissa ryhmissä alkoholia käytetään lähes yhtä paljon kokonaiskulutuksella mitattuna, mutta ylempät sosioekonomiset ryhmät juovat useammin ja alemmilla sosioekonomisilla ryhmillä humalakulutus on yleisempää. Toisaalta on epäselvää, vaikuttaako humalakulutus todella niin paljon, että se selittäisi eroja kuolleisuudessa. Esimerkiksi suuren osan alkoholikuolemista selittävien maksasairauksien ei voida sanoa yksiselitteisesti aiheutuvan nimenomaan humalakulutuksesta. (Mäkelä, 2018.) Maksaa voidaan itse asiassa nähdä kuluttavan pikemminkin jatkuva ja säännöllinen alkoholinkäyttö, kuin viikonloppuihin tai palkkapäiviin kohdistuva kertakulutus (Mäkelä, 2019).

Lisäksi on otettava huomioon, että terveyden ja tulojen suhde on ainakin jossain määrin kaksisuuntainen. Tulot vaikuttavat terveyteen, mutta terveys myös vaikuttaa tuloihin esimerkiksi työkyvyn kautta. Taloudellisen aseman yhteys terveyteen on vahvempi kuin terveyden yhteys tuloihin, mutta varsinkin vanhemmalla iällä terveyserot voivat vaikuttaa tuloihin. (Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna, 2017.)

Sosioekonomisen aseman voidaan siis nähdä vaikuttavan alkoholinkäyttöön jonkin verran, ja siten sen voidaan nähdä suurentavan sosioekonomisia terveyseroja. Kuitenkaan koska erot alkoholikuolleisuudessa eivät selity pelkästään kulutustottumuksilla, käsittelen seuraavassa luvussa sosioekonomisten terveyserojen taustamekanismeja, joilla haittojen eriarvoisuutta voitaisiin yrittää selittää.

5 Sosioekonomisten terveyserojen taustamekanismit

5.1 Alkoholihaittojen paradoksi

On siis huomattu, että alkoholinkulutuksen kokonaismäärä ei riitä selittämään alkoholin aiheuttamia sosioekonomisia eroja kuolleisuudessa. Erot alkoholinkäytön haitoissa vaikuttavat olevan huomattavasti suurempia kuin erot alkoholin kulutuksessa ja juomatavoissa. (Bellis ym., 2016.) Alemmissa sosiaalisissa ryhmissä alkoholin haittavaikutukset ovat paljon suurempia kuin korkeammassa sosiaalisissa ryhmissä, vaikka alkoholia kulutettaisiin jopa saman verran. Tätä on alettu kutsumaan alkoholihaittojen paradoksiksi. (Mt.)

Ilmiötä on yritetty selittää monilla eri tavoilla. Bellisin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa kävi ilmi, että erityisesti niukkuudessa elävillä yksilöillä (deprived individuals) alkoholinkäyttö korreloi vahvasti tupakoinnin, ylipainon sekä muiden epäterveellisten elämäntapojen, kuten huonon ruokavalion ja vähäisen liikunnan kanssa. Niukkuudella tarkoitettiin tutkimuksessa erityisesti taloudellista niukkuutta, jonka voi ymmärtää myös alhaisena sosioekonomisena asemana. (Mt.)

Moninkertaistuvat terveyshaitat saattavat johtua esimerkiksi siitä, että alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä syödään enemmän rasvaa ja suolaa sisältäviä ruokia sekä vähemmän hedelmiä ja kasviksia. Tämä saattaa alkoholin kanssa yhdessä vaikuttaa proteiinin ja vitamiinien imeytymiseen ja sitä kautta nostaa terveyshaittoja. Alhaisen sosioekonomisen aseman yhteys tupakointiin, saattaa lisäksi yhdessä alkoholinkäytön kanssa nostaa esimerkiksi joidenkin syöpien todennäköisyyttä. (Bellis ym., 2016; Probst, Roerecke, Behrendt & Rehm, 2014.)

Bellisin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa kävi myös ilmi, että niukkuudessa ja ei niukkuudessa elävillä ryhmillä oli eroja myös siinä, mitä alkoholijuomaa he suosivat. Niukkuudessa elävät yksilöt valitsivat useammin juomakseen kaljaa ja väkeviä, kun taas vähemmän juovat valitsivat useammin viiniä. Tämä kävi ilmi myös edellisessä luvussa käsitellyssä Näin Suomi Juotteksesta. Pohdittu onkin, voisiko erilaisten alkoholityypeillä olla erilainen terveysvaikutus kuin toisilla. Lisäksi niukkuudessa elävät kuuluivat useammin liikajuojiin ja joivat harvemmin, mutta enemmän kerralla kuin muut. (Bellis ym., 2016.) Suomalaisessa alkoholihaittoja koskevassa kirjallisuudessa alkoholityypin merkitys haittavaikutuksiin on usein kuitenkin kielletty, mutta

suurilla kulutusmäärillä sen sijaan voidaan nähdä olevan merkitystä terveyden kannalta (Karlsson ym., 2013).

Probst ja kumppanit (2014) ehdottavat, että alempien sosioekonomisten ryhmien huonompi pääsy perusterveydenhuoltoon saattaa vaikuttaa suurempien haittojen syntymiseen. Heidän mukaansa avun hakeminen alkoholiin liittyviin ongelmiin saattaa vaikeutua kulujen, kuljetuksen, saatavuuden sekä stigman kaltaisten seikkojen takia. Lisäksi on mietitty, voisiko kyseessä olla jonkinlaista vastauskadon ja mittausvirheiden ongelmaa, jossa liikajuojat joko tahallisesti vähättelevät juomistaan tai esimerkiksi usein tapahtuvan käytön seurauksena unohtavat kertoja, joina ovat käyttäneet alkoholia tai eivät muista tarkkaa määrää, jonka he ovat juoneet kerralla (Bellis ym., 2016).

