

Kolmen kerroksen suomalaiset: elämänlaatu eri sosioekonomisissa ryhmissä

Työssäkäyvät suomalaiset nauttivat hyvästä elämänlaadusta. Suurin riski heikentyneeseen elämänlaatuun on työttömillä ja vähän koulutetuilla nuorilla, 80 vuotta täyttäneillä leskinaisilla sekä työkyvyttömyyseläkkeen ja toimeentulotuen saajilla.

Marja Vaarama
Ylijohtaja
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
marja.vaarama@thl.fi

Eero Siljander
Erikoistutkija
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
eero.siljander@thl.fi

Suomalaisten yleinen hyvinvointi on erilaisten aineellista hyvinvointia kuvaavien mittareiden kuten tulojen, koulutuksen ja asumisen valossa parantunut jatkuvasti, ja onnellisuusmittauksissakin olemme maailman maiden kärkijoukossa (Veenhoven 2010). Myös koettu hyvinvointi mitattuna esimerkiksi tyytyväisyydellä elämään on parantunut. Sen sijaan koetun elämänlaadun¹ ja sitä edistävien ja vähentävien tekijöiden tutkimus on ollut vähäisempää.

¹ Elämänlaadun käsitteestä ks. esim. Rapley (2003) sekä Pieper ja Vaarama (2008).



Marja Vaaraman ja Eero Siljanderin mielestä koulutus-, työvoima- ja sosiaalipolitiikalla pitäisi ehkäistä syrjäytymistä ja tukea erityisesti nuorten ja toisten avusta riippuvaisten ikäihmisten elämänlaadun edellytyksiä.

Elämänlaatu heikkenee iän myötä, mutta tilastollisesti merkitsevästi vasta yli 80-vuotiailla.

Vuoden 2010 joulukuussa julkaistu THL:n suomalaisten hyvinvointitutkimus (HYPA²) selvitti koko suomalaisen aikuisväestön kokemaa elämänlaatua ja sen vaihtelua sosioekonomisten tekijöiden mukaan. Elämänlaadun mittarina käytettiin maailman terveysjärjestö WHO:n lyhyen elämänlaatumittarin (WHOQOL-Bref, ks. The WHOQOL Group 1998) suomenkielistä versiota (Vaarama ja Muurinen (2005), joka on supistettu versio laajemmasta WHOQOL-100-mittarista. Bref-mittari sisältää sekä kysymyksen yleisestä elämänlaadusta ("Millaiseksi arvioit elämänlaatusi ja ter-

² HYPA on suomalaisten terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä, niitä koskevia mielipiteitä ja tyytyväisyyttä käsittelevä kyselytutkimus, jonka THL toteuttaa kolmen tai neljän vuoden välein. Ks. Vaarama, Moisio ja Karvonen (2010).

veydentilasi?") että kysymyspatteristot koskien elämänlaadun fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja ympäristöllisiä ulottuvuuksia. WHO:n laajemmasta elämänlaatuselvityksestä kysytään myös arvoihin ja itsenäiseen toimintakykyyn liittyvistä ulottuvuuksista.

Edellä esitellyt ulottuvuudet voidaan ymmärtää elämänlaadun resursseiksi, jolloin voidaan tutkia elämänlaatua koettun hyvinvoinnin tutkimusasetelman tapaan. Suomessa mittaria on aiemmin käytetty erilaisissa osapopulaatioissa, eritoten iäkkäillä³. THL:n HYPA-tutkimus käytti sitä ensimmäistä kertaa koko suomalaista aikuisväestöä edustavalla aineistolla. Tutkimuksessa oli kiinnostuneita erityisesti siitä, miten elämänlaadun kokemus jakaantuu väestössä ja miten koettu elämänlaatu liittyy ikään, sosioekonomisiin tekijöihin, palvelujen käyttöön ja subjektiivisiin palvelukokemuksiin. Tässä artikkelissa esitellään HYPA-tutkimuksen elämänlaatuosion päätulokset (Vaarama ym. 2010).

³ Ks. esim. Vaarama, Luoma ja Ylönen (2006), Vaarama ym. (2008) sekä Vaarama (2009).

