

Tunnetuin esitys mahdollisista mekanismeista, joilla sosiaaliset rakenteet vaikuttavat ihmisten terveyteen lienee 1980-luvun alussa julkaistu brittiläinen *The Black Report* (Townsend ja Davidson 1982). Siinä terveyserojen selitysmalleja esiteltiin neljä. Artefaktaselityksissä yhteys tulkitaan näennäiseksi, esimerkiksi mittaamisen puutteista johtuvaksi. Valikoitumisselitysten mukaan terveyden perusteella tapahtuva suora ja epäsuora valikoituminen alempiin sosiaalisiin asemiin selittää yhteyden. Kolmas selitysmalli liittyy käyttäytymiseen sekä sitä ohjaaviin kulttuurisiin tekijöihin, kuten perinteisiin, arvoihin ja asenteisiin, ja neljäs malli ovat selitykset, jotka nojaavat suoraan rakenteellisten tai materiaalistien tekijöiden vaikutuksiin sekä elinoloihin että terveyteen.

Sally Macintyre (1997) on tarkastellut aiheesta *The Black Reportin* jälkeen tehtyä tutkimusta ja hän jaottelee nämä selitysmallit vielä ”koviin” ja ”pehmeisiin” selityksiin. Ensin mainitussa yksittäisiä malleja pidetään ikään kuin tyhjentyinä ja toisensa poissulkevinä kilpailevinä selityksinä, kun taas viime mainitussa eri selitysmalleilla arvioidaan olevan osansa erojen selittämisessä. Niinpä esimerkiksi kova versio rakenteellisista tai materiaalisista selityksistä olettaa, että alempaan sosioekonomiseen asemaan liittyvä materiaallinen deprivatio ja heikommat asuin- ja muut elinolot ovat yksiselitteisesti se mekanismi, joka synnyttää terveyseroja. Pehmeämpi selitys olettaa materiaalistien erojen lisäksi myös psykososiaaliset tekijät (sosiaaliset suhteet, sosiaalinen tuki, itsetunto jne.) sekä terveyskäyttäytymisen erot osaltaan terveyseroja tuottaviksi tekijöiksi tai ainakin välittäviksi mekanismeiksi.

Eri selitysmallien ja välittävien mekanismien tutkijat tulevat usein eri tieteenaloilta ja eri tutkimustraditioista ja tulokset rikastavat tietämystämme sosiaalisten rakenteiden vaikutuksesta terveyteen. Osin näkemyserot näyttävät olevan pikemmin poliittisiin ja tutkimuspoliittisiin eroihin perustuvia. Anglosaksisissa maissa on viime vuosina kiistelty erityisesti kahdesta selitysmallista: ovatko rakenteelliset tai materiaaliset tekijät (neo-materialistinen tulkinta) vai psykososiaaliset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät (psykososiaalinen tulkinta) tärkeämpiä terveyserojen selittäjiä? (muotoilu Lynch ym. 2000). Tähän kiistaan näyttää liittyvän paljon ulkotutkimuksellistakin painolastia ja kiistakumppanit tuntuvat puhuvan pikemmin toistensa ohi kuin toisilleen. Ulkotutkimuksellisella painolastilla tarkoitamme tässä tutkimustulosten mahdollisia tai oletettuja poliit-

tisia implikaatioita, sekä tutkimusrahoituskilpailuun tai tutkijoiden ja tutkimusorganisaatioiden taustaan liittyviä tekijöitä. Toistensa ohi puhumista taas kuvaa se, että neo-materialistien tutkimusvasteena on usein kuolema tai syöpä, kun taas psykososiaalisia selityksiä etsitään useammin mielenterveysongelmiin, kohonneeseen verenpaineeseen tai sepevaltimotaudin esioireisiin.

Tätä keskustelua ei varmaankaan ihan lähitulevaisuudessa ratkaista, mutta nykyisen tutkimusnäytön perusteella vaikuttaa siltä, että tutkimuskohdetta on tarpeen laajentaa ja että ilmiön monitahoisuus on syytä hyväksyä. Tutkimuksen myötä kuva kokonaisuudesta näyttää joka tapauksessa monimutkaistuvan ja ehdollistuvan. Osa sosioekonomisia terveyseroja välittävistä tekijöistä on luonnollisesti lähempänä terveyttä ajallisesti ja kausaalisesti ja osa vaikuttaa etäämmältä tai pidemmällä ajanjaksolla; tekijät voivat myös vaikuttaa eri tavoin eri elämänvaiheissa ja kasautua. Mallien, vaikutusten ajoituksen ja mekanismien voi myös olettaa vaihtelevan eri sairauksien osalta. Tutkimusnäytön arviointia vaikeuttaa se, että eri tutkimuksissa on määritelty erilaiset terveysriskit (kolesteroli, verenpaine, ylipaino) joko sekoittaviksi tekijöiksi tai mekanismeiksi tai vasteiksi. Samoin vaihtelee se, tulkitanko psykososiaalisten tekijöiden olevan ensisijaisia vai vain välittäviä tai muovaavia mekanismeja rakenteellisten tekijöiden ja terveyden välillä. Oman vaikeutensa tuovat hybridit uuskäsitteet, jotka saattavat olla omiaan hämmentämään keskustelua. Sosiaalinen pääoma on tällainen, vaikka sen arvo tutkimukselle on arvioitavissa vasta tulevaisuudessa.

Macintyren (1997) mukaan tärkeä kysymys terveyserojen syitä selvitettäessä on, mitkä ovat ne täsmälliset mekanismit, jotka tuottavat ja ylläpitävät sosioekonomisia terveyseroja tietyissä konteksteissa. Tämä edellyttää erilaisten yhteisvaikutusten ja kehityksellisten kausaaliketjujen tutkimista. Tutkimuksissa tarvitsemme oletettavasti myös erilaisia selitysmalleja riippuen siitä, tarkastelemmeko vain heikoimmassa asemassa olevien terveyttä vai koko sosiaalista hierarkiaa.

Tutkijat ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että sosioekonomiset terveyserot ovat epätoivottavia ja että niitä on tarpeen kaventaa. Suomessa sosiaaliryhmien väliset erot ovat joillakin terveyden osoittimilla, kuten kuolleisuudessa, eurooppalaisessa vertailussa jopa poikkeuksellisen suuret. Voikin toivoa, että mekanismien tuntemuksen kasvu helpottaa erojen kaventamista.

KIRJALLISUUS

Allardt E. Sosiologia 1. WSOY, Porvoo 1988.

Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS.
Income inequality and mortality: importance to
health of individual income, psychosocial
environment, or material conditions. BMJ
2000;320:1200-04.

Macintyre S. The Black Report and beyond what are
the issues? Soc Sci Med 1997;44:723-45.

Townsend P, Davidson N (toim). Inequalities in
health. The Black Report. Penguin Books,
Harmondsworth 1982.

KRISTINA MANDERBACKA

MARKO ELOVAINIO