Alkoholihaittojen paradoksiin voidaan siis tähän mennessä tehdyn tutkimuksen valossa nähdä vaikuttavan se, että monenlaiset huonot elämäntavat ja erilaiset terveyden ongelmat kasaantuvat alempiin sosioekonomisiin ryhmiin. Tämä moninkertaistaa alkoholista aiheutuvat haitat niille, joille muutenkin kasaantuu terveydelle haitallisia olosuhteita. (Bellis ym. 2016; Probst ym., 2014.)

Tutkielmani on tarkoitus tarkastella alkoholinkäytön ja siitä aiheutuvien haittojen eriarvoisuutta nimenomaan Suomen kontekstissa. Alkoholihaittojen paradoksi on ilmiönä havaittu myös Suomessa (Peña ym., 2017; Poikolainen, Paljajärvi & Mäkelä, 2007). Poikolaisen ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa käytettiin kasvokkaista haastattelua tutkittaessa alkoholinkäyttöä ja sen suhdetta haittoihin. Tämän voi nähdä vähentävän itsearvioinneista aiheutuvaa vastausvinaumaa, jota on kritisoitu alkoholihaittojen paradoksia koskeneessa tutkimuksessa (Bellis ym., 2016).

Mielenkiintoista heidän tutkimuksessaan on, että alkoholia eniten käyttävä kymmenys ihmisistä ei kärsinyt alkoholin aiheuttamista haitoista. Eniten haittoja löytyi heitä vähemmän käyttävien loppujen 90 prosentin joukosta. Huomionarvoista tutkimuksessa on myös se, että alkoholihaittoja huomattiin erityisesti silloin, kun alkoholia kulutettiin viisi annosta tai enemmän per tilaisuus. Tämä tukee edellisen luvun pohdintaa siitä, että alempien sosioekonomisten ryhmien haittavaikutuksia selittää osittain suuri kertakulutus ja humalanhakuinen juominen. (Poikolainen ym. 2007.)

Suomessa tehty tutkimus alkoholihaittojen paradoksista ja siitä, mikä voisi selittää alkoholinkäytön ja siitä aiheutuvien haittojen eriarvoisuutta on toistaiseksi vielä erittäin rajallista. Koin hedelmällisemmäksi tarkastella laajaa tutkimusta, jota on tehty myös muualla maailmassa ja soveltaa sitä Suomen kontekstiin. Olisi kuitenkin tärkeää, että vastaavanlaista tutkimusta tehtäisiin enemmän myös Suomessa, jotta syy-seuraussuhteita voitaisiin paremmin ymmärtää ja hyödyntää

esimerkiksi yhteiskuntapolitiikassa. Käsittelen seuraavaksi sosioekonomisten terveyserojen tutkintalinjoja, jotka ovat olleet 1980-luvulta eteenpäin vallalla.

5.2 Yksilö- ja olosuhdesyyt terveyserojen selityksissä

Nykyisin sosioekonomisten terveyserojen selitykset voidaan jakaa kahteen eri päätyyppiin, yksilöselityksiin ja olosuhdeselityksiin. Yksilöselitys näkee terveyserojen syntyvän ihmisten ominaisuuksien eroista, jotka ilmenevät valintoina ja näihin valintoihin vaikuttavina tietoina, taitoina ja asenteina. Lisäksi yksilöillä on huomattu olevan eroja resilienssissä, eli siinä, kuinka hyvin he kestävät terveyttä kuormittavia elintapoja tai elämäntilanteita. (Maunu ym. 2016.) Tämän näkökulman mukaan erot alkoholinkäytössä näyttäytyvät yksilöiden omina valintoina. He itse valitsevat alkoholin juomisen ja valintaan vaikuttavat heidän tietonsa, taitonsa ja asenteensa. Toisaalta vaihtelee myös yksilöittäin, kuinka suurina valinnoista seuraavat terveyshaitat ilmenevät.

Olosuhdeselitysten mukaan terveyserot liittyvät sellaisiin yksilöstä riippumattomiin tekijöihin, kuten yhteiskunnan rakenteisiin sekä elinolosuhteisiin. Lisäksi olosuhdeteoriat kiinnittävät huomiota materiaalsiin tekijöihin, kuten koulutukseen, ammattiasemaan, tuloihin, asuinoloihin, työoloihin sekä terveyspalveluiden saatavuuteen, jotka usein myös ketjuuntuvat. Matalan koulutuksen ammattiteissa on matalampi palkka, mihin liittyy huonommat asuinolot, raskaampi työnkuva, sekä vähäisemmät mahdollisuudet valita terveyspalveluja. Viime aikoina olosuhdeselityksiä on yhdistetty myös psykososiaalisiin tekijöihin, kuten krooniseen stressiin, minkä nähdään altistavan terveyttä heikentävälle käyttäytymiselle. (Maunu ym. 2016.)