Elämänlaatu on sosiaalisesti valikoivaa

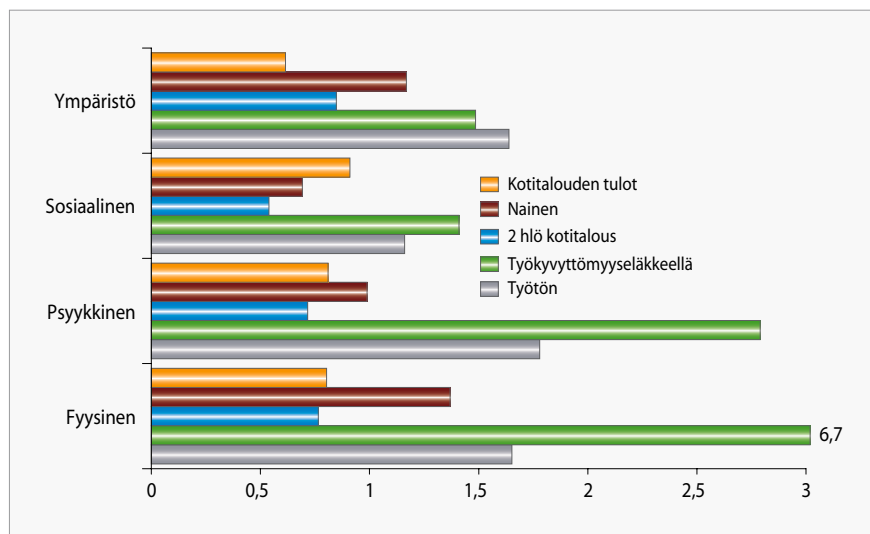
HYPA-tutkimuksessa noin 80 prosenttia suomalaista koki yleisen elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi aina 70. ikävuoteen saakka, jolloin osuus putosi 73 prosenttiin. 80 vuotta täyttäneillä osuus oli enää 57 prosenttia. Sama pätee koettuun terveyteen, ja nämä kaksi muuttujaa ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa. Kun noin 10 prosenttia alle 70-vuotiaista koki terveydentilansa huonoksi, 70 vuotta täyttäneillä osuus oli 18 prosenttia. Vastaavasti alle 70 vuotiaista 73 prosenttia koki terveytensä hyväksi, mutta 80 vuotta täyttäneistä enää 63 prosenttia. Elämänlaadun eri ulottuvuuksien analyysi osoitti jokaisen niistä heikkenevän iän myötä, mutta tilastollisesti merkitseviksi erot muuttuivat vasta 80. ikävuoden jälkeen. Ulottuvuuksista sosiaalinen ja ympäristöllinen heikkenivät tässä tarkastelussa vähiten, fyysinen ja psyykinen eniten.

Kaikkiaan psyykkiset ja fyysiset voimavarat olivat kaikissa ikäryhmissä elämänlaadun merkittävimpiä osatekijöitä (taulukko 1). Nuorimmalle ikäryhmälle tärkeintä oli oman elämän kokeminen merkitykselliseksi sekä yleensäkin psyyk-

Taulukko 1. Elämänlaadun yleisarvosanalle (WHOQOL_Bref) tärkeät osatekijät eri ikäryhmissä. Tilastollisesti merkitsevät vakioidut kertoimet vaikutusten suuruusjärjestyksessä (suluissa elämänlaatua mittaava ulottuvuus).

18–24 v. (n=447)	25–44 v. (n=1315)	45–59 v. (n=1120)	60–69 v. (n=645)	70–79 v. (n=399)	80+ v. (n=372)
1. Elämä on merkityksellistä (psyykinen)	1. Nauttii elämästä (psyykinen)	1. Nauttii elämästä (psyykinen)	1. Riittävästi tarmoa arkipäivää varten (fyysinen)	1. Nauttii elämästä (psyykinen)	1. Koettu terveys hyvä (fyysinen)
2. Nauttii elämästä (psyykinen)	2. On negatiivisia tunteita (psyykinen)	2. Riittävästi tarmoa arkipäivää varten (fyysinen)	2. Nauttii elämästä (psyykinen)	2. Koettu terveys hyvä (fyysinen)	2. Riittävästi tarmoa arkipäivää varten (fyysinen)
3. Hyvä liikuntakyky (fyysinen)	3. Koettu terveys hyvä (fyysinen)	3. On negatiivisia tunteita (psyykinen)	3. On negatiivisia tunteita (psyykinen)	3. Hyvä liikuntakyky (fyysinen)	3. Tyytyväinen ystäviltä saatuun tukeen (sosiaalinen)
4. On negatiivisia tunteita (psyykinen)	4. Tyytyväinen kykyynsä hoitaa päivittäiset aktiviteetit (fyysinen)	4. Tarpeeksi tietoa päivittäisen elämän kannalta tärkeistä asioista (ympäristö)	4. Hyvä keskittymiskyky (fyysinen)	4. On negatiivisia tunteita (psyykinen)	4. Nauttii elämästä (psyykinen)
5. Tyytyväisyys itseensä (psyykinen)	5. Elämä on merkityksellistä (psyykinen)	5. Koettu terveys hyvä (fyysinen)	5. Terveellinen ympäristö (ympäristö)	5. Tyytyväinen itseensä (psyykinen)	5. Tyytyväinen unensa laatuun (fyysinen)