Olosuhdeselityksiä on kritisoitu siitä, että ne eivät ota tarpeeksi huomioon ihmisten elettyä ja koettua todellisuutta tai käyttäytymiseen liittyvää vaihtelua siinä tilanteessa, että ihmiset ovat samoissa olosuhteissa (Maunu ym. 2016). Kuitenkin lukuisissa tutkimuksissa olosuhteiden vaikutuksen on todettu olevan todellinen ilmiö (ks. esim. Bellis ym., 2016; Marmot, 2016).

Yksilöselitystä voidaan sen sijaan kritisoida siitä, että se uusliberalistiseen sävyyn sysää kaiken taakan yksilölle itselleen. Jokainen on vastuussa itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan.

Uusliberalistisen näkemyksen mukaan ihanteellista on yksilön valintojen ja vapauden kautta tapahtuva hallinta, jossa yksilöitä puhutellaan rationaalisina, aktiivisina ja vastuullisina yksilöinä (Saarinen, Salmenniemi & Keränen, 2014). Kehityskulkua, jossa ihmiset ovat entistä enemmän kiinnostuneita omasta terveydestään ja heitä myös entistä enemmän vastuullistetaan huolehtimaan siitä, on alettu kutsua terveyden yksilöllistymiseksi (Katainen & Maunu, 2017, s.144).

Lisäksi terveystyöikäytyminen pelkästään yksilön valintana jättää ilmoille kysymyksen siitä, mistä haitallisten elämäntapojen ja sosiaalisen aseman korrelaatio johtuu (Maunu ym., 2016). Haitallisten

elämäntapojen ja sosioekonomisen aseman välillä on huomattu olevan yhteys (THL, 2019b). Kuitenkin alkoholinkulutusta koskevia tilastoja (luvut 4.1 ja 4.2) tarkastellessa kävi ilmi, etteivät erot kulutuksessa riitä selittämään alkoholihaittoja. Eroille ei täten näytä riittävän selitykseksi myöskään yksilöiden resilienssi, sillä erot ovat liian systemaattisia selittyäkseen yksittäisten ihmisten eroavaisuudella. Tämän kritiikin perusteella yksilöselitys jää hieman vajavaiseksi, kuten monet muutkin yksittäiset selitysmallit.

Olosuhde- ja yksilöselityksissä on kuitenkin molemmissa omat vahvuutensa. Nykyään näitä onkin pyritty paljon yhdistelemään ja pääsemään niiden välimaastoon siten, että olisi huomioitu niin yksilötoiminnan kuin olosuhteidenkin keskinäiset vaikutukset. Tällaisia väli- tai hybridimuotoja ovat esimerkiksi kulttuuriin, identiteettiin sekä elämäntyyliin ja habitukseen liittyvät selitykset (Maunu ym., 2016).

Useat terveyserojen syiden tutkijat ovatkin sitä mieltä, että erot johtuvat monista eri tekijöistä sekä niiden yhteisvaikutuksista. Yhteiskunnan rakenne ja sen eriarvoisuus vaikuttavat yksilön hyvinvointiin jo lapsuudesta alkaen, luomalla pohjan niin elinoloille kuin terveyskäyttäytymisellekin. (Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo, 2007, s.33.) Käsittelen seuraavaksi sitä, kuinka elämän alkuvaiheiden olosuhteet saattavat vaikuttaa niin hyvinvointiin, terveyskäyttäytymiseen kuin myös terveyteenkin.

5.3 Sosioekonomisen aseman ja huono-osaisuuden ylisukupolvisuus

Mahdollisuuksien tasa-arvolla tarkoitetaan Erolan (2009) mukaan lähes kaikkien modernien poliittisten liikkeiden hyväksymää tasa-arvoperiaatetta siitä, että lapsen perhetausta ei saisi määrittää hänen hyvinvointiaan. Sen mukaan vanhempien sosioekonominen asema, resurssit tai niiden tai puute ei saisi vaikuttaa siihen, minkälaista hyvinvointia heidän on aikuisuudessa mahdollista saavuttaa, sillä he eivät itse voi valita perhettä, johon syntyvät. Lasten tulevaisuuden tulisi riippua vain heidän omista kyvyistään ja motivaatioistaan. (Mt.)

Mahdollisuuksien tasa-arvo tavoittelee kaikille yhteneväisiä mahdollisuuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Kuitenkin niin koulutuksen, ammattiaseman, tulojen sekä terveyden on nähty periytyvän sukupolvelta toiselle Suomessa (Erola, 2009; Vauhkonen, Kallio & Erola, 2017). Tätä voidaan kutsua sosioekonomisen aseman periytyvyydeksi. Hyväosaisuuden ylisukupolvisuutta voidaan selittää taloudellisten, sosiaalisten sekä kulttuuristen resurssien periytymisenä (Erola, 2009). Hyvätuloisella perheellä voidaan nähdä olevan varaa ostaa terveellisempää ruokaa, kustantaa lastensa harrastukset ja heillä on mahdollisesti myös enemmän kulttuurista pääomaa, kuten erilaista tietoa ja taitoa, joita he voivat käyttää hyödykseen yhteiskunnassa (THL, 2019c).

Vauhkosen ja kumppaneiden (2014) mukaan sosiaalisella huono-osaisuudella tarkoitetaan moniulotteista hyvinvoinnin resurssien puuttumista. Sosioekonomisen aseman periytyminen näkyy esimerkiksi sosioekonomista asemaa mittaavien tekijöiden, kuten koulutuksen tai tulojen yhteneväsyydellä vanhempien ja lasten välillä, mutta sosiaalinen huono-osaisuus ottaa huomioon muidenkin asioiden vaikutuksen lasten hyvinvointiin tulevaisuudessa (mt.).

Sosioekonomisen aseman ylisukupolvisuuden on usein nähty kulkevan lapsen koulumenestyksen kautta, kun taas huono-osaisuuden ylisukupolvisuuden kulkevan koulutuksen epäonnistumisten kautta. Vanhempien köyhyydellä, toimeentulotukiasiakkuudella ja yleisellä taloudellisella huono-osaisuudella on kuitenkin huomattu olevan vielä vahvempi ylisukupolvinen seuraus, kuin matalalla koulutuksella. (Vauhkonen ym. 2014.) Marmotin (2016) sosiaalisen epäedullisuuden käsitteen voi nähdä tukevan hyvin Suomessa tehtyä tutkimusta huono-osaisuudesta. Myös hänen mukaansa vanhempien sosiaalisella asemalla on todella suuri merkitys siihen, kuinka lapsi tulee pärjäämään tulevaisuudessa elämässään.

Hyväosaisuutta siis selitetään hyvien resurssien periytymisenä. Sosiaalista huono-osaisuutta on sen sijaan selitetty näiden resurssien puuttumisen lisäksi myös erilaisilla käyttäytymismalleilla, arvoilla, asenteilla, heikolla itsetunnolla, matalilla tulevaisuuden tavoitteilla ja muilla vastaavilla mekanismeilla (Vauhkonen ym., 2014). Tämä selittääkin paremmin esimerkiksi sitä, minkä vuoksi sosiaalisen liikkuvuuden seurauksena terveys ei parane. Esimerkiksi avioliiton kautta tapahtuva resurssien paraneminen ja sosioekonomisen aseman nousu eivät juurikaan vaikuta positiivisesti terveyteen. (Erola, 2009.) Vanhat lapsuudessa opitut käyttäytymismallit ja arvot jäävät ohjamaan yksilöiden toimintaa aikuisuudessakin. Käsittelen seuraavaksi sitä, minkälaisilla mekanismeilla terveyskäyttäytyminen ja alkoholinkäyttö voivat periytyä vanhemmilta lapsille.

5.4 Alkoholin käyttötapojen ja terveyskäyttäytymisen periytyvyys

Osan esimerkiksi tuloerojen välisistä kuolleisuuseroista voidaan nähdä määräytyvän jo elämän alkuvaiheessa. Lapsuuden kasvuolosuhteiden on havaittu vaikuttavan terveyden kehittymiseen aikuiselle iälle asti esimerkiksi koulutuksen, tulojen ja ammatin kautta (Karvonen ym. 2017). Kuten terveydenkin myös terveyskäyttäytymisen voi nähdä olevan periytyvää. Eri sosioekonomiseen ryhmään kuuluvilla vanhemmilla on todella erilaisia resursseja. Esimerkiksi ylempään sosioekonomiseen ryhmään kuuluvat vanhemmat elävät keskimäärin kauemmin, heillä on terveemmät elintavat ja pysyvät pidempään toimintakykyisinä ja terveinä. Vanhemman sosioekonomisella asemalla on nähty olevan yhteys lapsen terveyskäyttäytymiseen. (Puusniekka &

Jokela, 2009.) Vanhemmilla on myös huomattu olevan riski siirtää juomismallinsa eteenpäin omille lapsilleen (Raitasalo & Holmila, 2014, s. 203).

Raitasalon ja Holmilan (2014, s 196–199) mukaan vanhemmilla ja kasvuolosuhteilla on vaikutusta siihen, minkälaiseksi nuoren alkoholinkäyttö kehittyy aikuisiällä. Tällaista periytyvyyttä on usein kutsuttu sosiaalisiksi perimäksi. Vanhempien rooli nuoren alkoholinkäyttöön vaikuttamisessa liittyy toisaalta ohjailuun ja kontrollointiin: vanhemmat voivat asettaa kotiintuloaikoja tai rajoittaa ja neuvoa nuorta hänen alkoholinkäytössään. Alkoholiasenteet ovatkin tiukentuneet tasaisesti vuosien myötä ja yhä harvempi vanhempi esimerkiksi ostaa lapsilleen alkoholia. Monet toisaalta uskovat 15-17-vuotiaiden lastensa kokeilleen alkoholia omista kielloistaan huolimatta. Toisaalta viime vuosina on ollut nähtävissä kehityskulkua, jossa nuoret juovat yhä vähemmän ja raittiuskkin on lisääntynyt. Voi olla, että alkoholia koskevien asenteiden ja kasvatuksen myötä myös nuorten asenteet muuttuvat. (Mt.)

Toisaalta alkoholinkäytön periytyvyyteen liittyy myös mallioppiminen. Lapsi alkaa ottaa mallia vanhemmistaan jo ensimmäisinä elinvuosinaan. Tätä ei välttämättä kuitenkaan tulla ajatelleeksi, sillä mallioppiminen on usein tiedostamatonta. Ristiriitaista onkin, että vaikka vanhempien asenteet ovat tiukkoja alkoholikasvatuksen suhteen, he saattavat silti itse käyttää runsaastikin alkoholia. Humaltumista lasten seurassa kuitenkin tuomitaan vahvasti. Vanhemmat eivät usein olekaan tietoisia siitä, kuinka paljon heidän näyttämänsä malli vaikuttaa tulevaisuudessa heidän lastensa alkoholinkäyttöön. (Raitasalo & Holmila, 2014, s. 199–204.)