Kuvio 1. Heikon elämänlaadun riskitekijät (riskisuhteet>1), parhaassa työiässä olevilla, elämänlaadun ulottuvuuksittain, 18–59 vuotiaat.



kiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät. Koetun terveydentilan merkitys korostui 70. ikävuoden jälkeen. Ympäristötekijöistä riittävä tiedon saanti arkielämän kannalta tärkeistä asioista sekä ympäristön terveellisyys nousivat tärkeiksi keski-ikässä. Tulos vahvistaa käsitystä siitä, että elämänlaadulle tärkeät rakennuspuut vaihtelevat jonkin verran ihmisen elämänkulun ja elämäntilanteiden mukaan (Walker ja Mollenkopf 2007; Vaarama, Luoma ja Ylönen 2006).

Koetun elämänlaadun yhteyksiä yksilön sosioekonomiseen asemaan 18–59-vuotiailla työikäisillä analysoitiin logistisen regressioanalyysin avulla. Selitettävänä tekijänä oli keskimääräistä heikomaksi koettu elämänlaatu, ja selittävinä tekijöinä koulutus, työmarkkina-asema, kotitalouden koko, toimeentulotuen asiakkuus, suhteelliset tulot ja sukupuoli. Logistisen regressiomallin kertoimet ilmaisevat todennäköisyyden, jolla kukin tarkastelluista muuttujista liittyy heikon elämänlaadun riskiin. Vertailutason arvo on aina tasan yksi ja yli yhden kerroin viittaa riskin todentumiseen. Alle yhden kerroin puolestaan on merkki heikolta elämänlaadulta suojaavasta tekijästä. Nämä on esitetty kuviossa 1.

Tulosten mukaan työmarkkina-asema oli voimakkaassa yhteydessä heikoksi koettuun elämänlaatuun. Verrattuna työssäkäyviin oli työkyvyttömyyseläkkeellä olijoilla miltei seitsenkertainen riski heikkoon fyysiseen ja miltei kolminkertainen riski heikkoon psyykkiseen elämänlaatuun. Työttömillä samat tekijät yli puolitoistakertaistivat riskin heikentyneeseen psyykkiseen, fyysiseen ja ympäristölliseen elämänlaatuun. Tuloksen mukaan ei vain työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla vaan myös työttömillä on heikko fyysinen terveys ja psyykkinen hyvinvointi. Tämä saattaa yhtäältä viitata siihen työttömien joukkoon, joka on syrjäytynyt työmarkkinoilta terveysongelmien takia mutta ei ole vielä päässyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Toisaalta myös työttömyys pitkittyessään nakertaa terveyttä, ja siksi työttömyys pitäisi katkaista ripeästi. Ympäristöulottuvuus viittaa aineellisen toimeentulon ja palvelujen saatavuuden ongelmiin.

Sosiodemografisista tekijöistä naisukupuoli lisäsi heikon fyysisen ja ympäristöllisen elämänlaadun riskiä mutta suojaasi sosiaalista elämänlaatua. Tulos viittaa siihen, että työikäisillä naisilla on miehiä heikompi terveys ja aineellinen

”Työmarkkina-asema oli voimakkaassa yhteydessä heikoksi koettuun elämänlaatuun.”

hyvinvointi mutta paremmat sosiaaliset verkostot. Perheeseen kasvu lisäsi riskiä heikentyneeseen psyykkiseen elämänlaatuun, mutta suojaasi sosiaalista elämänlaatua. Tulosta on vaikea tulkita ilman lisäanalyysia. Kaikkiaan näyttää siltä, että työikäisillä paras suoja heikon elämänlaadun riskeiltä on turvattu työpaikka, riittävä toimeentulo ja vähintään kahden hengen kotitaloudessa asuminen.