Tämän voidaan ajatella näkyvän esimerkiksi vanhempien tavassa käyttää alkoholia lasten ollessa läsnä. THL:n vuonna 2016 toteuttaman Juomatapatutkimuksen mukaan 38 prosenttia suomalaisista koki lasten seurassa alkoholin juomisen olevan hyväksyttävää, kunhan joku seurueesta on selvä ja huolehtii lapsista (Härkönen ym., 2017). Alkoholinkäytön lasten seurassa on myös huomattu lisääntyvän, kun lapsi kasvaa vanhemmaksi (Raitasalo & Holmila, 2014, s. 201).

6 Pohdinta ja johtopäätökset

6.1 Tutkielman päätulokset

Tutkielmassani olen saanut selville, että sosioekonominen asema vaikuttaa ainakin jonkin verran alkoholinkäyttöön, varsinkin kun vertaillaan ääripäitä (ks. luku 4.1). Kokonaiskulutus on suurempaa alimmissa kuin ylimmissä koulutus- sekä tuloryhmissä. Suurempi eroavaisuus löytyy kuitenkin alkoholin käyttötavoista. Vaikka ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt käyttävät alkoholia useammin kuin alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat, he käyttävät sitä vähemmän kerralla. Alemmalle sosioekonomiselle ryhmälle on tyypillisempää humala- sekä

liikakäyttö ja erojen tiedetään kasvavan sen mukaan, mitä radikaalimmasta alkoholinkäytöstä on kyse.

Luvussa 2.2 esitin syitä sille, miksi ihmiset toimivat terveydelle haitallisesti, vaikka tietävät haittavaikutuksista. Terveyskäyttäytymistä tutkittaessa on nimittäin otettava huomioon se, että terveys ei ole ainoa ihmisten toimintaa motivoiva tai ohjaava tekijä. Elintapoihin saattaa vaikuttaa myös esimerkiksi eri sosioekonomisiin ryhmiin liittyvät käyttäytymiskulttuurit tai tavat.

Käyttäytymistä on yritetty selittää esimerkiksi habituksen käsitteen avulla (ks. luku 2.3). Habitus on sosialisatioprosessissa yksilölle sisäistynyt toimintatapojen kokonaisuus, joka vaikuttaa hänen päätöksentekoonsa. Se on myös läheisessä yhteydessä sosioekonomiseen asemaan, sillä habitukseen liittyvät ihmisten ja esimerkiksi vanhempien socialisaation aikana käytössä olevat resurssit sekä lapsen kasvuympäristö. Tästä puhuin myös kappaleessa 5.4, jossa pohdittiin mekanismeja, joiden kautta alkoholinkäyttötavat periytyvät vanhemmalta lapselle.

Luvussa 5.3. esitin, että myös sosioekonominen asema on periytyvää ja ylisukupolvista. Tätäkin voi selittää habituksen avulla. Habituksen aiheuttamat käyttäytymistäipumukset ovat joustavia, mutta myös pitkäkestoisia. Ne aiheuttavat ihmisille käsityksiä siitä, millainen käyttäytyminen on sopivaa tietyn statuksen tai sosioekonomisen aseman omaavalle ihmiselle sekä tuottavat tapoja, joista voi olla todella vaikea päästä eroon. Tämän vuoksi käyttäytyminen voi seurata yksilöä sosiaalisesta liikkuvuudesta huolimatta.

Erot alkoholinkäyttötavoissa eivät kuitenkaan olleet niin suuria, että ne riittäisivät kokonaan selittämään eroja alkoholin aiheuttamissa haitoissa, kuten alkoholikuolleisuudessa (ks. luku 4.2). Tämän vuoksi päädyinkin tarkastelemaan alkoholihaittojen paradoksia käsittelevien tutkimusten valossa sitä, mikä voisi selittää tätä kuilua käyttötapojen ja haittojen välissä. Luvussa 5.1 selvisikin, että muutkin huonot elintavat tuppaavat kasaantua alempiin sosioekonomisiin ryhmiin. Alkoholin liikakäyttäjien joukossa oli paljon myös tupakointia, ylipainoa, vähäistä urheilua ja huonoa ruokavaliota. Näiden yhdistyminen alkoholinkäyttöön siis aiheuttaa kerrannaisvaikutuksia, jotka yhdessä ovat erityisen huonoksi terveydelle.

Nämä huonot elintavat yhdistyvät luvussa 5.3 käsiteltyyn huono-osaisuuteen. Huono-osaisuus tai epäedullisuus ei ole vain köyhyyttä, vaan se ulottuu kaikille elämän osa-alueille. Se vaikuttaa kehitykseen, menestykseen, käyttäytymiseen ja niin henkiseen kuin fyysiseenkin terveyteen. Huono-osaisuuden ja alkoholinkäytön periytymiseen liittyy vahvasti myös se, että koulutuksen ja ammattiasemankin voidaan nähdä periytyvän. Kyseessä on siis erittäin monimutkainen, monisyinen ja syvälle juurtunut eriarvoisuutta aina uudelleentuottava yhteiskunnallinen ongelma.

6.2 Tutkielman rajoitteet

Tutkielmaa tehdessä vastaan tuli muutamia asioita, jotka saattavat vaikuttaa saamiini tuloksiin. Ensinnäkin ongelmallista oli se, että alkoholin käyttötavoista eri sosioekonomisen ryhmän perusteella ei löytynyt kovinkaan paljoa suomalaista tutkimustietoa, ei laadullista eikä tilastollista. Päädyin kuitenkin käyttämään tilastotietoa, sillä sitä löytyi huomattavasti paremmin.

Ristiriitaista on se, että vaikka monissa tutkimuksissa ja selvityksissä puhutaan tuloerojen välisistä kuolleisuuseroista, kovinkaan helposti ei löytynyt tietoa eri tuloryhmiin kuuluvien henkilöiden alkoholin kulutustottumuksista. Kulutustottumuksista ja käyttötavoista löytyi tietoa jonkin verran ammattiaseman perusteella ja melko niukasti koulutusasteen perusteella. Vaikuttaa siltä, että enemmän on tilastoitu esimerkiksi naisten ja miesten välisiä eroja sekä ikään ja asuinalueeseen perustuvia eroja kulutustottumuksissa.

Lisäksi alkoholikuolleisuuden eroista oli yllättävän vähän tilastotietoa perustuen sosioekonomiseen asemaan – onhan sen vaikutus kuitenkin todettu laajasti ympäri maailmaa. Kuolleisuuseroista Suomessa ei löydy juurikaan ainakaan julkista tietoa esimerkiksi koulutus- tai ammattiryhmän perusteella. Vaikeaa oli vertailla sitä, kuinka suuri ero on esimerkiksi koulutusryhmien välisellä alkoholikuolleisuudella verrattuna koulutusryhmien käyttötapoihin, kun tietoa löytyi vain toisesta. Päädyinkin lopulta käyttämään tuloihin perustuvaa luokittelua käsitellessäni alkoholikuolleisuutta, sillä se oli ainut, jonka sain käsiini. Lisäksi tilastojen vertailtavuutta heikentää se, että ne oli kerätty eri vuosina. Halusin käyttää tuoreinta olemassa olevaa tilastotietoa, mutta kaikissa aineistoissa uusin aineisto ei ollut kovin uutta. Esimerkiksi koulutusryhmien humalajuomisesta oli tilastotietoa jopa vuodelta 2018, kun taas alkoholikuolleisuuden tilastoissa uusin saatavilla, oleva aineisto oli vuodelta 2013.

Muita rajoitteita saattaa olla esimerkiksi se, että käyttötapoja koskevissa tilastoissa käytetään usein itsearviointeja. Ihmiset ovat inhimillisiä ja saattavat esimerkiksi unohtaa joitain kertoja, kun he ovat käyttäneet alkoholia tai eivät muista, kuinka paljon ovat todellisuudessa kerralla juoneet. Toisaalta on mahdollista myös, että vastauksia tarkoituksella sensuroidaan esimerkiksi häpeän vuoksi. Ihmisillä saattaa tulla paine vastata kyselyihin sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Tämänkaltaiset itsearviointeja koskevat rajoitukset saattavat vääristää jonkin verran todellisuutta. Monissa kyselytutkimuksissa myös vastaajakato on ollut erityisen suurta, mikä vaikuttaa tutkimuksen kattavuuteen ja siihen, onko tutkimus täysin yleistettävissä koko väestöön vai valikoituuko esimerkiksi tietynlaiset ihmiset vastaamaan. Esimerkiksi Sotkanetin tilastoissa vastausprosentti vaihteli 33:n ja 72:n prosentin välillä.

6.3 Johtopäätökset

Olen tässä katsauksessa tarkastellut sitä, vaikuttaako sosioekonominen asema yhteen terveyskäyttäytymisen muotoon, alkoholinkäyttöön. Lisäksi olen pohtinut, voidaanko terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välillä selittää alkoholinkäytön eroilla. Tutkimusprosessini alussa minulla oli oletus siitä, että sosioekonomisella asemalla olisi vaikutus alkoholin kulutukseen. Oletin nimenomaan, että sosioekonomisten ryhmien suuret erot alkoholin kulutuksessa aiheuttaisivat terveyseroja.

Tutkimusprosessini edetessä huomasin kuitenkin, ettei asia olekaan aivan niin mustavalkoinen. Vertaillessani alkoholin kulutustottumuksia huomasin, ettei kokonaiskulutusmäärissä oikeastaan olekaan kovin suurta eroa. Käyttötavoissa oli sen sijaan jonkin verran enemmän eroavaisuuksia. Ylin sosioekonominen ryhmä käytti alkoholia itseasiassa useimmiten, kun taas kohtuukäyttäjiä oli suurin piirtein saman verran ja alimmassa sosioekonomisessa ryhmässä oli eniten täysin raittiita. Humala- ja liikakäyttö oli sen sijaan yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä ja erojen tiedetään kasvavan sen mukaan, mitä äärimmäisemmästä alkoholikulutuksesta on kyse. Kuitenkaan alkoholinkäyttötapojen eroavaisuudet eivät olleet niin radikaaleja, että ne selittäisivät valtavan suuria eroja sosioekonomisten ryhmien alkoholikuolleisuudessa.

Alkoholin haittavaikutuksissa esiintyy paradoksi: vaikka eri sosioekonomiset ryhmät käyttäisivät saman verran alkoholia, ovat haittavaikutukset fataalimmat alemman sosioekonomisen ryhmän edustajalle. Alkoholihaittojen paradoksia käsittelevät tutkimukset ovat tuoneet meitä ainakin vähän lähemmäksi totuutta siitä, mikä vaikuttaa alempien sosioekonomisten ryhmien systemaattisesti huonoon terveyteen ja alkoholikuolleisuuteen. Erot alkoholinkäyttötavoissa vaikuttavat sosioekonomisiin terveyseroihin jonkin verran, mutta eivät riitä selittämään niitä kokonaan. Kyse on myös ainakin kerrannaisvaikutuksista, eli siitä, että monet eri huonot elintavat, elinolosuhteet sekä muu huono-osaisuus kasautuvat yhteiskunnan heikoimmassa asemassa oleville. Tämä huono-osaisuus periytyy sukupolvelta toiselle ja näin ylläpitää huono-osaisuuden ylisukupolvista ketjua.