”Kolmen kerroksen suomalaiset”

Elämänlaadun sosioekonomista jakautumista väestössä tarkasteltiin ryhmittelyanalyysin avulla. Ryhmittelyanalyysi jakoi suomalaiset elämänlaadun suhteen kolmeen osajoukkoon tai ”kerrokseen”. Suurin ryhmä (”onnekkaat”) nauttii erinomaisesta tai hyvästä elämänlaadusta, sillä se saa koko aikuisväestön viitearvoja selvästi korkeammat pistemäärät kaikilla elämänlaadun ulottuvuuksilla. Tämä ryhmä kattaa noin 44 prosenttia (n= 1 899) HYPA -aineiston havainnoista, joten noin kaksi viidestä suomalaisesta kuuluu näihin onnekkaisiin. He ovat tyypillisesti 25–59-vuotiaita, työssäkäyviä, perheellisiä, 3-4 hengen talouksissa eläviä henkilöitä, jotka kokevat taloudellisen tilanteensa hyväksi ja terveytensä erittäin hyväksi. Osajoukossa on poikkeuksellisen vähän työttömiä, eläkeläisiä tai yksineläjiä.

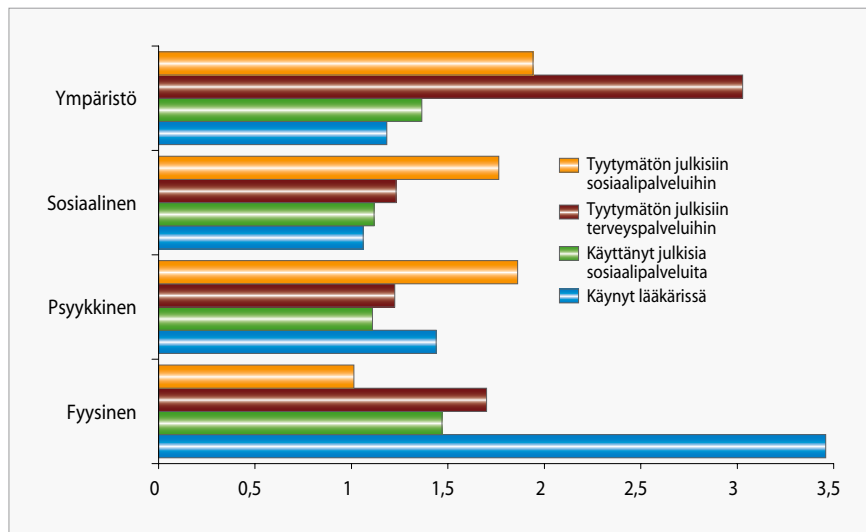
Toiseksi suurin joukko (”huono-osaiset”) on heikoimman elämänlaadun osajoukko (28,6 prosenttia havainnoista, n= 1 232). Siinä erottuu selkeästi kaksi so-

Huono-osaisista erottuu kaksi ryhmää: työttömät nuoret ja yli 80-vuotiaat leskinaiset.

sioekonomista ryhmää: työttömät nuoret aikuiset 18–24 ikävuoden väliltä sekä yli 80-vuotiaat ikäihmiset, jotka ovat useimmiten leskeksi jääneitä naisia. Ryhmään kuuluvilla on yleensä perusasteen tai korkeintaan keskiasteen koulutus, ja heillä on toimeentulon ongelmia. Iäkkäimmät ovat tässä joukossa heikon terveyden ja toimintakyvyn takia, nuoret 18–24 -vuotiaat taas heikon koulutuksen ja työttömyyden vuoksi. Heikoimman elämänlaadun ryhmän jäsenet kokevat elämänlaatunsa kaikilla ulottuvuuksilla selvästi huonommaksi kuin parhaan elämänlaadun ryhmä, ja fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella ero on psykometristen kriteerien (Osoba ym. 1998) mukaan merkitsevä.