Jotta näitä ylisukupolvisuuden ketjuja olisi tulevaisuudessa mahdollista katkaista, tarvittaisiinkin lisää tutkimustietoa siitä, millä mekanismeilla huono-osaisuus, terveys ja terveyskäyttäytyminen periytyvät sukupolvelta toiselle. Lisäksi tarvitaan lisää tietoa siitä, mitkä tekijät aiheuttavat terveellisiä tai epäterveellisiä elintapoja eri sosioekonomisissa ryhmissä. Tässä tutkielmassa tarkasteltujen tilastojen avulla on ollut mahdollista todistaa aiheen vakavuus ja tarve yhteiskuntapoliittisille toimille, mutta laadullinen tutkimus voisi päästä lähemmäs niitä mekanismeja, joihin voitaisiin konkreettisesti yrittää vaikuttaa. Terveyserojen tutkimuksen tavoitteena ei voi nimittäin olla pelkästään ilmiön selittäminen, ymmärtäminen ja kuvailu, vaan

päämääränä tulisi myös olla näiden erojen kaventaminen ja sitä varten konkreettisten keinojen etsiminen.

Terveyden tasa-arvon näkökulmasta alkoholikuolleisuuden vähentäminen on tärkeää, minkä vuoksi se tulisi ottaa huomioon alkoholipolitiikassa päätöksiä tehdessä. Esimerkiksi THL:n selvityksessä (Mäkelä ym., 2017) kävi ilmi, että alkoholiveron laskeminen sekä nostaminen on ollut yhteydessä sosioekonomisten ryhmien alkoholikuolleisuuden eroihin. Esimerkiksi alkoholin kokonaiskulutuksen nousu vuosien 2000 ja 2007 välillä aiheutti alkoholikuolleisuuden kasvua nimenomaan pienituloisilla ja kokonaiskulutuksen lasku vuodesta 2007 eteenpäin sen sijaan laski tätä pienituloisten alkoholikuolleisuutta. Verotuksen muutoksesta aiheutuneet seuraukset osuivat siis nimenomaan yhteiskunnan heikoimmassa asemassa oleviin. Tämän perusteella yksi konkreettinen keino alkoholikuolleisuuden eriarvoisuuden vähentämiseksi voisi olla alkoholiveron nostaminen.

Marmot (2016) näkee toivoa sosiaalisten gradienttien aiheuttamissa terveyseroissa, sillä hän uskoo niiden olevan kavennettavissa kohdistamalla niihin poliittisia toimia. Köyhyudessa eläminen voi johtaa huonoihin elintapoihin, kuten alkoholinkäyttöön, tupakointiin sekä huonoon ruokavalioon. Tämän vuoksi poliittisia toimia tulisi kohdistaa köyhyden vähentämiseen yhteiskunnissa. Koulutuksella sen sijaan on voimaannuttava vaikutus: se avaa mahdollisuudet työelämään, itsenäisyyteen sekä parempaan terveyteen. Tutkimuksista kävi ilmi, että koulutus- ja ammattiryhmien välillä on suuria eroja alkoholikuolleisuudessa, mutta ne eivät ole yhtä merkittäviä, kuin tuloryhmien välillä. Tämän takia olisikin tärkeää tutkia enemmän myös tuloryhmien välisiä eroja käyttötavoissa ja siitä, millä mekanismeilla koulutus vaikuttaa alkoholinkäyttöön.

Toisaalta koska kyse ei ole pelkästään absoluuttisesta köyhydestä tai kouluttamattomuudesta, vaan myös relationaalisesta epäedullisuudesta, tulisi tarkastella sitä, mikä yhteiskunnan kerrostumisessa aiheuttaa hyvinvointieroja ja kuinka niitä voisi kaventaa. Tuloeroja tulisi pyrkiä kaventamaan niissäkin korkean tulotason hyvinvointivaltioissa, joissa absoluuttinen köyhyys ei ole välttämättä ongelma.

Alkoholi- ja yhteiskuntapolitiikkaa tehdessä tulee kuitenkin ottaa huomioon myös toimien tarkoittamattomat seuraukset. Jos toimia kohdistetaan koko väestöön, saattaa joissain tapauksissa hyvät vaikutukset kohdistua jo valmiiksi hyväosaisiin, jolloin erot todellisuudessa kasvavat entisestään. Tulisikin löytää sellaisia yhteiskuntapolitiikan ja terveyskäyttäytymisen edistämisen keinoja, jotka auttaisivat vähentämään alempien sosioekonomisten ryhmien alkoholikuolleisuutta ja näin pienentämään alkoholinkäytön sosioekonomista eriarvoisuutta.