Kolmas osajoukko ("keskikerros") koostuu lähinnä joko jo eläkkeelle jääneistä tai sen kynnyksellä olevista 60–79 -vuotiaista "kolmasikäisistä" (27,3 prosenttia havainnoista, n= 1 175). He kokevat elämänlaatunsa ympäristöulottuvuutta lukuun ottamatta kaikilla ja erityisesti fyysisellä ulottuvuudella jonkin verran heikommaksi kuin aikuisväestöstä keskimäärin ja selvästi heikommaksi kuin parhaan elämänlaadun ryhmä. Tämä selittyy pitkälti sillä, että iän karttuessa liikkumiseen ja muuhun toimintakykyyn liittyvät ongelmat lisääntyvät, mikä vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Kuten muillakin, myös kolmannessa iässä olevilla heikko toimeentulo, heikko terveys ja alentunut toimintakyky ovat alentuneen elämänlaadun suurimmat riskitekijät.

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön ja asiakastyytyväisyyden yhteys elämänlaatuun, kohonnut riski (OR = riskisuhteet >1), 18–79 vuotiaat.



Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut kohdentuvat henkilöille, joilla on paljon hyvinvointipuitteita

Palvelujen tehtävänä on tukea ihmisten terveyttä ja vähentää hyvinvointipuitteita. Iäkkäillä 80 vuotta täyttäneillä suomalaisilla on todettu palvelujen käytön ja koetun elämänlaadun välillä myönteinen yhteys, mikäli palvelu kohdentuu oikein, apu on riittävää, laatu hyvä ja asiakas on tyytyväinen⁴.

Kuviossa 2 esitetään vastaaventyypinen analyysi vuoden 2009 koko väestöstä koskevalle aineistolle. Tulosten mukaan julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö liittyy puutteisiin elämänlaadun fyysisellä, psyykkisellä ja ympäristöulottuvuudella, eli käyttäjillä on sekä terveyteen liittyviä että taloudellisia ongelmia, ja he ovat tyytymättömiä yleiseen elämänlaatuunsa. Erityisesti toimeentuloksen asiakkuus liittyy riskiin heikentyneestä elämänlaadusta sen kaikilla ulottuvuuksilla. Myös palvelujen käyttäjien keskuudessa kahdenkin hengen kotitaloudessa asuminen oli elämänlaadun kannalta parempi kuin yksin asuminen.

⁴ Ks. esim. Vaarama ym. (2006) ja Vaarama (2009).

Lääkärissä käynti ja tyytymättömyys julkisiin terveyspalveluihin liittyivät yli kolminkertaiseen riskiin heikosta fyysisestä terveydestä ja heikoista elinoloista. Tyytymättömyys julkisiin sosiaalipalveluihin puolestaan liittyi noin kaksinkertaiseen riskiin heikoista elinoloista, psyykkisestä hyvinvoinnista ja sosiaalisista suhteista. Ympäristöulottuvuuden osalta tulos saattaa viitata paitsi heikkoihin elinoloihin myös terveyspalveluiden saavutettavuuteen. Sosiaalisen ulottuvuuden osalta tulos voi liittyä sosiaalisilta verkostoilta saatavan tuen puutteeseen tai vähäisyyteen, jota palvelujärjestelmä ei ehkä kykene kompensoimaan. Sosiaali- ja terveyspalveluihin tyytymättömät näyttävät tämän tuloksen valossa olevan monella tapaa huono-osaisia. Tuloksista ei voida kuitenkaan vetää johtopäätöksiä siitä, pystytäänkö palveluilla lisäämään havaittua elämänlaatua.

Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tulosten mukaan valtaosa suomalaisesta aikuisväestöstä nauttii hyvästä elämänlaadusta aina korkeaan ikään saak-

Työelämään osallistuminen ja pienet tuloerot ovat tärkeitä elämänlaadulle.

ka. Myönteinen elämänasenne, hyvä terveys ja psyykinen hyvinvointi, hyvät sosiaaliset suhteet, riittävä aineellinen elintaso ja hyvä elinympäristö ovat kaikkien elämänlaadulle tärkeitä voimavaroja, joskin niiden painoarvo vaihtelee elämäntilanteiden mukaan. Suurin riski heikentyneeseen elämänlaatuun on vähän koulutetuilla ja työttömillä 18–24 -vuotiailla nuorilla, 80 vuotta täyttäneillä vanhuksilla ja yleensäkin heikot fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja aineelliset voimavarat omaavilla henkilöillä. Työttömyys, työkyvyttömyys ja toimeentulotuen varassa eläminen lisäävät niin ikään riskiä heikentyneeseen elämänlaatuun.

Työelämään osallistumisen merkitys suomalaisten työikäisten elämänlaadulle näyttää tämän analyysin perusteella aivan keskeiseltä. Riittävä toimeentulo ja tulojen kasvu suojaa heikolta fyysiseltä elämänlaadulta, mikä sopii hyvin yhteen sen kanssa, että aiemmissa tutkimuksissa mm. kuolleisuuserojen on havaittu korreloivan voimakkaasti tuloerojen kanssa (Martikainen ym. 2005). Tulokset sopivat hyvin yhteen aiemman tutkimuksen kanssa myös siinä, että huonoksi koettu terveys aiheuttaa työttömyys- ja eläkeriskin kasvua (Böckerman ja Ilmakunnas 2009). Terveystaloustieteellisen kirjallisuuden valossa tuloerojen voimakas kasvu liittyy kiinteästi hyvinvointierojen kasvuun (Pekurinen ja Sintonen 2009), ja siten sen voidaan olettaa lisäävän myös elämänlaadun eriarvoisuutta väestön keskuudessa.

Tämän tutkimuksen mukaan julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut kohden-
tavat ihmisille, joilla on huono fyysinen ja psyykinen terveys, jotka ovat pienituloisia, ja joilla on yleensäkin heikommat elinolot ja puutteita elinympäristössä. Toimeentulotuen asiakkuus liittyy heikon elämänlaadun riskiin kaikilla tarkastelluilla ulottuvuuksilla. Vaikka tulok-
sista ei voi tehdä johtopäätöksiä siitä, kohentaako julkisten sosiaali- ja terveys-
palvelujen käyttö elämänlaatua, voidaan kuitenkin päätellä, että julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaat näyttävät olevan monella tapaa huono-osaisia elämänlaadun voimavarojen suhteen, ja tyytymättömyys palveluihin lisää tätä haavoittuvuutta edelleen. Heidän elämänlaatusa kohentaminen edellyttäne kokonaisvaltaista, yhdessä asiakkaan kanssa tehtyä analyysia, perusturvan puutteiden korjaamista sekä tavoitteellista palvelutoimintaa.

Voidaan arvioida, että mikäli kansanterveyden taso sairastavuudella ja kuolleisuudella mitattuna koko Suomen väestössä olisi sama kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla suomalaisilla, suuri osuus eräistä tärkeistä kansanterveysongelmista poistuisi, työllisyys kohentuisi ja terveydenhuoltokustannuksia säästyisi. On arvioitu, että näin työllisyysaste kasvaisi 75 prosenttiin ilman muita toimenpiteitä ja sosiaali- ja terveydenhuoltokustannuksista voitaisiin säästää 10–15 prosenttia vuositasolla (Alila ym. 2009). Tämä edellyttäisi haittavaerojen korotuksia ja suurempaa omavastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon menoista.

Tulokset osoittavat myös psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisten suhteiden suuren merkityksen elämänlaadulle. Perheeltä ja ystäviltä saatu tuki koetaan keskeiseksi elämänlaatua kohentavaksi tekijäksi kaikissa ikäryhmissä, erityisesti vanhimpien ikäryhmien kohdalla. Yhteisöllisyys on siten elämänlaadun olennainen voimavara, ja sen vaaliminen on niin

Tärkeitä asioita ovat myös kansanterveyden ja yhteisöllisyyden edistäminen sekä eri elämäntilanteiden riskit huomioon ottava sosiaalipolitiikka.

ikään koko yhteiskunnan etu. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Sakari Kainulaisen (1998) tulokset edelliseltä lama-
kaudelta 1990-luvun alusta.

Tämä tutkimus nosti esiin elämänlaadun sosiaalisen valikoivuuden. Hyvinvointi- ja terveyserot ovat olleet kasvussa viimeisten 20 vuoden ajan (Hyvönen ym. 2007). Tulosten perusteella voidaan olettaa, että elämänlaadun eroja väestöryhmien välillä on mahdollista kaventaa tukemalla ihmisten voimavaroja hyvään elämänlaatuun. Edelleen tulokset viittaavat siihen, että on tärkeää ottaa huomioon tuen tarpeiden vaihtelu elämäntilanteiden aikana ja elämäntilanteiden mukaan. Tarvitaan elämäntilanteiden riskille herkkää sosiaalipolitiikkaa. Sen kärkien tulisi suuntautua nuorten elämänlaadun edellytysten tukemiseen ja korjaamiseen, iäkkäimpien kansalaisten tarvitseman hoivan ja tuen turvaamiseen, sekä syrjäytymisen ehkäisyyn kaikissa elämänvaiheissa. Ennaltaehkäisevällä ja aktiivisella varhaisen puuttumisen toimintaotteella on parhaat mahdollisuudet vaikuttaa suomalaisten elämänlaadun kehitykseen. Tässä koulutuspolitiikalla, työvoimapolitiikalla ja sosiaaliturvapolitiikalla sekä siihen läheisesti liittyvällä palvelupolitiikalla on kaikilla niin omat kuin yhteistyötä edellyttävät tehtävänsä. ■

- Alila, A. & Myhrman, R. & Siljander, E. (2009), Skenaarioita terveysmenoista. Terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 7.
- Böckerman, P. & Ilmakunnas, P. (2009), Unemployment and Self Assessed Health: Evidence from Panel Data, *Health Economics*, 18, 161–179.
- Hyvönen, E. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. ym. (toim.) (2007), Terveyden eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005, Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 23:2007.
- Kainulainen, S. (1998), Elämäntapahtumat ja tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 62.
- Martikainen, P. & Martelin, T. & Nihtilä, E. & Majamaa, K. & Koskinen, S. (2005), Increasing Differences in Mortality by Marital Status from 1975 to 2000: Changes in Sociodemographic, Household and Cause of Death Structure, *Population Studies*, 59, 99–115.
- Osoba, D. & Rodriques, G. & Myles James, Z.B. & Pater, J. (1998), Interpreting the Significance of Changes in Health-related Quality of Life Scores, *Journal of Clinical Oncology*, 16, 139–144.
- Pekurinen, M. & Sintonen, H. (2009) *Terveystaloustiede*, Helsinki: WSOY.
- Pieper, R. & Vaarama, M. (2008), The Concept of Care-related Quality of Life, teoksessa Vaarama, M. & Pieper, R. & Sixsmith, A. (2008), *Care-related Quality of Life in Old Age: Concepts, Models and Empirical Findings*, New York: Springer, 65–101.
- Rapley, M. (2003), *Quality of Life Research. A Critical Introduction*, London: Sage.
- The WHOQOL Group (1998), *Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment*, Geneva: WHO.
- Tilastokeskus (1989), *Sosioekonomisen aseman luokitus, Käsi- kirjoja 17*.
- Vaarama, M. & Luoma, M.-L. & Ylönen, L. (2006), Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu, teoksessa Kautto, M. (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi*, Helsinki: Stakes, 104–132.
- Vaarama, M. & Muurinen, S. (toim.) (2005), *Koti- ja laitoshoidon asiakkaiden elämänlaatu. Suomen raportti, CareKeys -projektin julkaisuja*, Helsingin kaupunki ja Stakes.
- Vaarama, M. & Pieper, R. & Sixsmith, A. (2008), *Care-related Quality of Life in Old Age: Concepts, Models and Empirical Findings*, New York: Springer.
- Vaarama, M. (2009), *Care-related Quality of Life in Old Age*, *European Journal of Ageing*, 6, 113–125.
- Vaarama, M. & Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) (2010), *Suomalaisten hyvinvointi 2010*, Helsinki: Yliopistopaino.
- Vaarama, M. & Siljander, E. & Luoma, M.-L. & Meriläinen, S. (2010), *Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen*, teoksessa Vaarama, M. & Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2010*, Helsinki: Yliopistopaino.
- Veenhoven, R. (2010), *Capability and Happiness: Conceptual Difference and Reality Links*, *Journal of Socio-Economics*, 39, 344–350.
- Walker, A. & Mollenkopf, H. (2007), *International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age: conceptual issues*, teoksessa Mollenkopf, H. & Walker, A. (Eds.) (2007), *Quality of Life in Old Age: International and Multidisciplinary Issues*, New York: Springer, 3–13.