7 Lähteet

- Bellis, M. A., Hughes, K., Nicholls, J., Sheron, N., Gilmore, I., & Jones, L. (2016). The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC public health*, *16* (111), 1-10.
- Bourdieu, P. (1986). *Distinction: Towards a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge. Ref. Maunu ym., (2016).
- Erola, J. (2009). Sosiaalisen aseman periytyvyys ja terveys–tulokset, teorit ja tulevaisuus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, *46*(1), 3-13.
- Frohlich K L, Corin E, Potvin L. (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociol Health Illn*, *23*, 776–797. Ref. Maunu ym. (2016).
- Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of behavioral medicine*, *30* (3), 263-85.
- Härkönen, J., Savonen, J., Virtala, E., & Mäkelä, P. (2017). *Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968-2016: Juomatapatutkimusten tuloksia*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Katainen, A. H., & Maunu, A. O. (2017). Muutakin kuin tietoa: terveystietämisen sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet. Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L., & Mäki-Opas, T. (toim.), *Terveys sosiologian linjoja* (143-157). Helsinki: Gaudeamus.
- Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C., & Warpenius, K. (2013). *Alkoholi Suomessa-Kulutus, haitat ja politiikkatoimet*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L., & Junna, L. (2017). *Tulotason mukaiset terveiserot ovat edelleen suuria*. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koivusilta, L. T. (2011). Terveystietämisen. Teoksessa Laaksonen M & Silventoinen K.(toim.) *Sosiaaliepideologia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Laaksonen, M. (2002). *Interrelationships among daily health behaviours: towards health-related lifestyle*. Publications of the National Public Health Institute 6/2002, Helsinki: Kansanterveyslaitos
- Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T., & Palosuo, H. (2007). Sosioekonomisten terveiseröjen syyt ja selitysmallit. Teoksessa: *Terveyden eriarvoisuus Suomessa* (25-41). Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2011). Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen, & K. Silventoinen (toim.). *Sosiaaliepideemiologia: väestön terveyserot ja niihin vaikuttavat sosiaaliset tekijät* (41-59). Helsinki: Gaudeamus.
- Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2017). Sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas. *Terveys sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus, 19-39.
- Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Bopp, M., Borrell, C., Deboosere, P., Kovács, K., ... & Menvielle, G. (2015). Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers. *PLoS medicine*, *12*(12), 1-31.
- Marmot, M. (2015). The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*, *386*(10011), 2442-2444.
- Maunu, A., Katainen, A., Perälä, R., Ojajarvi, A. (2016). Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, *53*, 189-201.
- Maunu, A. (2014). Päihteet, tunteet ja sosiaalisuus: näkyvän päihteidenkäytön näkymättömät syyt. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, *20* (2), 194-206.
- Mäkelä, P. (24.1.2019), *Duodecim*. Haettu osoitteesta:
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120
- Mäkelä, P., & Härkönen, J. (2017). Suomalaisten alkoholinkulutus on vähentynyt–keiden ja millainen kulutus? *Yhteiskuntapolitiikka*, *82* (5), 513-526.
- Mäkelä, P., Martikainen, P., Peltonen, M. *Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä*. Tutkimuksesta tiiviisti 4, maaliskuu 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Mäkelä, P. (2018). Miten työikäisten yhteiskunnallinen asema on yhteydessä alkoholinkäyttöön? Teoksessa: Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C., & Warpenius, K. *Näin Suomi juo: suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Peña, S., Mäkelä, P., Valdivia, G., Helakorpi, S., Markkula, N., Margozzini, P., & Koskinen, S. (2017). Socioeconomic inequalities in alcohol consumption in Chile and Finland. *Drug and alcohol dependence*, *173*, 24-30.

- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., & Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 43(4), 1314-1327.
- Poikolainen, K., Paljärvi, T., & Mäkelä, P. (2007). Alcohol and the preventive paradox: serious harms and drinking patterns. *Addiction*, 102(4), 571-578.
- Puusniekka, R., & Jokela, J. (2009). Riski päihteiden käyttöön suurempi ammattiin opiskelevilla kuin lukiolaisilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (2), 174-184.
- Raitasalo, K. & Holmila, M. (2014). Alkoholin käyttötapojen periytyminen ja vanhempien kasvatuskäytännöt. Teoksessa: Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi* 2014, 196–206. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ruokolainen, O., & Mäki, N. (2015). Koulutuksellinen asema ja päihteiden käyttö nuorilla: erot ammatillisessa oppilaitoksessa ja lukiossa opiskelevilla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 52(1), 47-59.
- Saarinen, A., Salmenniemi, S., & Keränen, H. (2014). Hyvinvointivaltiota hyvinvoivaan valtioon. Hyvinvointi ja kansalaisuus suomalaisessa poliittisessä diskurssissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (6), 605-618.
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Peltonen, R., & Remes, H. (2017). Sosiaaliryhmien elinajanodoteerojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen lääkirilehti*, 72 (9), 588-593.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (11.1.2019a). *Alkoholi*. Haettu osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat/alkoholi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (22.5.2019b). *Elintavat*. Haettu osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (4.9.2019c). *Eriarvoisuus*. Haettu osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (17.12.2018). *Terveys*. Haettu osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys>
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Alkoholia humalanhakuisesti käyttävien (AUDIT-1k) (%) osuus koulutustason mukaan 2013-2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.11.2019.

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=szY0NY83tNY1AgA=®ion=s07MBAA=&year=sy6rtDbV0zUEAA==&gender=t>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25 - 80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä tulojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.11.2019.

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s46KsNY1BAA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rsTbV0zUEAA==&gender=t>

Tilastokeskus (2018), *Sosioekonominen asema*. Haettu osoitteesta:

https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/sosioekon_asema.html

Vauhkonen, T., Kallio, J., & Erola, J. (2017). Sosiaalisen huono-osaisuuden ylisukupolvisuus Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (5), 501-515.

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization.