

Anu E Castaneda
Shadia Rask
Päivikki Koponen
Mulki Mölsä
Seppo Koskinen
(toim.)

Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi

Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa

RAPORTTI



Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen,
Mulki Mölsä, Seppo Koskinen (toim.)

Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi

Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

RAPORTTI 61/2012

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Rodeo

Taitto: Raili Silius

2. uudistettu painos

ISBN 978-952-245-807-0 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-739-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

URN:ISBN: 978-952-245-739-4

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2012

ESIPUHE

Suomen väestörakenne on nopeasti muuttumassa. Iso muutos on ulkomaalaistaustaisen väestön määrän kasvu. Vuonna 1990 Suomessa asui vakituisesti vain noin 26 000 ulkomaan kansalaista, mutta vuoden 2011 loppuun mennessä määrä seitsenkertaistui (noin 183 000:een). Ulkomaalaistaustaisen väestön määrän ja väestöosuuden ennustetaan myös lähivuosikymmeninä kasvavan nopeasti. Suomeen muuttaa hyvin monenlaisia ihmisiä korkeasti koulutetuista kielitaitoisista luku- ja kirjoitustaidottomiin henkilöihin sekä työn takia muuttavista pakolaisiin ja turvapaikanhakijoihin.

Tasa-arvoon tähtäävän yhteiskuntapolitiikan onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa väestöryhmät, joiden terveys ja hyvinvointi ovat keskimääräistä heikommät ja selvittää, millä keinoilla tilannetta voidaan korjata. Työkykyiset maahanmuuttajat ovat ikärakenteeltaan vanhenevassa suomalaisessa yhteiskunnassa myös taloudellisen ja sosiaalisen kestävyuden tae.

Suomeen muuttaneiden ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista on hyvin vähän tietoa. THL:n koordinoiman Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) tavoitteeksi asetettiin luotettavan tiedon kerääminen isoimpien maahanmuuttajaryhmien terveydentilasta, toiminta- ja työkyvystä, niihin vaikuttavista elinoloista ja elintavoista sekä palvelujen tarpeesta ja sen tyydyttymisestä. Lisäksi tässä varsin uraa uurtavassa hankkeessa haluttiin kerätä kokemuksia siitä, miten tulevaisuudessa voitaisiin seurata luotettavasti mahdollisimman monen maahanmuuttajaryhmän terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä maan eri osissa.

Maamu-tutkimus tarjoaa tärkeää tietoa hyvinvointipolitiikan, palvelujärjestelmän, työelämän ja sosiaaliturvan suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Tutkimuksen aineiston avulla saadaan ainutlaatuista tietoa muun muassa siitä, mihin tekijöihin puuttamalla voidaan parantaa Suomeen muuttaneiden terveyttä, työ- ja toimintakykyä, hyvinvointia ja elämänlaatua.

Käsillä oleva raportti ja sen lähtökohtana oleva aineisto ovat laajan kansallisen yhteistyön tulos. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoiman hankkeen suun-

nitteluun ja toteutukseen ovat osallistuneet monia eri tahoja edustavat asiantuntijat. Hankeen tärkeimpiä rahoittajia ovat Sosiaali- ja terveysministeriö/Euroopan sosiaalirahasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kela, Työsuojelurahasto ja kunnat, joissa tutkimus on tehty: Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Vaasa. Terveyden ja hyvinvoinnin huippuasiantuntijat ovat osallistuneet tutkimuksen sisällön ja toteutuksen suunnitteluun, kenttätutkijoiden koulutukseen, tiedonkeruun seurantaan ja ohjaamiseen sekä tutkimusaineiston viimeistelyyn ja tämän perustulosraportin kirjoittamiseen. Tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajataustaiset henkilöt ovat osallistumisellaan halunneet vaikuttaa heitä koskevan tiedon ja ymmärryksen lisäämiseen sekä heidän tarvitsemiensa sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Kiitämme lämpimästi kaikkia hankkeeseen tähän mennessä osallistuneita ja toivomme, että yhteistyö jatkuu yhtä hedelmällisenä tämän ainutlaatuisen aineiston hyödyntämisessä.

Pekka Puska
pääjohtaja, THL

Marja Vaarama
ylivohtaja, THL

SISÄLLYSLUETTELO

Esipuhe	3
<i>Pekka Puska, Marja Vaarama</i>	
Tiivistelmä	9
1 Johdanto	13
<i>Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Mulki Mölsä</i>	
2 Menetelmät	17
2.1 Otos ja katoanalyysi	17
<i>Tommi Härkänen</i>	
2.2 Tutkimuksen toteutus ja tiedonkeruun toteutuksen arviointi	22
<i>Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen</i>	
2.3 Aineisto ja menetelmät	31
<i>Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen</i>	
2.4 Tilastolliset menetelmät	40
<i>Tommi Härkänen</i>	
3 Sosiodemografiset tekijät ja elinolot	42
3.1 Maahanmuuttotausta	42
<i>Anu E Castaneda, Päivikki Koponen, Shadia Rask</i>	
3.2 Siviilisäätö ja kotitalous	48
<i>Tuija Martelin, Anu E Castaneda, Timo M Kauppinen</i>	
3.3 Yleissivistävä koulutus ja pääasiallinen toiminta	53
<i>Tuija Martelin, Anu E Castaneda, Timo M Kauppinen</i>	
3.4 Asuminen ja toimeentulo	59
<i>Timo M Kauppinen, Anu E Castaneda</i>	
4 Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet	64
4.1 Koettu terveys	64
<i>Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Natalia Solovieva, Tiina Laatikainen</i>	
4.2 Pitkäaikaissairastavuus	69
<i>Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Natalia Solovieva, Tiina Laatikainen</i>	
4.3 Verenkierroelinten sairaudet ja diabetes	73
<i>Tiina Laatikainen, Erkki Vartiainen, Antti Jula</i>	
4.4 Astma, atopia ja allergiat	78
<i>Tiina Laatikainen, Erkki Vartiainen, Markku Heliövaara</i>	
4.5 Tuki- ja liikuntaelinvaihat ja somaattinen oireilu	82
<i>Markku Heliövaara</i>	
4.6 Tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat	87
<i>Jaana Markkula, Antti Impinen</i>	

5	Kansantautien riskitekijät	91
5.1	Lihavuus <i>Tiina Laatikainen, Natalia Solovieva, Annamari Lundqvist, Erkki Vartiainen</i>	91
5.2	Verenpaine <i>Antti Jula, Tiina Laatikainen, Erkki Vartiainen, Päivikki Koponen</i>	96
5.3	Lipidit <i>Tiina Laatikainen, Natalia Solovieva, Erkki Vartiainen, Antti Jula</i>	100
5.4	D-vitamiini ja hemoglobiini <i>Tuija Jääskeläinen, Christel Lamberg-Allardt, Päivikki Koponen, Tiina Laatikainen</i>	105
6	Infektioaudit	110
6.1	Infektioauditien seulonta ja ehkäisy <i>Kirsi Liitsola, Hanna Nohynek, Pia Kivelä</i>	110
6.2	Infektioauditien esiintyminen <i>Kirsi Liitsola, Heljä-Marja Surcel, Mulki Mölsä, Eija Hiltunen-Back, Hanna Nohynek, Pia Kivelä</i>	114
6.3	HIV-tietoisuus <i>Kirsi Liitsola, Pia Kivelä, Paula Tiittala</i>	117
7	Suun terveys, suunhoitotavat ja tyytyväisyys hoitoon	121
7.1	Suun terveydentila <i>Liisa Suominen, Nina Suontausta</i>	121
7.2	Hampaiden harjaus ja hammashoitopalvelut <i>Liisa Suominen, Nina Suontausta</i>	127
8	Lisääntymisterveys	134
8.1	Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys <i>Päivikki Koponen, Reija Klemetti, Heljä-Marja Surcel, Mulki Mölsä, Mika Gissler, Anneli Weiste-Paakkanen</i>	134
8.2	Naisten ympärileikkaus <i>Päivikki Koponen, Mulki Mölsä</i>	141
9	Mielenterveys	145
9.1	Psykkiset oireet <i>Anu E Castaneda, Riikka Lehtisalo, Carla Schubert, Antti Pakaslahti, Tapio Halla, Mulki Mölsä, Jaana Suvisaari</i>	145
9.2	Traumakokemukset <i>Anu E Castaneda, Carla Schubert, Riikka Lehtisalo, Antti Pakaslahti, Tapio Halla, Mulki Mölsä, Jaana Suvisaari</i>	151
9.3	Mielenterveyspalvelut <i>Anu E Castaneda, Riikka Lehtisalo, Carla Schubert, Tapio Halla, Antti Pakaslahti, Mulki Mölsä, Jaana Suvisaari</i>	157

10	Elintavat	165
10.1	Tupakointi sekä alkoholin ja kannabiksen käyttö <i>Ritva Prättälä, Heli Mustonen, Päivikki Koponen, Tiina Laatikainen</i>	165
10.2	Ruokatottumukset <i>Ritva Prättälä</i>	173
10.3	Kuntoliikunnan harrastaminen, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys <i>Tommi Mäkinen</i>	178
11	Toiminta- ja työkyky	183
11.1	Fyysinen toimintakyky ja liikkumisen apuvälineet <i>Shadia Rask, Päivi Sainio, Sari Stenholm, Mariitta Vaara, Tuula Hurnasti</i>	183
11.2	Näkö ja kuulo <i>Seppo Koskinen, Shadia Rask, Päivi Sainio</i>	194
11.3	Sosiaalinen toimintakyky <i>Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Shadia Rask</i>	199
11.4	Työkyky <i>Barbara Bergbom, Ari Väänänen, Minna Toivanen, Seppo Koskinen</i>	208
12	Sosiaalinen hyvinvointi	213
12.1	Elämänlaatu <i>Shadia Rask, Minna-Liisa Luoma, Natalia Solovieva, Seppo Koskinen</i>	213
12.2	Osallistuminen ja luottamus <i>Shadia Rask, Tiija Martelin, Tarja Nieminen, Natalia Solovieva</i>	219
13	Syrjintä- ja väkivaltakokemukset	229
13.1	Syrjintäkokemukset <i>Simo Mannila, Anu E Castaneda, Inga Jasinskaja-Lahti</i>	229
13.2	Väkivaltakokemukset <i>Simo Mannila, Anu E Castaneda, Inga Jasinskaja-Lahti</i>	240
14	Terveyspalvelut ja kuntoutus	244
14.1	Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset <i>Päivikki Koponen, Hannamaria Kuusio, Mulki Mölsä, Ilmo Keskimäki</i>	244
14.2	Avosairaanhoidon palvelujen käyttö <i>Päivikki Koponen, Hannamaria Kuusio, Ilmo Keskimäki, Mulki Mölsä</i>	250
14.3	Hoidon tarve, sen tyydyttyminen ja tyytyväisyys palveluun lääkärin vastaanotolla <i>Päivikki Koponen, Hannamaria Kuusio, Ilmo Keskimäki, Mulki Mölsä</i>	259
14.4	Kuntoutuspalvelujen ja fysioterapian käyttö sekä kuntoutus- palvelujen koettu tarve <i>Shadia Rask, Päivi Sainio, Minna-Liisa Luoma</i>	266

15	Maahanmuuttotaustan ja koulutuksen yhteydet terveyden ja hyvinvoinnin tekijöihin	272
15.1	Maahanmuuttoon liittyvät tekijät <i>Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen</i>	272
15.2	Koulutustaso ja asuinalue <i>Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Päivikki Koponen, Shadia Rask</i>	283
16	Seurantajärjestelmän kehittäminen	289
	<i>Shadia Rask, Anu E Castaneda, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Timo Koskela, Risto Kaikkonen, Eila Linnanmäki</i>	
17	Maahanmuuttajatutkimuksen haasteita ja kokemuksia	292
17.1	Aineistonkeruun toteuttaminen <i>Anneli Weiste-Paakkanen, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda, Mulki Mölsä, Seppo Koskinen, Eila Linnanmäki</i>	292
17.2	Henkilöstön rekrytointi ja perehdyttäminen sekä kuntayhteistyö <i>Shadia Rask, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda, Seppo Koskinen, Eila Linnanmäki</i>	300
18	Tiivistelmien kieliversiot (ruotsi, englanti, venäjä, somali, kurdi)	305
	Liitteet	
	Liite 1: Haastattelulomake	323
	Liite 2: Terveystarkastuslomake	367
	Liite 3: Maamu-hankkeen johtoryhmä, ohjausryhmä, projektiryhmä ja työryhmät	377
	Liite 4: Kuntakohtaiset tulokset	382

TIIVISTELMÄ

Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Mulki Mölsä, Seppo Koskinen (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 61/2012, 397 sivua. Helsinki 2012.

ISBN 978-952-245-807-0 (painettu), ISBN 978-952-245-739-4 (verkkojulkaisu)

Tämän teoksen tarkoitus on saattaa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) keskeisiä havaintoja mahdollisimman varhain niitä tarvitsevien henkilöiden ja organisaatioiden käyttöön. Toivomme, että Maamu-hankkeen (www.thl.fi/maamu) suunnittelusta ja toteutuksesta vastanneen laajan projektiorganisaation ohella monet muutkin asiantuntijat hyödyntävät aineistoa syventämällä ja laajentamalla tässä raportissa esiteltäviä perustuloksia.

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimukseen kutsuttiin yhteensä tuhat venäläistaustaista, tuhat somalialaistaustaista ja tuhat kurditaustaista 18–64-vuotiaasta henkilöä, jotka asuivat Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Turussa, Tampereella tai Vaasassa. Kutsutut olivat asuneet Suomessa vähintään vuoden. Haastattelut ja terveystarkastukset tekivät venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset kenttätutkijat, jotka puhuivat sekä tutkittavien kohderyhmien kieltä että suomea. Tutkittavien tavoittamiseen kiinnitettiin erityistä huomiota, ja osallistumisaktiivisuus kohosikin korkeammaksi kuin vastaavissa tutkimuksissa monissa muissa maissa. Venäläistaustaisista tutkittavista 70 %, somalialaistaustaisista 51 % ja kurditaustaisista 63 % osallistui vähintään johonkin tutkimuksen osaan. Tutkimuksen suunnittelua ja toteutusta koordinoi Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) yhteistyössä laajan asiantuntijaverkoston kanssa. Tutkimuskuntien 18–64-vuotiaan koko väestön aineistoa käytetään vertailukohtana niiden muuttajien osalta, joita on tutkittu vertailukelpoisesti ja raportoitu Terveys 2011 -tutkimuksessa.

Venäläistaustaisten maahanmuuttajien koulutustaso oli korkeampi kuin muissa ryhmissä tai tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisessä väestössä. Somalialaistaustaisten koulutus oli vähäisin. Runsas kolmasosa somalialaistaustaisista naisista ei ollut käynyt koulua lainkaan. Noin joka kymmenes somalialais- ja kurditaustaisista naisista arvioi osaavansa lukea vain huonosti tai ei lainkaan, miehistä pari prosenttia. Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtämisessä oli suuria vaikeuksia lähes joka kolmannella somalialaistaustaisella naisella ja joka viidennellä kurditaustaisella naisella. Lähes kolmasosa venäläis- ja kurditaustaisista henkilöistä, ja somalialaistaustaisista joka kuudes, ilmoitti pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioimisen tuottavan vaikeuksia. Internetin käytön vaikeudet olivat yleisimpiä somalialaistaustaisilla naisilla (28 %) ja kurditaustaisilla naisilla (15 %). Somalialais- ja venäläistaustaiset miehet arvioivat työkykynsä yhtä hyväksi kuin miehet koko väestössä. Työssäkäyvien osuus oli kuitenkin kaikissa tutkitussa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä

pienempi ja työttömien tai lomautettujen osuus suurempi kuin tutkimuskuntien koko samanikäisessä väestössä. Kaksi kolmasosaa somalialaistaustaisista, mutta vain alle kolmannes kurditaustaisista osallistui säännöllisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan. Venäläistaustaiset seurasivat aktiivisimmin sekä entisen kotimaan että Suomen tapahtumia. Aktiivisimmin viime eduskuntavaaleissa olivat äänestäneet somalialaistaustaiset miehet, vähiten aktiivisia äänestäjiä olivat somalialaistaustaiset naiset.

Kurdi- ja venäläistaustaisten naisten koettu terveys oli selvästi huonompi kuin muissa tutkituissa ryhmissä. Sen sijaan somalialaistaustaiset, etenkin miehet, kokivat terveytensä erityisen hyväksi. Somalialaistaustaiset olivat kaikkein tyytyväisimpiä myös elämänlaatuunsa. He olivat lähes poikkeuksetta tyytyväisiä päivittäisistä toimita selviytymiseensä, vaikka huomattava osa kertoi vaikeuksista pankissa tai muussa virastossa asioimisessa ja internetin käytössä. Venäläistaustaiset suoriutuivat fyysisen toimintakyvyn testeistä parhaiten, somalialaistaustaiset heikoiten. Kurditaustaisessa väestössä koetut näkö- ja kuulovaikeudet olivat erityisen yleisiä. Ylipainoisuus ja lihavuus olivat yleisiä erityisesti somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla, sekä kurditaustaisilla miehillä. Venäläistaustaisilla ylipainoisuuden ja lihavuuden esiintyvyydet olivat lähimpänä koko väestön tilannetta, lukuun ottamatta naisten vyötärölihavuutta, joka oli vähäisempää venäläistaustaisilla naisilla. Diabetesta oli itse raportoituina ja tautiin viittaavien laboratoriolöydösten mukaan eniten somalialaistaustaisilla naisilla. Kohonneen verenpaineen esiintyvyys oli yleisintä venäläistaustaisilla. Venäläis- ja kurditaustaiset miehet tupakoivat yleisemmin ja naiset harvemmin kuin tutkimuspaikkakuntien koko samanikäinen väestö. Somalialaistaustaiset eivät tupakoineet juuri lainkaan. 18–29-vuotiaista venäläistaustaisista erityisen moni, lähes 40 %, ilmoitti käyttäneensä kannabista. Alkoholin käyttö oli yleisintä ja runsainta venäläistaustaisilla miehillä. Somalialaistaustaisista erittäin harva söi päivittäin tuoreita kasviksia tai hedelmiä. Somalialais- ja kurditaustaiset harrastivat vähemmän liikuntaa kuin tutkimuspaikkakuntien koko samanikäinen väestö.

Luotettavien raskauden ehkäisymenetelmien käyttö oli vähäisintä ja spontaanit keskenmenot olivat yleisimpiä somalialaistaustaisilla naisilla, joilla oli myös eniten synnytyksiä. Raskauden keskeytykset olivat yleisiä venäläistaustaisilla naisilla. Huomattava osa sekä somalialais- että kurditaustaisista naisista kertoi, että heille on tehty ympärileikkaus.

Kurditaustaisista jopa 78 %, somalialaistaustaisista 57 % ja venäläistaustaisista 23 % oli kokenut jonkin merkittävän traumatapahtuman entisessä kotimaassaan. Väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat olivat yleisimpiä kurditaustaisilla, joista joka kymmenes oli joskus saanut pysyvän vamman väkivallan vuoksi. Suomessa asuessaan nimittelyä ja sanallisia loukkauksia oli kohdannut arkipäivän elämässään yli viidennes kaikkien ryhmien vastaajista, ja epäkohteliaampi tai epäkunnioittavampi kohtelu oli tätäkin yleisempää. Vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita oli kurditaustaisista naisista peräti joka toisella, venäläistaustaisista naisista ja kurditaustaisista miehistä joka neljännellä, kun tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisessä väestössä vakavia masennus- ja ahdistusoireita oli alle 10 %:lla. Mielenterveyspalvelujen

käyttö oli kurdi- ja venäläistaustaisten ryhmissä yhtä yleistä kuin tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisessä väestössä, vaikka ajankohtaisten vakavien masennus- ja ahdistusoireiden esiintyvyys olikin näissä ryhmissä huomattavasti koko väestöä yleisempää.

Somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat käyttivät venäläistaustaisia ja tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotiasta koko väestöä enemmän terveyskeskuksen lääkärivastaanoton palveluita ja näistä käynneistä merkittävä osuus oli päivystyskäynntejä. Kaikki tutkitut maahanmuuttajataustaiset ryhmät käyttivät koko väestöä vähemmän yksityislääkärien ja työterveyslääkärien palveluita sekä lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä. Venäläistaustaisilla myös lääkärin palvelujen käyttö muualla kuin Suomessa oli yleistä. Hoidon saamisen esteistä yleisimpiä olivat jonotus hoitoon pääsemiseksi, liian korkeat hinnat ja kielivaikeudet. Kuntoutuksen koettu tarve oli huomattavan yleistä erityisesti venäläis- ja kurditaustaisilla, joista joka viides kertoi omasta mielestään tarvitsevansa kuntoutusta.

Syrjintäkokemukset olivat yleisempiä kauemmin Suomessa asuneilla ja nuorempina Suomeen muuttaneilla kuin lyhyemmän aikaa sitten ja vanhempana maahan muuttaneilla. Somalialais- ja kurditaustaisten fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vaikeudet olivat yleisempiä lyhyemmän aikaa sitten ja vanhempana Suomeen muuttaneilla. Venäläistaustaisista nuorempina maahan tulleilla oli enemmän koettuja ja traumatapahtumia, mielenterveyspalvelujen tarvetta ja päihteiden käyttöä. He olivat myös kokeneet useammin syrjintää ja kokivat harvemmin elämänsä merkitykselliseksi kuin vanhempina maahan tulleet.

Euroopan sosiaalirahaston rahoittaman *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky – seurantajärjestelmä kunnille* -hankkeen kehittämistyössä on edistetty tutkimuksessa käytettyjen menetelmien ja tutkimustulosten hyödyntämistä. Tutkimuksessa käytettyjä ja eri tutkimuskielille käännettyjä toiminta- ja työkyvyn mittaamenetelmiä on vapaasti saatavilla TOIMIA-tietokannasta. Tutkimuksen tuloksia raportoidaan myös interaktiivisessa Terveysverkko-palvelussa, jossa tietojen vertailu onnistuu väestöryhmittäin, alueittain sekä kansallisella tasolla. Lisäksi maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia suunnitellaan tutkittavaksi jatkossa osana Alueellista terveys- ja hyvinvointitutkimusta (ATH).

Maamu-hankkeessa kertyneiden kokemusten perusteella kieli- ja kulttuurivähemmistöjen tutkimuksessa haastavia ja lisäresursseja vaativia vaiheita ovat erityisesti tutkimushenkilöstön koulutus ja työnohjaus, henkilökohtainen kontaktin otto tutkittavien rekrytoinnissa, tutkittavien neuvonta sekä kielellis-kulttuurillisten erityisratkaisujen räätälöiminen. Tutkittavien äidinkielen käytöstä oli etua, mutta tutkittavien ja haastattelijoiden yhteinen kieli- ja kulttuuritausta voi myös jossain määrin hankaloittaa tiedonkeruuta. Kaikki tutkittavat eivät halua identifioitua etnisyyden perusteella ja sensitiivisten kysymysten käsittely oman yhteisön jäsenten kesken voi olla hankalaa. Tutkimuskunnissa järjestetyt työpajat olivat hyvä väylä tutkimustulosten levittämiseen, mutta tulosten hyödyntäminen vaatii pitkäjänteistä työskentelyä ja virastojen välistä yhteistyötä. Tutkimustuloksia käsiteltiin myös venäjän-, soma-

lin- ja kurdinkielellä järjestetyissä seminaareissa, jotka koettiin hyödyllisiksi sekä tulosten tulkinnassa tutkijoiden kannalta että tiedon jalkauttamisessa maahanmuuttajayhteisöihin.

Maahanmuuttajien terveystalvelujen, erityisesti mielenterveystalvelujen kehittämislä on kiire, sillä nykyinen talvelujärjestelmä ei tavoita kuin osan talveluja tarvitsevista. Terveysten edistämistalveluja ja kuntoutusta tarvitaan lihavuuden ja toimintakykyrajoitteiden ehkäisemiseksi ja vähäisen liikunnan ja mahdollisten ravitsemuksen puutteiden korjaamiseksi. Kansantautien, erityisesti diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen tarvitaan talveluja myös maahanmuuttajataustaisilla. Kotoutumisen tukeen, erityisesti kielitaidon, ja joissakin ryhmissä myös luku- ja kirjoitustaidon, parantamiseen tulee kiinnittää tähänastistakin enemmän huomiota. Hyväksi koettu elämäntalvelu ja luottamus suomalaiseen talvelujärjestelmään ovat vahvuuksia, joita voidaan pitää hyvinä lähtökohtina terveysten ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta.

Asiasanat: maahanmuuttaja, terveysten, hyvinvointi, toimintakyky

Tämä tiivistelmä on ruotsin-, englannin-, venäjän-, somalin- ja kurdinkielillä luvussa 18..

1 JOHDANTO

Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Mulki Mölsä

Vuoden 2011 lopussa Suomessa asui 266 000 ulkomailla syntynyttä henkilöä eli lähes viisi prosenttia koko väestöstä. 25–39-vuotiaista runsaat kymmenen prosenttia oli ulkomailla syntyneitä. Muita kieliä kuin suomea, ruotsia tai saamea äidinkielenään puhuvia asui Suomessa vuoden 2011 lopussa 245 000 ja ulkomaan kansalaisia 183 000. Ulkomailla syntyneiden määrä on nelinkertaistunut vuodesta 1990, ulkomaan kansalaisten määrä on seitsenkertaistunut ja vieraskielisten määrä on kymmenkertaistunut. Suomen väestönkasvusta viimeksi kuluneiden kahden vuosikymmenen aikana noin puolet on johtunut vieraskielisten lukumäärän kasvusta. (Tilastokeskus 2012.) Tuoreimmassa Tilastokeskuksen väestöennusteessa vuotuiseksi nettomaahanmuutoksi ennustetaan 17 000 henkeä (Väestöennuste 2012). Tältä pohjalta voidaan karkeasti ennakoita, että ulkomaalaistaustaisen väestön määrä kaksinkertaistuu nykyisestä noin vuoteen 2025 mennessä.

Maahanmuuttajien terveydestä, hyvinvoinnista ja kotoutumisesta suomalaisen yhteiskuntaan on verrattain vähän tutkimustietoa (esim. Gissler ym. 2006; Väänänen ym. 2009). 1990-luvulle saakka tätä voitiin perustella sillä, että ulkomaalaistaustaisen väestön määrä oli erittäin pieni, 0,5–1 prosenttia väestöstä. Maahanmuuton nopean vilkastumisen ansiosta jo runsaan vuosikymmenen kuluttua joka kymmenennellä suomalaisella on ulkomainen tausta. Kun muista maista on runsaasti tietoa siitä, että merkittävällä osalla maahanmuuttajista on huomattavia terveyden, hyvinvoinnin ja kotoutumisen ongelmia, on selvää, että ulkomaalaistaustaisen väestön hyvinvoinnista tarvitaan luotettavaa tietoa. Tiedontarvetta – ja tiedon hankkimisen haastavuutta – korostaa se, että osallistuminen väestötutkimuksiin on usein vähäisintä maahanmuuttajataustaisessa väestössä, eivätkä koko väestöön suunnatut tutkimukset yleensä tavoita riittävän hyvin ulkomailta Suomeen muuttaneita muun muassa kielivaikeuksien ja muiden kulttuuristen syiden takia.

Niissä Länsi-Euroopan maissa, joista tietoja on saatavissa, maahanmuuttajien terveys on yleensä heikompi kuin valtaväestön (Kumar ym. 2008; Mannila ym. 2008; Nazroo 1997; Smith ym. 2000). Maahanmuuttajaväestön ja kantaväestön terveyseroja on muun muassa koetussa terveydessä, sairastavuudessa, oireilussa ja kuolleisuudessa. Sosioekonomisia terveyseroja on havaittu myös maahanmuuttajaryhmien sisällä ja niiden välillä: koulutetuimmat ja varakkaimmat voivat paremmin kuin muut. Hiljattain maahan tulleiden fyysinen terveys on kuitenkin yleensä parempi kuin kantaväestön, koska muuttajat ovat nuoria ja usein vain terveimmät ovat lähteneet siirtolaisuuden raskaaseen prosessiin ja selvinneet siitä (ns. terveen siirtolaisen vaikutus). Asumisajan pidentyessä maahanmuuttajien enemmistön terveys kuitenkin heikkenee

suhteessa kantaväestöön monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta, kuten heikompien elinolojen, pienituloisuuden, syrjinnän ja yleisemmän työttömyyden vuoksi.

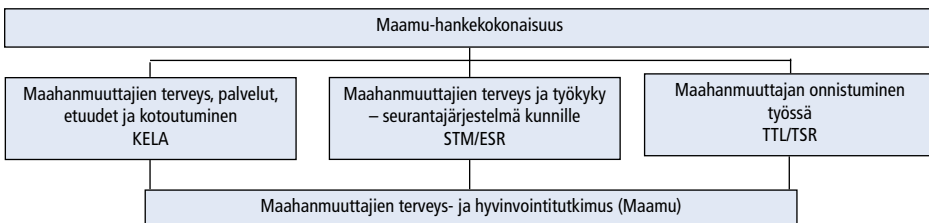
Monissa Euroopan maissa onkin nostettu maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi vahvasti esiin kansallisessa terveys- ja sosiaalipolitiikassa ja tunnistettu tähän liittyviä erityisiä tiedon tarpeita. Esimerkiksi Skotlannissa on laadittu vuonna 2009 maahanmuuttajien terveystutkimuksen strategia ja kehitetty terveysseurantaa niin, että se toisi esiin maahanmuuttajien erityiskysymykset (Bhobal 2012; NHS Health Scotland 2009).

Maahanmuuttajien elinoloista ja terveydestä tiedetään jonkin verran jo Suomessakin. Tilastokeskuksen vuonna 2002 toteuttamassa Maahanmuuttajien elinolututkimuksessa tutkittiin Venäjältä, Virosta, Somaliasta ja Vietnamista Suomeen muuttaneita aikuisia (Pohjanpää ym. 2003). Muuhun Suomen väestöön verrattuna maahanmuuttajien ikärakenteen havaittiin olevan nuorempi, perusasteen jälkeinen koulutus puuttui useammin, työttömyysaste oli suurempi ja tulot olivat pienemmät. Työttömyys ja pienituloisuus liittyvät usein erilaisiin hyvinvoinnin ja terveyden ongelmiin tai ennakoivat niitä. Tietomme Suomen maahanmuuttajien terveydestä, hyvinvoinnista, ja näihin liittyvistä tekijöistä on kuitenkin vielä hyvin niukkaa.

Maamu-hankekokonaisuus on koostunut kolmesta osahankkeesta: Sosiaali- ja terveysministeriön/Euroopan sosiaalirahaston rahoittamasta *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky – seurantajärjestelmä kunnille* -hankkeesta, Kelan rahoittamasta *Maahanmuuttajien terveys, palvelut, etuudet ja kotoutuminen* -hankkeesta sekä Työterveyslaitoksen koordinoimasta ja Työsuojelurahaston rahoittamasta *Maahanmuuttajan onnistuminen työssä* -hankkeesta (kuvio 1.1). Osahankkeilla on omat tavoitteensa ja painopisteensä, jotka kaikki rakentuvat Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa kerättävän tutkimustiedon pohjalle. Tämä raportti palvelee kaikkia kolmea osahanketta ja raportoitavat tulokset tuottavat keskeistä uutta tietoa osahankkeiden painopisteistä, kuten terveydestä, työkyvystä, palveluiden käytöstä ja kotoutumisesta. *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky – seurantajärjestelmä kunnille* -hankkeen kehittämistyötä on kuvattu tarkemmin luvussa 16. *Maahanmuuttajan onnistuminen työssä* -hankkeen tuloksia raportoidaan erikseen vuoden 2013 aikana (www.ttl.fi/mot).

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen suunnittelu aloitettiin vuonna 2008. Useimmat tutkimuksen asetelmaa, sisällön painopisteitä ja toteutusta koskevat perusratkaisut tehtiin vuonna 2009. Tutkimukseen päädyttiin valitsemaan

Kuvio 1.1. Maamu-hankekokonaisuus.



kolme kohderyhmää, jotka ovat lähtöisin eri suunnilta, ja niihin kuuluvien henkilöiden keskuudessa terveys- ja hyvinvointiongelmien voitiin olettaa profiloituvan eri lailla. Venäläistaustaiset olivat hankkeen suunnitteluvaiheessa suurin maahanmuuttajaryhmä Suomessa. Somalialaistaustaiset kuuluivat neljän suurimman maahanmuuttajaryhmän joukkoon ja olivat suurin pakolaistaustainen ja islaminuskoinen maahanmuuttajaryhmä Suomessa. Kurdinkieliset kuuluvat suurimpiin vieraskielisiin ryhmiin, ja lisäksi iranilaiset ja irakilaiset ovat viime vuosina olleet Suomeen tulleiden kiintiöpakolaisten suurimpien ryhmien joukossa. Käytettävissä olevat voimavarat eivät antaneet mahdollisuuksia valita useampia kohderyhmiä. Vuonna 2010 suunniteltiin tutkimuksen sisällön ja toteutuksen yksityiskohdat, rekrytoitiin ja koulutettiin tiedonkeruuhenkilöstö, testattiin tutkimussisältöä ja toimintatapoja esitutkimuksessa ja käynnistettiin esitutkimuksen kokemusten perusteella viimeistelty kenttätutkimus Helsingissä. Vuonna 2011 tiedonkeruu toteutettiin myös Espoossa, Vantaalla ja Turussa, keväällä 2012 Tampereella ja Vaasassa. Aineiston tarkistusten ja korjausten jälkeen syksyllä 2012 tehtiin tässä raportissa esiteltävät analyysit ja laadittiin nopealla aikataululla käsillä oleva raportti, jossa esitetään joitakin tuloksia tutkimuksen eri aihepiireistä. Raportti kattaa vain osan tutkimuksen laajasta sisällöstä, ja rajoittuu näiltäkin osin perustulosten kuvaamiseen.

Raportin alussa kuvataan aineisto ja menetelmät. Sen jälkeen esitellään päätuloksia terveydentilasta, sairauksista ja niiden riskitekijöistä, elinoloista, toiminta- ja työkyvystä, sosiaalisesta hyvinvoinnista, syrjintä- ja väkivaltakokemuksista sekä terveyspalvelujen tarpeesta ja käytöstä. Raportin lopussa esitetään tuloksia maahanmuuttoon liittyvien tekijöiden sekä koulutustason yhteyksistä terveyteen ja hyvinvointiin tarkasteltavissa väestöryhmissä. Raportin eri osissa verrataan venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten ryhmien tuloksia tutkimuspaikkakuntien koko väestöstä Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012) kerättyihin tietoihin kaikkien niiden muuttajien osalta, joista on ollut käytettävissä vertailukelpoiset tiedot Maamu- ja Terveys 2011 -tutkimuksista.

Tämän teoksen tarkoitus on saattaa Maamu-tutkimuksen keskeisiä havaintoja mahdollisimman varhain niitä tarvitsevien henkilöiden ja organisaatioiden käyttöön. Toivomme, että Maamu-hankkeen (www.thl.fi/maamu) suunnittelusta ja toteutuksesta vastanneen laajan projektiorganisaation ohella monet muutkin asian tuntijat hyödyntävät aineistoa syventämällä ja laajentamalla tässä raportissa esiteltäviä perustuloksia.

Lähteet

- Bhobal RS. Research agenda for tackling inequalities related to migration and ethnicity in Europe. *J Public Health* 2012;34:167–173.
- Gissler M, Malin M, Matveinen P, Sarvimäki M, Kangasharju A. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus-sarja: 296. Helsinki: Stakes; 2006.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Kumar BN, Grøtvedt L, Haakon E, Meyer A, Sogaard J, Bjørn HS. The Oslo Immigrant Health Profile. Rapport: 7. Folkhelseinstituttet; 2008.
- Mannila S. Maahanmuuttajien terveys. Suomen Lääkärilehti 2008;6332:2509–2513.
- Nazroo JY. The health of Britain's ethnic minorities. Findings from a national survey. Lontoo: Policy Studies Institute; 1997.
- NHS Health Scotland. Health in our Multi-ethnic Scotland. Future Research Priorities. The Scottish Ethnicity and Health Research Strategy Working Group; 2009. Saatavilla: <http://www.healthscotland.com/documents/3768.aspx>
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Smith DG, Chasturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Crit Public Health* 2000;10:375–408.
- Tilastokeskus. Taulukot tilastossa: Väestörakenne. Saatavilla: http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaerak/vaerak_fi.asp
- Väestöennuste 2012–2060. SVT Väestö 2012. Tilastokeskus; 2012. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_fi.pdf
- Väänänen A, Toivanen M, Aalto A-M, Bergbom B, Härköpää K, Jaakkola M, Koponen P, Koskinen S, Kuusio H, Lindström K, Malin M, Markkula H, Mertaniemi R, Peltola U, Seppälä U, Tiitinen E, Vartia-Väänänen M, Vuorenmaa M, Vuorento M, Wahlbeck K. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta: 9. Helsinki: Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveystieteiden tutkimuslaitos; 2009.
- www.thl.fi/maamu. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu).
- www.ttl.fi/mot. Maahanmuuttajan onnistuminen työssä.

2 MENETELMÄT

2.1 Otos ja katoanalyysi

Tommi Härkönen

- Otokset (1000 henkilöä per tutkittu ryhmä) poimittiin paikkakunnittain (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere, Vaasa) ennen tiedonkeruun alkamista.
- Osallistumisaktiivisuus oli muita korkeampi naisilla, venäläistaustaisilla, pääkaupunkiseudun ulkopuolella asuvilla, naimisissa olevilla ja varttuneemmilla maahanmuuttajilla.
- Kadon vaikutuksia korjattiin tätä raporttia varten tehdyissä analyyseissä käytetyillä painokertoimilla.

Otospoiminta

Tutkimukseen valittiin kolme maahanmuuttajataustaista ryhmää. Venäläistaustaisen ryhmä määriteltiin henkilöiksi, joilla Väestörekisterikeskuksen tiedon mukaan syntymävaltio oli Venäjä tai Neuvostoliitto, ja äidinkieli venäjä tai suomi. Somalialaistaustaisen ryhmä määriteltiin henkilöiksi, joiden syntymävaltio oli Somalia. Kurditaustaisen ryhmä määriteltiin henkilöiksi, joiden syntymävaltio oli Irak tai Iran, ja äidinkieli oli kurdi.

Ikäraajauksena oli 18–64-vuotiaat. Otoksen poimintakriteerinä oli vähintään yhden vuoden asumisaika Suomessa. Otokseen poimitun henkilön lisäksi poimittiin myös tiedot mahdollisesta aviopuolisosta ja lapsista sekä muista asutokunnassa asuvista. Väestörekisterikeskuksen suorittamat otospoiminnat toteutettiin ositettuna otantana tutkimuspaikkakunnittain ja -ryhmittäin yksinkertaisella satunnaisotannalla siten, että tiedonkeruu alkaisi mahdollisimman pian otospoiminnan jälkeen, jolloin Väestörekisterikeskuksesta saatavat osoitetiedot olisivat mahdollisimman ajantasaiset. Otoksot valittiin siten, että pienemmiltä paikkakunnilta poimittiin suhteessa suurempi osuus maahanmuuttajista tulosten tarkkuuden parantamiseksi. Taulukossa 2.1.1 esitetään otoksot tutkimusryhmittäin ja -kaupungeittain.

Taulukko 2.1.1. Otoksot tutkimuspaikkakunnittain ja -ryhmittäin.

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Yhteensä
Venäläistaustaiset	305	155	175	136	129	100	1 000
Somalialaistaustaiset	386	197	195	122	100	0	1 000
Kurditaustaiset	240	164	143	222	131	100	1 000
Yhteensä	931	516	513	480	360	200	3 000

Väestörekisterikeskuksesta saadun tiedon mukaan venäläistaustaisten ryhmässä syntymävaltio oli Neuvostoliitto 92,8 %:lla ja Venäjä 7,2 %:lla otoksen tutkittavista. Syntymäkaupungin mukaan määriteltynä Venäjän alueella syntyneitä oli 83,1 %, Ukrainan alueella syntyneitä 5,7 %, Viron alueella syntyneitä 3,0 %, Kazakstanin alueella syntyneitä 1,6 % ja Valko-Venäjän alueella syntyneitä 1,4 % tutkittavista. Muilla alueilla sijaitsevia tai tuntemattomia syntymäkaupunkeja oli vain yksittäisten tutkittavien kohdalla, yhteensä 5,2 %:lla tutkittavista. Kurditaustaisten ryhmässä Irakissa syntyneitä oli 61,9 % ja Iranissa syntyneitä oli 38,1 %.

Asuntokunta- ja perherakenteiden selvittämiseksi kenttätutkimuksen tarkempaa suunnittelua varten poimittiin koko maan kattava koeotos tämän tutkimuksen kohteena olevista maahanmuuttajataustaisista ryhmistä keväällä 2010. Otokoot olivat samat kuin taulukossa 2.1.1, ja lisäksi muualta maasta poimittiin 400 venäläis-, 250 somalialais- ja 300 kurditaustaista. Koeotokseen poimituista, Helsingissä asuvista poimittiin satunnaisesti tutkimuksen pilottivaiheeseen (ks. luku 2.2) 50 henkilöä jokaisesta tutkimusryhmästä.

Kato ja sen huomioiminen tilastollisissa analyyseissa

Taulukossa 2.1.2 esitetään otokoot ja eri tutkimuksen osiin osallistuneiden henkilöiden lukumäärät ja osallistumisasteet sukupuolittain tutkimusryhmän, ikäryhmän, tutkimusalueen ja siviilisäädyn mukaan luokiteltuina. Katoon jäämistä ennustavia tekijöitä arvioitiin käyttämällä logistista regressiomallia, jossa vasteena oli osallistumistieto. Paras malli valittiin käyttämällä Bayesilaista informaatiokriteeriä (BIC, Schwarz 1978), joka sisälsi edellä mainittujen muuttujien päävaikutustermit (taulukko 2.1.3). Tutkimusryhmä oli yksinään lähes yhtä hyvä kuin kaikki päävaikutukset sisältävä malli. Yhdysvaikutukset eivät parantaneet mallin ennustekykyä.

Tarkasteltaessa ennustavien tekijöiden vakioituja yhteyksiä päävaikutusmallin avulla, somalialaistaustaisten osallistumisaktiivisuus oli tutkimusryhmistä matalin, ja myös kurditaustaisten osallistumisaktiivisuus oli merkittävästi matalampi kuin venäläistaustaisilla (taulukko 2.1.4). Nuorimmassa ikäluokassa (18–24-vuotiaat) osallistumisaktiivisuus oli matalampi kuin 35 vuotta täyttäneillä. Naisten osallistumisaktiivisuus oli korkeampi kuin miesten. Turussa, Tampereella ja Vaasassa osallistumisaktiivisuus oli korkeampi kuin Helsingissä. Naimisissa olevien osallistumisaktiivisuus oli korkeampi kuin ei naimisissa olevien.

Kadon vaikutuksia korjattiin IPW-menetelmällä (Robins ym. 1994) ikäluokan, sukupuolen, tutkimusryhmän, tutkimuspaikkakunnan ja siviilisäätiedon suhteen. Painokertoimet muodostettiin laskemalla edellä mainitun päävaikutusmallin (taulukko 2.1.4) avulla jokaiselle tutkimukseen osallistuneelle yksilölle ennustetodennäköisyys osallistua tutkimukseen. Kadon huomioiva painokerroin on tämän todennäköisyyden käänteisluku. Katoon jääneille painokerroin määriteltiin nollassi. Väestöä edustavien tulosten saamiseksi painokertoimet kalibroitiin siten, että painokertoimien summa jokaisessa tutkimuspaikkakunnan ja tutkimusryhmän muodostamassa ositteessa vastasi perusjoukon kokoa (väkiluku).

Taulukko 2.1.2. Otokoot (N) sekä eri tutkimuksen osiin osallistuneiden lukumäärät (N) ja osallistumisasteet (%) sukupuolittain.

Muut-tuja	Luokka	Miehet											
		Otos	Osallistuneet										
			N	H tai TT tai LH ¹		H tai LH ¹		H ¹		TT ¹		LH ¹	
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ikä	18–24	335	180	53,7	175	52,2	132	39,4	124	37,0	43	12,8	
	25–34	427	248	58,1	235	55,0	183	42,9	184	43,1	52	12,2	
	35–44	323	191	59,1	186	57,6	150	46,4	140	43,3	36	11,1	
	45–54	237	137	57,8	133	56,1	102	43,0	102	43,0	31	13,1	
	55–64	99	68	68,7	68	68,7	54	54,5	50	50,5	14	14,1	
Ryhmä	Venäjä	378	257	68,0	253	66,9	188	49,7	168	44,4	65	17,2	
	Somali	469	228	48,6	218	46,5	155	33,0	155	33,0	63	13,4	
	Kurdi	574	339	59,1	326	56,8	278	48,4	277	48,3	48	8,4	
Alue	Helsinki	438	219	50,0	210	47,9	182	41,6	163	37,2	28	6,4	
	Espoo	211	117	55,5	113	53,6	83	39,3	86	40,8	30	14,2	
	Vantaa	235	136	57,9	131	55,7	84	35,7	80	34,0	47	20,0	
	Turku	231	159	68,8	153	66,2	120	51,9	125	54,1	33	14,3	
	Tampere	194	118	60,8	116	59,8	92	47,4	86	44,3	24	12,4	
	Vaasa	112	75	67,0	74	66,1	60	53,6	60	53,6	14	12,5	
Siviili-sääty	Naimi-sissa	887	566	63,8	544	61,3	426	48,0	417	47,0	118	13,3	
	Ei naimi-sissa	534	258	48,3	253	47,4	195	36,5	183	34,3	58	10,9	
Muut-tuja	Luokka	Naiset											
		Otos	Osallistuneet										
			N	H tai TT tai LH ¹		H tai LH ¹		H ¹		TT ¹		LH ¹	
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ikä	18–24	298	153	51,3	152	51,0	114	38,3	116	38,9	38	12,8	
	25–34	451	275	61,0	272	60,3	201	44,6	204	45,2	71	15,7	
	35–44	368	259	70,4	254	69,0	194	52,7	195	53,0	60	16,3	
	45–54	327	230	70,3	224	68,5	179	54,7	176	53,8	45	13,8	
	55–64	135	97	71,9	96	71,1	74	54,8	69	51,1	22	16,3	
Ryhmä	Venäjä	622	441	70,9	439	70,6	341	54,8	300	48,2	98	15,8	
	Somali	531	284	53,5	271	51,0	191	36,0	222	41,8	80	15,1	
	Kurdi	426	289	67,8	288	67,6	230	54,0	238	55,9	58	13,6	
Alue	Helsinki	493	301	61,1	296	60,0	227	46,0	229	46,5	69	14,0	
	Espoo	305	181	59,3	177	58,0	128	42,0	137	44,9	49	16,1	
	Vantaa	278	178	64,0	174	62,6	116	41,7	120	43,2	58	20,9	
	Turku	249	174	69,9	174	69,9	140	56,2	133	53,4	34	13,7	
	Tampere	166	115	69,3	114	68,7	100	60,2	93	56,0	14	8,4	
	Vaasa	88	65	73,9	63	71,6	51	58,0	48	54,5	12	13,6	
Siviili-sääty	Naimi-sissa	978	660	67,5	652	66,7	501	51,2	491	50,2	151	15,4	
	Ei naimi-sissa	601	354	58,9	346	57,6	261	43,4	269	44,8	85	14,1	

¹ Tutkimuksen osa [H=Haastattelu; LH=Lyhythaastattelu; TT=Terveystarkastus]

Taulukko 2.1.3. Kadon vaikutusten korjaamiseen käytettävien mallien valinta käytettäessä osallistumiskriteerinä osallistumista mihin tahansa tutkimuksen osaan (vrt. taulukko 2.1.2. H tai TT tai LH).

Malli	BIC ¹
Päävaikutukset	3953
Ryhmä	3955
Päävaikutukset+Sukupuoli*Siviilisääty	3960
Päävaikutukset+Ryhmä*Siviilisääty	3965
Päävaikutukset+Sukupuoli*Ryhmä	3968
Päävaikutukset+Sukupuoli*Siviilisääty +Ryhmä*Siviilisääty	3972
Päävaikutukset+Ryhmä*Alue	3973
Päävaikutukset+Ikä*Sukupuoli	3975
Päävaikutukset+Sukupuoli*Ryhmä+Sukupuoli*Siviilisääty	3975
Päävaikutukset+Ikä*Sukupuoli+Sukupuoli*Siviilisääty	3978
Päävaikutukset+Sukupuoli*Siviilisääty+Ryhmä*Alue	3979
Päävaikutukset+Sukupuoli*Ryhmä+Ryhmä*Siviilisääty	3980
Siviilisääty	3980
Päävaikutukset+Ikä*Siviilisääty	3982
Päävaikutukset+Ryhmä*Alue+Ryhmä*Siviilisääty	3985
Päävaikutukset+Ikä*Sukupuoli+Ryhmä*Siviilisääty	3986
Päävaikutukset+Ikä*Ryhmä	3988
Päävaikutukset+Sukupuoli*Ryhmä+Ryhmä*Alue	3988
Päävaikutukset+Ikä*Siviilisääty+Sukupuoli*Siviilisääty	3988
Päävaikutukset+Ikä*Sukupuoli+Sukupuoli*Ryhmä	3989

¹ BIC=Bayesilainen informaatiokriteeri

Taulukko 2.1.4. Ennustavien tekijöiden vakioidut yhteydet osallistumiseen mihin tahansa tutkimuksen osaan (vrt. taulukko 2.1.2. H tai TT tai LH).

Selittäjä	Luokka	OR ¹	95 %:n luottamusväli
Vakiotermi		1,016	0,784–1,316
Ikäluokka	25–34	1,126	0,904–1,403
	35–44	1,397	1,100–1,774
	45–54	1,287	1,000–1,656
	55–64	1,486	1,057–2,089
	Sukupuoli	Naiset	1,280
Ryhmä	Somali	0,499	0,412–0,606
	Kurdi	0,748	0,615–0,910
Tutkimusalue	Espoo	1,061	0,849–1,326
	Vantaa	1,196	0,955–1,498
	Turku	1,757	1,379–2,238
	Tampere	1,442	1,112–1,871
	Vaasa	1,544	1,094–2,178
Siviilisäätty	Naimisissa	1,552	1,317–1,829

¹ OR=Odds ratio, vetosuhte

Lähteet

Robins JM, Rotnitzky A, Zhao LP. Estimation of regression coefficients when some regressors are not always observed. *J Am Statist Assoc* 1994;89:846–866.

Schwarz GE. Estimating the dimension of a model. *Ann Stat* 1978;6:461–464.

2.2 Tutkimuksen toteutus ja tiedonkeruun toteutuksen arviointi

Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen

- Tutkimuksen tiedonkeruuvaiheeseen rekrytoitiin työntekijöiksi venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisia maahanmuuttajia, jotka puhuivat sekä tutkittavien kohderyhmien kieltä että suomea. Tällä pyrittiin lisäämään luottamusta, ymmärrettävyyttä, sekä lähtö- ja tulomaiden kulttuurien ja järjestelmien tunte-
musta.
- Tutkittavien tavoittamiseen käytettiin huomattavasti resursseja. Tutkittavia tavoitettiin muun muassa kotiovikäynneillä.
- Tutkimuksen toteutuksesta ja alustavista tuloksista tiedotettiin aktiivisesti jo tiedonkeruuvaiheessa, esimerkiksi kuntatyöpajoissa, tutkittavien kohderyhmien omalla kielellä järjestetyissä seminaareissa sekä lukuisissa kutsuesityksissä.

Koska Suomessa ei oltu aikaisemmin tehty vastaavaa, terveystarkastusosuutta sisältävää väestötutkimusta maahanmuuttajille, edelsi tiedonkeruun toteutusta suunnittelu- ja valmisteluvaihe, jolla pyrittiin varmistamaan, että käytettävät tutkimuskysymykset ja tiedonkeruumenetelmät soveltuisivat eri kieli- ja kulttuuriryhmille (Malin & Raisamo 2011). Toisaalta tutkimuksen valmisteluvaiheessa päätettiin, että on tärkeää saada aiempien ja samanaikaisesti toteutettavien koko Suomen väestöön kohdistuvien tutkimusten kanssa vertailukelpoista tietoa. Ratkaisut tutkimuksessa käytettävistä mittareista ja menetelmistä jouduttiin tekemään siis tasapainoitellen valinnoissa sekä kulttuurisensitiivisyyttä että tiedon vertailukelpoisuutta.

Tutkimuksen suunnittelu, valmistelu ja pilottivaihe

Maamu-hankkeen suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi THL:n asiantuntijaryhmä yhdessä laajan yhteistyöverkoston kanssa (mm. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Työterveyslaitos, Kansaneläkelaitos, Väestöliitto, Tilastokeskus, Kidutettujen kuntoutuskeskus, Helsingin yliopisto ja tutkimukseen osallistuvat kunnat). Tutkimuksen alustava suunnittelu alkoi vuonna 2008, ja varsinainen toteutuksen suunnittelu käynnistyi sen rahoituksen varmistuttua vuonna 2009. Tutkimuksessa toimi sen tiedonkeruun suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin aktiivivaiheen ajan (2010–2012) kokopäiväisinä tai lähes kokopäiväisinä työntekijöinä projektipäällikkö, projektikoordinaattori ja tutkijalääkäri, jotka saivat tarvittaessa työskentelyyn tukea hankkeen muulta ydinryhmältä (tutkimuksen johtaja ja erikoistutkija) sekä asiantuntijaryhmiltä. Maahanmuuttajien terveys ja työkyky – seurantarjestelmä kunnille -osahankkeen toteutumista valvoi lisäksi THL:n asettama ohjausryhmä.

Tutkimuksen valmisteluvaiheessa toteutettiin kutakin kolmea kohderyhmää koskevia fokusryhmähaastatteluja, joihin kutsuttiin venäläis-, somalialais- ja kurdi-taustaisia Suomessa rekisteröityjä tai laillistettuja terveysalan ammattilaisia keskustelemaan asioista, joita kyseistä ryhmää tutkittaessa tulisi erityisesti ottaa huomioon. Näitä olivat esimerkiksi sukupuoliroolien huomioiminen, yhteisöissä arkaluontoisiksi koetut kysymykset ja mittaukset sekä islaminuskoisten viettämän Ramadanin huomioiminen. Fokusryhmätilaisuuksiin osallistuneilta henkilöiltä pyydettiin myös palautetta alustavista tutkimuslomakkeista. Lisäksi konsultoitiin henkilökohtaisissa haastatteluissa ja puhelinhaastatteluissa lukuisia fokusryhmätilaisuuksiin kutsuttuja terveysalan ammattilaisia, jotka eivät halunneet tai pystyneet osallistumaan ryhmätilaisuuksiin.

Hankkeen ensimmäisen varsinaisen toimintavuoden 2010 alussa muodostettiin hankkeen organisaatio (ks. liite 3), päätettiin tutkimuksessa käytettävistä menetelmistä ja protokollasta, luotiin puitteet kuntayhteistyöhön ja tuotettiin menetelmistä tarvittavat kieliversiot. Tutkimuksen tiedonkeruuta toteuttaneet työntekijät rekrytoitiin kesällä 2010, ja heidän koulutuksensa toteutettiin syksyllä 2010. Kaikki työntekijät saivat kaksi viikkoa kestäneen koulutuksen, jonka aikana käsiteltiin muun muassa tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta, tutkittavien rekrytointia, haastatteluissa ja terveystarkastuksissa käsiteltäviä aihepiirejä sekä haastattelutekniikkaa. Tutkimushoitajien koulutus oli viikon pidempi ja sen aikana käytiin läpi terveystarkastuksissa käytetyt mittausmenetelmät, joita myös harjoiteltiin käytännössä. Kouluttajina toimivat pääasiassa hankkeen valmisteluun osallistuneet asiantuntijat. Myöhemmässä vaiheessa, kun työntekijöitä rekrytoitiin tiedonkeruun ollessa jo käynnissä, nämä uudet työntekijät saivat noin viikon kestäväen koulutuksen ja muuta tehostettua ohjausta tehtäviinsä ensimmäisten työviikkojen ajan.

Kutakin kolmea tutkimuksen kohderyhmää varten muodostettiin kenttätyöntekijöiden tiimi, joista kukin koostui yhdestä koordinaattorista, yhdestä tutkimushoitajasta sekä kahdesta tai kolmesta tutkimushaastattelijasta. Koordinaattorin keskeisimpinä työtehtävinä olivat oman tiimin työskentelyn koordinointi, tutkittavien tavoittaminen ja haastattelujen ja terveystarkastusten ajanvaraus. Tutkimushoitajien työtehtäviin kuului pääasiallisesti terveystarkastusten suorittaminen, ja tutkimushaastattelijat puolestaan suorittivat tutkimuksen haastatteluosuuden. Tiimin kaikki työntekijät tekivät mahdollisuuksien mukaan myös muita avustavia tehtäviä. Kaikki tiimien kenttätyöntekijät olivat venäläis-, somalialais- tai kurdi-taustaisia maahanmuuttajia, jotka puhuivat sekä tutkittavien kohderyhmien äidinkieltä että suomea. Kohderyhmien kanssa saman maahanmuuttajataustan ja kielen jakavan kenttähenkilökunnan rekrytoinnin tavoitteena oli lisätä luottamusta, ymmärrettävyyttä, sekä lähtö- ja tulomaiden kulttuurien ja järjestelmien tuntemusta. Lisäksi kuhunkin tiimiin rekrytoitiin tiedonkeruuvaiheen ajan harjoittelijoita tehostamaan tiedonkeruun toteutumista, erityisesti avustamaan kotiovikäyntien tekemisessä, tutkittujen tavoittamisessa ja muissa avustavissa tehtävissä. Harjoittelijat olivat tavallisimmin suorittamassa opintoihinsa liittyviä harjoittelujaksoja tai he olivat työelämävalmen-

nettavia, ja he työskentelivät tilanteestaan riippuen eri mittaisia jaksoja. Harjoittelijoina toimi sekä kohderyhmien äidinkieliä puhuvia maahanmuuttajia että suomenkielisiä henkilöitä.

Ennen varsinaisen aineistonkeruun aloittamista toteutettiin syyskaudella 2010 tutkimuksen pilottivaihe, jossa testattiin tutkimukseen suunniteltua protokollaa ja menetelmiä todellisissa kohderyhmissä. Pilottivaiheeseen kutsuttiin 150 tutkittavaa, 50 kustakin kohderyhmästä ja se toteutettiin varsinaisen tutkimuksen suunnittelun protokollan mukaisesti. Pilottivaiheeseen osallistui 43 % kutsutuista tutkittavista (n=64). Osallistumisaktiivisuus vaihteli kohderyhmittäin: venäläistaustaisten ryhmässä osallistumisaktiivisuus oli pilottivaiheessa 56 %, somaliaistaustaisten ryhmässä 36 % ja kurditaustaisten ryhmässä 38 %. Kadon tärkeimpiä syitä olivat kieltäytyminen (noin 25 %), tavoittamatta jääneet tutkittavat (noin 15 %) ja ulkomaille tai toiselle paikkakunnalle muuttaminen (noin 10 %). Somalialais- ja kurditaustaisten ryhmässä tutkittiin lisäksi yhteensä seitsemän vapaaehtoista, ei pilottivaiheen satunnaisotantaan kuuluvaa henkilöä, jotta kenttätyöntekijät saivat tarpeeksi kokemusta haastatteluiden ja terveystarkastusten tekemisestä.

Pilottivaiheen kokemusten perusteella tutkimuksen protokollaa muokattiin seuraavasti: haastattelun sisältöä supistettiin, tiedotteita ja suostumuslomakkeita yksinkertaistettiin, kenttähenkilöstöä koulutettiin lisää ja ohjeistuksia tarkennettiin. Tutkittavien tavoittamiskäytäntöjä yhdenmukaistettiin ja päätettiin varsinaisen aineiston tutkittavien tavoittamisesta myös perheenjäsenien kautta. Lisäksi esitteet uudistettiin, tiedotusta lisättiin erityisesti kenttähenkilöstön ja vastuutiedottajan kautta ja aloitettiin tiedottaminen myös sosiaalisen median kautta (Facebook). Tiedotuksessa käytettäviä termejä hiottiin (esim. ”maahanmuuttaja” -termin sijaan pyrittiin käyttämään sanavalintaa ”Suomeen muuttaneet”). Pilottivaiheen jälkeen hankkeeseen rekrytoitiin osa-aikaisesti toimiva vastaava tutkimushoitaja, jonka tehtävänä oli erityisesti tutkimushoitajien työskentelyn tukeminen ja ohjaus. Vastaava tutkimushoitaja toimi myös tarvittaessa tutkimushoitajien sijaisena silloin, kun terveystarkastus voitiin tehdä suomen kielellä.

Tutkittavien tavoittaminen ja osallistumaan kutsuminen

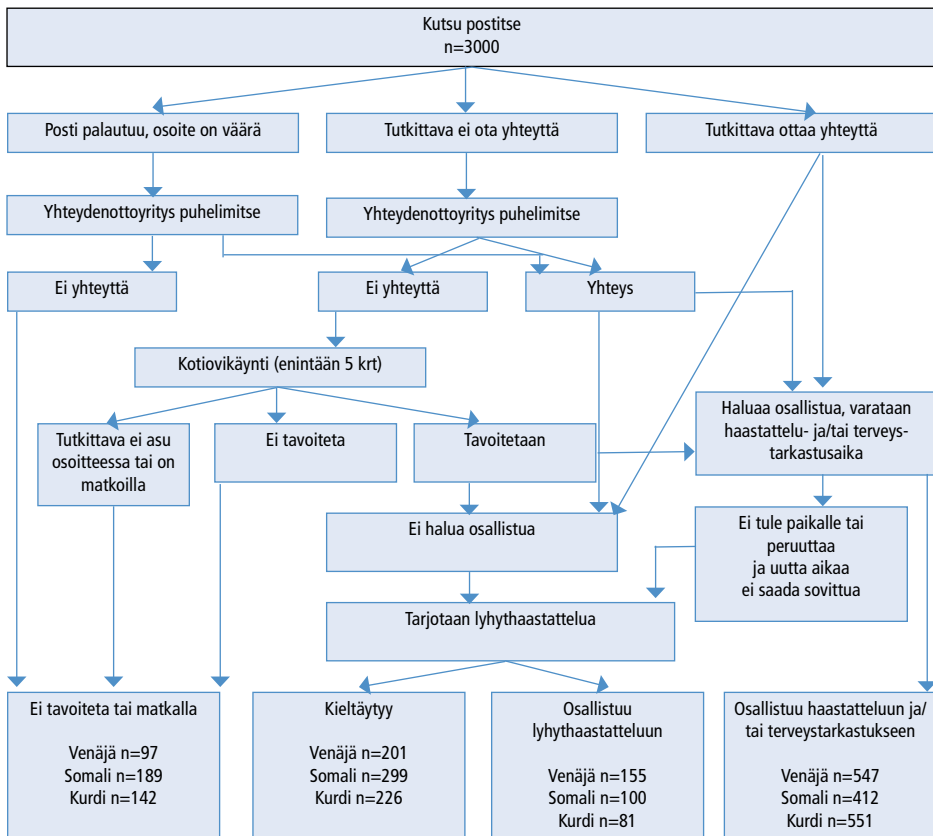
Tutkittavien tavoittamisen protokollaa kuvataan kuviossa 2.2.1. Tutkimuksessa oli kaksi varsinaista vaihetta, haastattelu ja terveystarkastus, ja lisäksi haastattelusta supistettu lyhythaastattelu pitkästä haastattelusta kieltäytyville tutkittaville. Näiden sisältöjä kuvataan tarkemmin luvussa 2.3.

Saatuun otostiedot tutkimukseen kutsuttavista tutkittavista (ks. luku 2.1) kunkin tiimin koordinaattori lähetti tutkittaville postitse kutsukirjeen tutkimukseen sekä kohderyhmän äidinkielellä (venäjä, somali ja kurdinkielen soranin murre) että suomenkielellä Väestörekisterikeskuksesta saatuun osoitteeseen. Kutsussa kerrottiin tutkimuksen sisällöstä ja merkityksestä, ja pyydettiin tutkittavaa soittamaan koordi-

naattorin ilmaiseen puhelinnumeroon. Mikäli tutkittava kirjeen saatuaan soitti koordinaattorille, kertoi koordinaattori hänelle puhelimitse tarkemmin tutkimuksesta ja pyrki varaamaan tutkittavalle ajan haastatteluun ja/tai terveystarkastukseen.

Mikäli tutkittava ei soittanut kutsukirjeen saatuaan, ja mikäli tutkittavalle oli Väestörekisterikeskuksen tiedoissa tai Fonecta-puhelinnumeropalvelun avulla saatavissa puhelinnumero, yritti koordinaattori tavoittaa tutkittavaa puhelimitse. Fonectan puhelinnumerotiedot tilattiin myös tutkittavien kanssa samassa osoitteessa asuville henkilöille, joiden kautta tutkittavia yritettiin myös tavoittaa tarvittaessa. Mikäli koordinaattori sai tutkittavaan puhelimitse yhteyden, kertoi hän tutkittavalle puhelimitse tarkemmin tutkimuksesta ja pyrki varaamaan hänelle ajan haastatteluun ja/tai terveystarkastukseen. Mikäli tutkittavalle ei ollut saatavilla toiminnassa olevaa puhelinnumeroa, tai häntä ei saatu siitä kiinni, kenttäyöntekijä (koordinaattori, tutkimushoitaja, tutkimushaastattelija tai harjoittelija) toteutti hänen osoitteeseensa niin sanotun kotiovikäynnin. Kotiovikäynnillä kenttäyöntekijä yritti tavoittaa tutkittavan henkilökohtaisesti hänen kotoaan, ja mikäli hänen onnistui tavoittaa tut-

Kuvio 2.2.1. Tutkittavien tavoittaminen.



kittäva, kertoi hän tutkittavalle tarkemmin tutkimuksesta ja pyrki varaamaan hänelle ajan haastatteluun ja/tai terveystarkastukseen. Mikäli kotiovelta tavoitettiin joku muu samassa kotitaloudessa asuva, esimerkiksi tutkittavan sukulainen, kysyttiin häneltä mahdollisuutta saada tutkittavan puhelinnumero soittoa varten, ja mikäli tämä ei ollut mahdollista, jätettiin tutkittavalle soittopyyntö. Mikäli tutkittavaa ei tavoitettu kotiovelta, jatkettiin kotiovikäyntien tekemistä aina viiteen kertaan saakka. Mikäli viiden kotiovikäynnin jälkeen tutkittavaa ei tavoitettu, laskettiin hänet ”ei-tavoitetuksi”. Lisäksi kerättiin tietoja siitä, mikäli esimerkiksi kotiovikäynnin yhteydessä tavattu muu tutkittavan tunteva henkilö ilmoitti tutkimukseen kutsutun henkilön olevan muuttanut tai matkalla, tai mikäli muuten vaikutti siltä, että tutkittava ei asunut kyseisessä osoitteessa. Mikäli posti palautti tutkittavalle lähetetyn kutsukirjeen väärän osoitteen vuoksi, yritettiin tutkittavaa tavoittaa puhelimitse, ja mikäli puhelinnumerotietoja ei ollut saatavilla, laskettiin hänet ”ei-tavoitetuksi”. Kotiovikäyntejä pyrittiin toteuttamaan eri kellonaikoina ja viikonpäivinä tutkittavien tavoittamisen maksimoimiseksi.

Mikäli tutkittava tavoitettiin, mutta hän ei halunnut osallistua haastatteluun tai terveystarkastukseen, pyydettiin häntä osallistumaan lyhythaastatteluun, joko henkilökohtaisesti kotiovikäynnin yhteydessä, puhelimitse, postitse tai sähköpostitse. Joissain tapauksissa tutkittavat halusivat osallistua vain joko terveystarkastukseen tai haastatteluun, mikä tutkimuksen kaksivaiheisuuden vuoksi oli myös mahdollista. Mikäli tutkittava osallistui terveystarkastukseen, muttei halunnut osallistua haastatteluun, tarjottiin hänelle mahdollisuutta osallistua lyhythaastatteluun pitkän haastattelun sijasta. Tutkittava laskettiin kieltäytyneeksi, mikäli häneen oltiin saatu henkilökohtainen yhteys, mutta hän ei halunnut osallistua (edes lyhythaastatteluun), mikäli hän jäi miettimään asiaa, mutta häntä ei yrityksistä huolimatta enää tavoitettu, tai mikäli hänelle varattiin aika, mutta hän peruutti sen tai ei ilmaantunut paikalle, eikä häntä enää tavoitettu. Haastattelujen, terveystarkastusten, lyhythaastattelujen ja kotiovikäyntien ajanvarauksessa ja yhteydenottoyritysten kirjaamisessa käytettiin sähköistä logistiikkajärjestelmää.

Tutkittavien motivoimiseksi osallistumaan tutkimukseen järjestettiin osallistuneiden kesken arvontoja kussakin tutkimuskaupungissa. Arvottavat tuotteet saatiin lahjoituksina, ja palkintoina oli muun muassa lahjakortteja liikuntakeskuksiin ja uimahalleihin, elokuva- ja teatterilippuja sekä kauneudenhoitotuotteita.

Tiedonkeruun toteutus

Tutkimuksen varsinainen tiedonkeruu alkoi Helsingistä joulukuussa 2010 ja eteni siitä Espooseen huhti-toukokuussa 2011, Vantaalle elo-syyskuussa 2011, Turkuun loka-marraskuussa 2011, Tampereelle joului-tammikuussa 2011–2012 ja Vaasaan helmi-maaliskuussa 2012. Tutkimuksen tiedonkeruuvaihe päättyi Vaasaan huhtikuussa 2012. Huhtikuun 2012 loppuun asti kerättiin pienimuotoisesti myös järjestyksessä aikaisempien tutkimuskaupunkien aineistoa, etenkin lyhythaastatteluja.

Varsinainen tutkimustieto kerättiin haastattelun, terveystarkastuksen ja lyhyt-haastattelun avulla, joiden sisältöjä kuvataan tarkemmin luvussa 2.3. Alkuperäisen tutkimusprotokollan mukaan tutkittaville tehtiin ensin haastattelu, yleensä heidän kotonaan, jonka jälkeen pyrittiin sopimaan aika terveystarkastukseen, joka käytännön syistä tuli toteuttaa aina tietyssä kunnan määrittämässä tutkimuspisteessä. Käytännön syistä protokollaa muutettiin tiedonkeruun alkuvaiheessa kuitenkin niin, että haastattelun ja terveystarkastuksen järjestykseen ei kiinnitetty huomioita, ja haastattelu voitiin tehdä, ja yleensä tehtiinkin, muuallakin kuin tutkittavan kotona. Nämä muutokset perustuivat havaintoihin siitä, että tutkittavat halusivat useimmiten osallistua tutkimuksen molempiin osiin samassa yhteydessä tutkimuspisteellä, ja harvemmin kodissaan. Nämä ratkaisut olivat myös kenttähenkilöstölle helpompia, sillä näin heidän ei tarvinnut matkustaa tutkittavien koteihin eri puolille kaupunkia, vaan he saattoivat tehdä päivittäin useampia haastatteluja tutkimuspisteessä.

Tutkittaville kustannettiin heidän niin toivoessaan tutkimuspaikalle pääsemiseen tarvittavat matkat (liikuntarajoitteisille tarvittaessa taksilla), minkä lisäksi heille tarjottiin välipala terveystarkastuksen jälkeen. Tutkittavat saivat itseään koskevat tulokset terveystarkastuksesta ja laboratoriokokeista. Muutoin tutkittavat eivät saaneet osallistumisesta korvausta.

Kunkin kaupungin tiedonkeruun yksityiskohtia suunniteltiin kyseisen kaupungin kenttävaiheen lähestyessä yhdessä kaupungin hankkeelle nimeämän yhteyshenkilön ja hänen määrittämänsä yhteistyöverkoston kanssa. Suunniteltavia asioita olivat muun muassa tutkimuspisteen tilat, vaatimukset ja sijainti, laboratorionäytteiden ottamisen ja näytteiden käsittelyn järjestäminen, tutkittavien tavoittaminen ja tiedottaminen sekä kenttähenkilökunnan matkustaminen ja majoittuminen (pääkaupunkiseudun ulkopuolella). Tiedonkeruun toteutuksen yksityiskohdat saattoivat pienissä määrin vaihdella eri tutkimuskaupungeissa, käytännön mahdollisuuksista riippuen. Vaihtelua oli esimerkiksi siinä, valittiinko tutkimuspiste sen yhteydessä sijaitsevan laboratorionäytteen perusteella, vai oliko terveystarkastuspisteeseen rekrytoitu erillinen verinäytteitä ottava ja käsittelevä henkilö.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan kenttävaiheen siirtyessä pääkaupunkiseudun ulkopuolelle kustakin kunnasta olisi rekrytoitu uudet kenttätyöntekijät toteuttamaan aineistonkeruuta. Kenttätyöntekijöiden kouluttamiseen tarvittavan ennakoitua pidemmäksi todetun ajan sekä pääkaupunkiseudun ulkopuolisten tutkimuskaupunkien aineistonkeruuvaiheen lyhyiden vuoksi tätä suunnitelmaa päätettiin kuitenkin muuttaa. Pääkaupunkiseudun kenttävaiheeseen koulutetuille työntekijöille tarjottiin mahdollisuus työskennellä hankkeessa koko sen kenttävaiheen ajan ja osa heistä jatkoi tehtävissään kaikilla paikkakunnilla. Siirryttäessä pääkaupunkiseudun ulkopuolisiin tutkimuskaupunkeihin rekrytoitiin tarvittaessa uusia työntekijöitä niiden tilalle, jotka eivät halunneet työskennellä uusilla paikkakunnilla tai siirtyivät muihin tehtäviin. Lisäksi rekrytoitiin myös paikallisia harjoittelijoita erityisesti kotiovikäyntien tekemiseen.

Tulosten käsittely ja jatkotutkimus

Kussakin tutkimuskaupungissa järjestettiin siellä päättyneen tiedonkeruuvaiheen jälkeen puolen työpäivän mittainen kuntatyöpaja, jossa käytiin läpi kyseisessä kunnassa havaittuja alustavia tuloksia. Kuntatyöpajat olivat kaikille aihepiiristä kiinnostuneille avoimia tilaisuuksia, joihin oli kutsuttu erityisesti kyseisen kunnan maahanmuuttotyössä vaikuttavia henkilöitä, sekä tutkittujen kohderyhmien edustajia. Kuntatyöpajoissa hankkeen edustajat (projektipäällikkö, erikoistutkija, projektkoordinaattori ja tutkijalääkäri) esittelivät ensin kyseistä kuntaa koskevia alustavia havaintoja, minkä jälkeen työpajamuotoisen keskustelun kautta mietittiin yhdessä tulosten merkityksiä ja tarpeellisia jatkotoimenpiteitä.

Yksi hankkeen tavoitteista oli jalkauttaa havaittuja tuloksia kohderyhmien keskuuteen. Vuoden 2012 loppupuolella järjestettiin kullekin kohderyhmälle suunnatut seminaarit, joissa esiteltiin kyseisen kohderyhmän tuloksia sen omalla kielellä. Nämä kohderyhmille suunnatut seminaarit järjestettiin yhdessä Väestöliiton Monikulttuurisen osaamiskeskuksen monikulttuurisuusasiantuntijoiden kanssa, ja ne pyrittiin järjestämään joustavasti siten, että kohderyhmän edustajien mahdollisuudet päästä paikalle maksimoituisivat (esim. viikonloppuna arkipäivän sijaan). Lisäksi tutkimusta ja sen alustavia havaintoja esiteltiin aktiivisesti seminaareissa ja tapahtumissa koko hankkeen ajan. Vuoden 2012 lopussa järjestettiin koko aineiston tulosten julkistamista koskeva koko päivän mittainen loppuseminaari, jossa esiteltiin hankkeen keskeisiä tuloksia sekä seurantajärjestelmän kehitystyötä, ja jossa edustajat kunnista ja kohderyhmistä voivat keskustella tulosten merkityksistä ja niiden perusteella tarvittavista jatkotoimenpiteistä.

Hankkeen aktiivivaihe päättyy vuoden 2012 lopussa. Tämän jälkeen tutkimus jatkuu erityisesti asiantuntijaryhmien ja aineiston hyödyntämisestä kiinnostuneiden opiskelijoiden toteuttamien syvällisempien analyysien ja kansainvälisen raportoinnin muodossa. Tunnisteetonta tutkimusaineistoa tullaan luovuttamaan tutkijoiden käyttöön arvioidun ja hyväksytyt tutkimussuunitelman perusteella. Lisäksi *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky – seurantajärjestelmä kunnille* -hankkeen mukainen seurantajärjestelmän kehittämistyö tulee jatkumaan (ks. luku 16) ja *Maahanmuuttajien terveys, palvelut, etuudet ja kotoutuminen* -hanketta jatketaan rekisteritietoja hyödyntävän jatkotutkimuksen muodossa. *Maahanmuuttajan onnistuminen työssä* -hankkeesta puolestaan julkaistaan oma raporttinsa, jonka kokoamista koordinoi Työterveyslaitos (www.ttl.fi/mot).

Tutkimuksen onnistumisen arviointi ja laadun varmistus

Tutkimuksen tavoitteiden saavuttamista arvioitiin osallistumisaktiivisuutta seuraamalla, kerätyn aineiston laatua valvomalla, järjestettyjen työpajojen onnistumista arvioimalla sekä tiedotusta arvioimalla. Tutkittavien osallistumisaktiivisuus on verrannollinen samaan aikaan koko väestön keskuudessa toteutetun Terveys 2011

-tutkimuksen osallistumisaktiivisuuteen (Koskinen ym. 2012). On kuitenkin todettava, että Maamu-tutkimuksessa näihin osallistumislukuihin pääseminen edellytti huomattavasti tavanomaista enemmän resursseja, erityisesti tutkittavien tavoittamistyössä. Tästä esimerkkinä ovat kotiovikäynnit, jotka eivät työläytensä vuoksi tavanomaisesti laajoissa väestötutkimuksissa kuulu tutkittavien tavoittamisprotokollaan. Tutkittujen ryhmien välillä on kuitenkin osallistumisaktiivisuudessa huomattavia eroja (somalialaistaustaisten osallistumisaktiivisuus oli tutkituista ryhmistä heikoin ja venäläistaustaisten paras; ks. luku 2.3), ja osallistumisaktiivisuuden voidaan arvioida olevan tästä edelleen parannettavissa tehostamalla tutkimushenkilökunnan toimintaa ja erityisesti tutkittavien tavoittamistyötä. Kuntakohtaisissa työpajoissa tapahtuva alustavien tulosten esittely ja niiden työpajamuotoinen reflektiivinen käsitteily sai runsaasti positiivista palautetta muun muassa eri viranomaisahoilta sekä kuntien työntekijöiltä. Tutkimuksesta sekä siinä havaituista hyvistä käytännöistä ja alustavista tuloksista tiedotettiin erittäin aktiivisesti koko tutkimuksen ajan, erityisesti seminaariesitysten muodossa.

Tutkimuksen onnistumista arvioitiin lisäksi tutkimukseen osallistuneilta tutkittavilta, kenttätyöntekijöiltä sekä tutkimuksen yhteistökumppaneilta kerätyllä palautteella. Tutkimukseen osallistuneilta tutkittavilta kerättiin nimetön, kirjallinen palaute terveystarkastukseen osallistumisen jälkeen. Saatu palaute oli pääosin myönteistä, vaikkakin niin niukkaa, että sen perusteella johtopäätösten teko on mahdotonta. Palautteissa oli runsaasti erilaisia toiveita terveystarkastuksen laajentamisesta niin, että siihen kuuluisi tutkittavia kiinnostavia mittauksia ja esimerkiksi lääkärin tarkastus. Hankkeen työntekijöiltä kerättiin palautetta koulutusviikkojen jälkeen, pilottivaiheen jälkeen ja myös tiedonkeruuvaiheen loppupuolella. Koulutuksen jälkeen kerätyssä palautteessa kävi ilmi, että koulutusmateriaali ja -sisältö oli osin koettu riittämättömäksi. Tämä johtunee erityisesti kenttähenkilökunnan vaihtelevasta ja jossain määrin vähäisestä työ- ja koulutustaustasta työtehtäviin nähden, sekä mahdollisesti myös kielivaikeuksien aiheuttamista haasteista. Pilottivaiheen jälkeen työntekijöillä oli paljon toiveita ja ehdotuksia omien tehtäviensä uudelleenjärjestelyyn, mutta kaikkia niistä ei voitu toteuttaa käytettävissä olleiden resurssien rajallisuuden takia. Tiedonkeruuvaiheen loppupuolella rekrytoitiin ulkopuolinen korkeakouluharjoittelija keräämään tutkimushenkilökunnan palautetta ja kokemuksia tutkimuksen toteuttamisesta (ks. luku 17.1). Lisäksi aivan hankkeen lopussa, loppuseminaarin ja lopullisten tulosten julkaisemisen jälkeen, kerätään hankkeeseen osallistuvien kuntien yhteyshenkilöiltä ja ohjausryhmän jäseniltä palautetta ja kokemuksia hankkeen onnistumisesta. Maahanmuuttajataustaisiin tutkittaviin kohdistuvan väestötutkimuksen haasteita ja kokemuksia kuvataan tarkemmin luvussa 17.

Lähteet

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.).
Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
Malin M, Raisamo S. Maahanmuuttajien elinolojen ja terveyden selvittämiseksi on

tehtävä erillisiä tutkimuksia. Maahanmuuttajien hyvinvointisurveyt 1/2. Hyvinvointikatsaus 2011;4:66–70.
www.ttl.fi/mot. Maahanmuuttajan onnistuminen työssä.

2.3 Aineisto ja menetelmät

Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen

- Venäläistaustaisista tutkittavista 70 %, somalialaistaustaisista 51 % ja kurditaustaisista 63 % osallistui vähintään johonkin tutkimuksen osaan.
- Koko väestön vertailuaineiston muodostivat samojen paikkakuntien vastaavan ikäiset tutkittavat Terveys 2011 -tutkimuksesta.
- Tutkimuksessa oli kaksi osaa: haastattelu ja terveystarkastus. Varsinaisesta haastattelusta kieltäytyville tarjottiin mahdollisuutta osallistua lyhyempään haastatteluun.

Maahanmuuttajat ovat tutkimukseen rekrytoinnin kannalta haastava ryhmä (Malin & Raisamo 2011). Monilla heistä voi olla vaikeuksia ymmärtää tutkimuksen tarkoitusta, käytettyjä tiedonkeruun menetelmiä ja heiltä saadun tiedon käsittelyä. Heidän aiemmassa kotimaassaan ei ehkä ole tehty väestötutkimuksia tai tutkimuksiin voi liittyä ennakkoluuloja. Aiemmissa Suomessa tehdyissä postikysely- ja haastattelututkimuksissa maahanmuuttajataustaisten osallistumisaktiivisuus on jäänyt kohtalaisen alhaiseksi, 37–68 %:iin (Malin & Raisamo 2011). Kansainvälisesti maahanmuuttajien osallistumisaktiivisuus väestötutkimuksiin on ollut selvästi kantäväestöstä alhaisempaa. Eri maissa toteutettujen maahanmuuttajien terveystutkimusten osallistumisaktiivisuuslukujen vertailu on hankalaa johtuen esimerkiksi erilaisista otantakehikoista ja mahdollisuuksista saada otokseen poimittujen tutkittavien yhteystietoja.

Osallistumisaktiivisuus

Maamu-tutkimukseen osallistui yhteensä 1 846 tutkittavaa. Osallistumisaktiivisuus vaihteli jonkin verran tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 2.3.1). Venäläistaustaisista tutkittavista vähintään johonkin tutkimuksen osaan osallistui 70 % kutsutuista tutkittavista, kurditaustaisista 63 % ja somalialaistaustaisista 51 %. Venäläistaustaisten osallistumisaktiivisuutta nosti erityisesti suurempi lyhythaastatteluun osallistuneiden määrä (16 %). Somalialais- ja kurditaustaisista pienempi osuus osallistui lyhythaastatteluun (10 % ja 8 %). Venäläis- ja kurditaustaiset olivat osallistuneet tutkimuksen kumpaankin osaan, haastatteluun ja terveystarkastukseen, suunnilleen yhtä paljon (47–48 %), kun somalialaistaustaisilla tutkittavilla niin sanottu täysi osallistuminen oli selvästi harvinaisempaa (32 %). Venäläistaustaisissa oli enemmän pelkkään haastatteluun osallistuneita, ja somalialais- ja kurditaustaisissa ryhmissä puolestaan enemmän pelkkään terveystarkastukseen tai terveystarkastukseen ja lyhythaastatteluun osallistuneita.

Taulukko 2.3.1. Tutkimuksen osallistumisaktiivisuus.

	VENÄJÄ		SOMALI		KURDI	
	N	%	N	%	N	%
Osallistunut johonkin tutkimuksen osaan	702	70,2	512	51,2	632	63,2
Haastattelu ja terveystarkastus	466	46,6	317	31,7	480	48,0
Vain haastattelu	79	7,9	34	3,4	28	2,8
Terveystarkastus ja lyhyt-haastattelu	1	0,1	42	4,2	26	2,6
Vain terveystarkastus	1	0,1	19	1,9	17	1,7
Vain lyhythaastattelu	155	15,5	100	10,0	81	8,1
Kieltäytynyt	201	20,1	299	29,9	226	22,6
Ei tavoiteta	84	8,4	144	14,4	134	13,4
Osoite väärä	22	2,2	38	3,8	54	5,4
Ei tavoitettu kotiovikäynnillä	62	6,2	106	10,6	80	8,0
Muuttanut tai matkalla	13	1,3	45	4,5	8	0,8
Yhteensä	1000	100	1000	100	1000	100

Aktiivisesti tai passiivisesti kieltäytyneitä oli eniten somaliaaustaustaisten ryhmässä (30 %), ja hieman vähemmän venäläis- (20 %) ja kurditaustaisten (23 %) ryhmissä. Passiivisesti kieltäytyneiksi laskettiin ne, joiden kanssa haastattelu- ja/tai terveystarkastusaika oli sovittu, mutta he eivät saapuneet eikä heitä enää tavoitettu. Tavoittamattomiksi jääneitä tutkittavia oli vähiten venäläistaustaisissa (8 %) ja enemmän somaliaalais- (14 %) ja kurditaustaisissa (13 %). Kurdi- ja venäläistaustaisten ryhmissä oli vähemmän tietävästi matkalla olevia tai muuttaneita (1 %) kuin somaliaaustaustaisten ryhmässä (5 %). Kenttähenkilökunnalta kerättyä palautetta osallistumisaktiivisuuteen vaikuttaneista tekijöistä kuvataan luvussa 17.1. Yksittäisten tutkittavien haastattelussa, terveystarkastuksessa tai lyhythaastattelussa kerätyt tiedot saattavat olla puutteellisia, mikäli haastattelu jäi kesken esimerkiksi tutkittavan kiireiden vuoksi, tai mikäli tietojen tallentamisessa ilmeni teknisiä ongelmia.

Osallistumisaktiivisuus erosi jonkin verran myös tutkimuskaupungeittain (taulukko 2.3.2). Venäläistaustaisten ryhmässä vähintään johonkin tutkimuksen osaan osallistuneiden osuus pysyi suhteellisen samana eri tutkimuskaupungeissa (67–74 %), kurditaustaisilla vaihtelua oli hieman enemmän (53–69 %), ja somaliaaustaustaisten vaihtelua oli selvästi eniten (43–78 %). Somaliaaustaustaisten ryhmässä ero osallistumisaktiivisuudessa oli ilmeinen pääkaupunkiseudun ja muiden tutkimuskaupunkien välillä: Turussa ja Tampereella somaliaaustaustaisten osallistumisaktiivisuus oli vähintään samalla tasolla kuin kahdessa muussa ryhmässä, kun pääkaupunkiseudulla se oli selvästi kahta muuta ryhmää matalampi.

Taulukko 2.3.2. Tutkimuksen osallistumisaktiivisuus tutkimuskaupungeittain.

	HELSINKI						ESPOO					
	VENÄJÄ		SOMALI		KURDI		VENÄJÄ		SOMALI		KURDI	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Osallistunut johonkin tutkimuksen osaan	210	68,9	169	43,8	141	58,8	108	69,7	84	42,6	108	65,9
Haastattelu ja terveystarkastus	145	47,5	109	28,2	109	45,4	77	49,7	50	25,4	83	50,6
Vain haastattelu	9	3,0	25	6,5	14	5,8	2	1,3	1	0,5	3	1,8
Terveystarkastus ja lyhyt-haastattelu	0	0	12	3,1	4	1,7	1	0,6	6	3,0	1	0,6
Vain terveystarkastus	0	0	8	2,1	5	2,1	0	0	3	1,5	3	1,8
Vain lyhyt-haastattelu	56	18,4	15	3,9	9	3,8	28	18,1	24	12,2	18	11,0
Kieltäytyneet	55	18,0	145	37,6	50	20,8	33	21,3	77	39,1	38	23,2
Ei tavoiteta	35	11,5	55	14,2	48	20,0	11	7,1	26	13,2	18	11,0
Osoite väärä	8	2,6	16	4,1	16	6,7	2	1,3	14	7,1	13	7,9
Ei tavoitettu kotioivikäynnillä	27	8,9	39	10,1	32	13,3	9	5,8	12	6,1	5	3,0
Muuttanut tai matkalla	5	1,6	17	4,4	1	0,4	3	1,9	10	5,1	0	0
Yhteensä	305	100	386	100	240	100	155	100	197	100	164	100
	VANTAA						TURKU					
	VENÄJÄ		SOMALI		KURDI		VENÄJÄ		SOMALI		KURDI	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Osallistunut johonkin tutkimuksen osaan	126	72,0	96	49,2	95	66,4	101	74,3	85	69,7	149	67,1
Haastattelu ja terveystarkastus	76	43,4	39	20,0	64	45,2	62	45,6	62	50,8	115	51,8
Vain haastattelu	22	12,6	2	1,0	10	7,0	17	12,5	4	3,7	0	0
Terveystarkastus ja lyhyt-haastattelu	0	0	21	10,8	0	0	0	0	30	2,5	10	4,5
Vain terveystarkastus	0	0	5	2,6	0	0	0	0	2	1,6	5	2,3
Vain lyhyt-haastattelu	28	16,0	29	14,9	21	14,7	22	16,2	14	11,5	19	8,6
Kieltäytyneet	30	17,1	49	25,1	27	18,9	29	21,3	23	18,9	54	24,3
Ei tavoiteta	16	9,1	36	18,5	20	14,0	6	4,4	12	9,8	18	8,1
Osoite väärä	4	2,3	3	1,5	6	4,2	2	1,5	1	0,8	10	4,5
Ei tavoitettu kotioivikäynnillä	12	6,9	33	16,9	14	9,8	4	2,9	11	9,0	8	3,6
Muuttanut tai matkalla	3	1,7	14	7,2	1	0,7	0	0	2	1,6	1	0,5
Yhteensä	175	100	195	100	143	100	136	100	122	100	222	100
	TAMPERE						VAASA					
	VENÄJÄ		SOMALI		KURDI		VENÄJÄ		KURDI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Osallistunut johonkin tutkimuksen osaan	86	66,7	78	78,0	70	53,4	71	71,0	69	69,0		
Haastattelu ja terveystarkastus	59	45,7	57	57,0	57	43,5	47	47,0	52	52,0		
Vain haastattelu	18	14,0	2	2,0	0	0	11	11,0	1	1,0		
Terveystarkastus ja lyhyt-haastattelu	0	0	0	0	4	3,1	0	0	7	7,0		
Vain terveystarkastus	0	0	1	1,0	2	1,6	1	1,0	2	2,0		
Vain lyhyt-haastattelu	9	7,0	18	18,0	7	5,3	12	12,0	7	7,0		
Kieltäytyneet	32	24,8	5	5,0	34	26,0	22	22,0	23	23,0		
Ei tavoiteta	10	7,8	15	15,0	25	19,1	6	6,0	5	5,0		
Osoite väärä	2	1,6	4	4,0	7	5,3	4	4,0	2	2,0		
Ei tavoitettu kotioivikäynnillä	8	6,2	11	11,0	18	13,7	2	2,0	3	3,0		
Muuttanut tai matkalla	1	0,8	2	2,0	2	1,5	1	1,0	3	3,0		
Yhteensä	129	100	100	100	131	100	100	100	100	100	100	100

Aineistot

Sukupuolijakaumat tutkimuksen eri osiin osallistuneista esitetään taulukossa 2.3.3 sekä ikäjakaumat sukupuolittain taulukossa 2.3.4. Näissä taulukoissa esitetään niiden tutkittujen lukumäärät, joiden tietoja käytettiin tämän raportin tilastollisissa analyysissä. Somalialais- ja kurditaustaiset naiset osallistuivat miehiä useammin terveystarkastukseen. Kurditaustaiset naiset osallistuivat miehiä useammin myös lyhythaastatteluun. Venäläistaustaisilla ei havaittu osallistumisaktiivisuudessa tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolittaisten ikäryhmien välillä. Kurditaustaisista tutkittavista sekä somalialaistaustaisista naisista vanhemmat ikäluokat osallistuivat haastatteluun ja terveystarkastukseen nuorempia yleisemmin.

Koko väestöä koskevana vertailuaineistona käytettiin Terveys 2011 -tutkimuksen otosta rajattuna 18–64-vuotiaisiin ja kuudelle Maamu-tutkimuksen paikkakunnalle (n=2 276, josta 1 113 henkilöä oli miehiä ja 1 163 naisia). Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012) käytettiin monia samoja menetelmiä ja sen aineisto kerättiin pääosin samanaikaisesti (vuonna 2011) kuin Maamu-tutkimuksessa, joten se toimii tässä yhteydessä mielekkäänä koko väestön vertailuaineistona. Tästä Terveys 2011 -tutkimuksen otoksesta tutkimukseen osallistuneita oli 1 459 henkilöä, joista 629 oli miehiä ja 830 naisia. Osallistumisaste oli miehillä 56,5 % ja naisilla 71,4 %. Nuorten miesten vähäisempi osallistumisaktiivisuus selittää suuren osan eroista miesten ja naisten välillä.

Somalialais- ja kurditaustaiset olivat keskimääräisesti nuorempia kuin tutkimuspaikkakuntien koko väestö, mutta venäläistaustaisten ikä ei poikennut koko väestön iästä (taulukko 2.3.5). Ero somalialais- ja kurditaustaisten ja koko väestön iässä esiintyi sekä miehillä että naisilla (taulukko 2.3.6). Lisäksi venäläistaustaisissa naiset olivat miehiä vanhempia, ja venäläistaustaiset miehet koko väestön miehiä hieman nuorempia. Somalialais- ja kurditaustaisten ryhmissä sekä koko väestön osalta keski-ikässä ei havaittu eroja sukupuolten välillä. Venäläistaustaisten ryhmässä miehiä oli vähemmän kuin koko samanikäisessä väestössä, kurditaustaisten ryhmässä puolestaan enemmän.

Taulukko 2.3.3. Tutkimuksen eri osiin osallistuneet sukupuolittain (%).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI		
	M	N	p ¹	M	N	p ¹	M	N	p ¹
Haastattelu	56,3	51,6	0,149	33,1	36,9	0,202	48,4	54,0	0,082
Terveystarkastus	44,4	48,2	0,245	33,1	42,0	0,004	49,0	56,1	0,025
Lyhythaastattelu	16,4	15,1	0,586	13,7	14,7	0,637	8,4	13,9	0,006

¹ Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Taulukko 2.3.4. Tutkimuksen eri osiin osallistuneet sukupuolittain ja ikäryhmittäin.

	VENÄJÄ				SOMALI				KURDI			
	Miehet		Naiset		Miehet		Naiset		Miehet		Naiset	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Haastattelu												
18–29-vuotiaat	61	47,3	84	52,8	69	35,0	74	33,5	98	38,6	67	41,9
30–44-vuotiaat	70	58,3	112	55,7	55	30,1	71	35,3	116	57,4	110	64,0
45–64-vuotiaat	64	49,6	154	58,8	31	34,8	50	47,2	64	54,3	53	56,4
Kaikki	195	51,6	350	56,3	155	33,1	196	36,9	278	48,4	230	54,0
p ¹		0,187		0,482		0,544		0,046		<0,001		<0,001
Terveystarkastus												
18–29-vuotiaat	49	38,0	75	47,2	70	35,5	79	35,3	96	37,8	71	44,4
30–44-vuotiaat	63	52,5	90	44,8	56	30,6	88	43,8	116	57,4	114	66,3
45–64-vuotiaat	56	43,4	135	51,5	29	32,6	56	52,8	69	58,5	54	57,5
Kaikki	168	44,4	300	48,2	155	33,1	223	42,0	281	49,0	239	56,1
p ¹		0,068		0,338		0,591		0,009		<0,001		<0,001
Lyhythaastattelu												
18–29-vuotiaat	20	15,5	20	12,6	30	15,2	29	13,0	26	10,2	25	15,6
30–44-vuotiaat	18	15,0	39	19,4	22	12,0	32	15,9	15	7,4	19	11,1
45–64-vuotiaat	24	18,6	35	13,4	12	13,5	17	16,0	7	5,9	15	16,0
Kaikki	62	16,4	94	15,1	64	13,7	78	14,7	48	8,4	59	13,9
p ¹		0,703		0,116		0,660		0,625		0,316		0,386

¹ Ero ikäluokkien välillä (p-arvo)

Taulukko 2.3.5. Aineiston ikä- ja sukupuolijakauma.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Ikä (ka)	39,5	34,2	34,9	39,6	<0,001	0,830	<0,001	<0,001
Miehiä (% ¹)	37,1	44,7	55,6	48,3	0,004	<0,001	0,232	0,004

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 2.3.6. Aineiston ikäjakauma sukupuolittain.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ¹	M	N	p ¹	M	N	p ¹	M	N	p ¹
Ikä (ka)	37,3	40,8	0,002	33,5	34,9	0,220	34,2	35,8	0,065	39,8	39,5	0,646
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
ikä	<0,001	0,024	<0,001	<0,001	<0,001	0,105	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Haastattelun sisältö ja toteutus

Haastattelu kartoitti laajasti terveyden, hyvinvoinnin ja näihin vaikuttavien tekijöiden eri osa-alueita. Se oli strukturoitu, tarkoin ohjeistettu ja sisälsi kahdeksan osiota. Taustatiedot-osio sisälsi kysymyksiä maahanmuuttoon liittyvistä asioista, siviilisäädystä ja parisuhteesta, kotitaloudesta ja perheestä, elinympäristöstä, kotikielestä ja kielitaidosta, koulutuksesta, pääasiallisesta toiminnasta, tuloista sekä puolison tiedoista. Toisessa osiossa kartoitettiin terveydentilaa, sairauksia ja oireita. Tarkemmin kysyttiin koetusta terveydentilasta ja pitkäaikaissairauksista, sairauksien hoidosta, lisääntymisterveydestä ja tartuntataudeista. Kolmannessa osiossa kysyttiin entisessä kotimaassa koettuja traumaattisia tapahtumia, väkivallan kokemista, traumaoireita ja syrjäytäkokenemuksia. Neljännessä osiossa selvitettiin terveyspalvelujen käyttöä. Kysymykset koskivat palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, käyntejä avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi, terveystarkastuksia ja terveyden edistämistä, fysioterapiaa ja muita hoitoja, kuntoutusta ja lääkkeiden käyttöä. Viidennessä osiossa käsiteltiin suun terveyttä ja siihen liittyviä terveyspalveluja. Kuudennessä osiossa kartoitettiin elintapoja: ruokailutottumuksia, tupakointia, alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä, nukkumista ja liikuntaa. Seitsemännessä, sosiaalisen hyvinvoinnin osiossa kysyttiin sosiaalisesta toimintakyvystä, elämänlaadusta, ystävyysuhteista, avun saamisesta ja antamisesta sekä osallistumisesta harrastuksista.

Haastattelun viimeinen osio kosketti työelämää: työskentelyä sekä Suomessa että ennen Suomeen tuloa. Palkansaajille, yrittäjille ja työelämän ulkopuolella oleville oli osittain omat kysymyssarjansa. Kysymykset koskettivat muun muassa työnsaannin esteitä, ammttiliittoon kuulumista ja palkatonta työtä, työn ulkoisia puitteita, työhyvinvointia, työelämään liittyvää maahanmuuttotaustaa, työssä koettua väkivaltaa, uhkailua tai kiusaamista, työn ja perheen yhteensovittamista, sukupuoleen liittyviä asenteita, työkeskeisyyttä, sekä näkemystä suomalaisesta työelämästä. Haastattelun työelämäosuuden tuloksista julkaistaan myöhemmin erillinen raporttinsa Työterveyslaitoksen toimesta (*Maahanmuuttajan onnistuminen työssä* -hanke).

Strukturoitu haastattelu esitetään liitteenä 1, ja tässä raportissa esitettäviä tuloksia kartoittavat mittarit esitellään tarkemmin kussakin tulosluvussa.

Haastattelu kesti noin 1–1,5 tuntia ja se toteutettiin tutkittavalle parhaiten sopivassa paikassa, useimmiten joko terveystarkastuksen yhteydessä tutkimuspisteellä tai tutkittavan kotona. Ennen haastattelua tutkittaville selostettiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus keskeyttää tutkimus. Tämän jälkeen tutkittavat allekirjoittivat tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelu oli mahdollista tehdä joko tutkittavan omalla äidinkielellä (venäjänkieli, somalinkieli tai kurdinkielen soranin murre) tai suomenkielellä. Myös tiedote ja suostumus olivat käytössä sekä tutkittavan äidinkielellä että suomenkielellä. Sijaisvastaajia käytettiin vain poikkeustapauksissa (esim. jos vastaaja oli liian huonossa kunnossa vastatakseen itse). Haastattelu toteutettiin useimmiten tietokoneavusteisena (CAPI Blaise-ohjelmalla). Muulloin haastattelu suoritettiin paperilomakkeelle, joka myöhemmin tallennettiin samalla ohjelmalla. Tutkimushaastattelijat kirjasivat ylös tilanteeseen mahdollisesti vaikuttavia häiriötekijöitä tai poikkeavia havaintoja (esim. vaikeuksia kielessä tai muistissa, tai jos tutkimustilanteessa oli tutkittavan lisäksi paikalla joku muu henkilö).

Terveystarkastuksen sisältö ja toteutus

Aluksi tutkittaville selostettiin terveystarkastuksen sisältö, tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä mahdollisuus keskeyttää tutkimus tai kieltäytyä mistä tahansa mittauksesta terveystarkastuksen aikana. Tämän jälkeen tutkittava allekirjoitti erilliset suostumukset terveystarkastuksessa tehtäviin mittauksiin ja verinäytteiden ottamiseen.

Verenpaine ja syke mitattiin vähintään viiden minuutin levon jälkeen, jonka jälkeen mitattiin pituus, paino, sekä vyötärön ja lantion ympärysmittat. Tämän jälkeen suoritettiin fyysisen toimintakyvyn mittaukset. Toimintakykyä mitattiin neljän subjektiivista kokemusta kartoittavan kysymyksen (kyvykyys 100 m juoksemiseen, portaiden nousemiseen, 0,5 km kävelyyn ja 5 kg kantamiseen) ja kolmen objektiivisen testin avulla (tasapaino, tuolilta nousu ja puristusvoima). Lisäksi esitettiin kysymykset liikkumisen apuvälineiden käytöstä, näkökyvystä ja kuulosta. Toimintakykymittausten jälkeen otettiin verinäyte sormenpästä hemoglobiinimääritystä varten ja tehtiin suppea suun tutkimus, jossa laskettiin hampaiden lukumäärä ylä- ja alaleuassa, ja kartoitettiin mahdollisten proteesien hygienia ja korjaustarve. Tämän jälkeen tehtiin oirehaastattelu, jossa selvitettiin siitepölyallergiaa, siitepölyallergian aiheuttamia silmäoireita ja taiveihottumaa. Seuraavaksi selvitettiin tuberkuloosiin sopivaa oireilua kysymällä viimeisen kahden kuukauden aikana esiintynyttä yli kaksi viikkoa kestänyttä lämpilyä ja yli kolme viikkoa kestänyttä yskää. Tämän jälkeen tutkittaville esitettiin kuusi kysymystä HIV-tietoisuudesta, sekä kysyttiin, oliko tutkittavalle koskaan tehty HIV-testiä ja mikä sen mahdollinen tulos oli ollut. HIV-kysymysten jälkeen tutkittavalta pyydettiin erillinen suostumus siihen, että terveystarkastuksen

yhteydessä otettavasta verinäytteestä tutkittaisiin hepatiitti B ja C -vasta-aineet (maksatulehduskokeet), HIV-vasta-aineet ja/tai syfilis (kuppa). Seuraavaksi tutkittavilta selvitettiin tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin liittyviä kipuoireita. Mikäli tutkittava raportoi kipuja viimeksi kuluneen viikon aikana, kysyttiin yhdeksän tarkentavaa kysymystä. Tämän jälkeen tutkittava täytti itse paperilomakkeelle mielenterveysoireita sekä somaattisia oireita kartoittavan 36-kohtaisen oirekyselyn. Mikäli tutkittava oli lukutaidoton tai hänellä oli muuten vaikeuksia täyttää lomake itse, tutkimushoitaja täytti lomakkeen haastattelemalla.

Terveystarkastuksen lopuksi tutkimushoitaja ohjasi tutkittavan laboratorioon tai näytteenottopisteeseen verinäytteen ottoa varten. Tutkittavia oli ohjeistettu olemaan vähintään 4 tuntia syömättä ja juomatta ennen terveystarkastusta. Verinäyte otettiin ja käsiteltiin samalla tutkimuspisteellä tai sen yhteydessä olevassa laboratorioissa, kuin missä terveystarkastus suoritettiin. Näytteiden otto, käsittely, säilytys ja kuljetus ohjeistettiin yksityiskohtaisesti ja pakastetut näytteet kuljettiin analysoitavaksi THL:lle. Käytännön syistä verinäyte saatettiin ottaa myös ennen muuta terveystarkastusta tai erillisenä päivänä. Verinäytteestä tutkittiin kolesteroliarvoja (S-Kol, S-Kol-HDL, S-Kol-LDL), triglyseridiarvo (S-Trigly), maksan toiminta-arvoja (S-GT, S-ALAT, S-ASAT), tulehdusarvoja (CRP), verensokeri (P-Gluc), pitkäaikainen sokeariarvo (B-GHB-A1C) ja D-vitamiinitaso (S-25(OH)D). Lisäksi verinäytteestä tutkittiin HIV-vasta-aineet, hepatiitti B ja C -vasta-aineet sekä syfilis, mikäli tutkittava oli antanut näihin erillisen suostumuksen.

Terveystarkastus toteutettiin kunkin tutkimukseen osallistuvan kunnan määrittämällä terveystarkastuspisteellä, yleensä terveysasemalla tai vastaavissa tiloissa ja se oli kestoltaan noin tunnin mittainen. Terveystarkastuksen toteutti aina hankkeen tutkimushoitaja, jolla oli jokin terveysalan ammatillinen koulutus (esim. lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai geronomi). Tutkittavilla oli mahdollisuus osallistua terveystarkastukseen joko omalla äidinkielellään (venäjänkieli, somalinkieli tai kurdinkielen soranin murre) tai suomenkielellä. Myös tiedote ja suostumus olivat käytössä sekä tutkittavan äidinkielellä että suomenkielellä. Tutkimushoitaja antoi tutkittaville tarvittavaa terveysneuvontaa, mikäli terveystarkastuksessa ilmeni siihen aihetta (esim. korkea verenpaine), ja ohjasi tarvittaessa tutkittavan omalle terveysasemalle lisätutkimuksiin ja hoitoihin.

Hankkeen tutkijalääkäri vastasi tarvittaessa tutkittavien kyselyihin ja tutkimushoitajat konsultoivat lääkäriä tai kokenutta vastaavaa tutkimushoitajaa tarvittaessa, esimerkiksi hoitotoimintajauksessa. Tutkimushoitajat kirjasivat tutkittavien terveyteen liittyviä kysymyksiä ja hoidon tarpeeseen liittyviä asioita. He kirjasivat myös terveystarkastustilanteeseen mahdollisesti vaikuttavia häiriötekijöitä tai poikkeavia havaintoja. Terveystarkastuksiin osallistuneet saivat tutkimuksesta kirjallisen palautteen omista mittaustuloksistaan, joiden merkityksen tutkimushoitajat selostivat heille. Laboratoriotutkimusten tulokset lähetettiin tutkittaville kotiin postitse jälkikäteen. Kirjeessä tutkittavia kehoitettiin ottamaan yhteyttä tutkijalääkäriin, mikäli heillä oli kysyttävää laboratoriovastuksistaan. Kirjeessä selostettiin laboratoriotulosten merki-

tys ja neuvottiin tutkittavaa tarvittaessa ottamaan yhteyttä omalle terveysasemalleen tai työterveyshuoltoon ja näyttämään siellä saamia tuloksia. Tutkijalääkäri oli tutkittaviin puhelimitse yhteydessä, mikäli laboratorionäytteissä ilmeni selvästi poikkeavia löydöksiä. Terveystarkastuksen sisältö esitetään liitteenä 2, ja tässä raportissa esitettävää tuloksia kartoittavat mittarit ja mittausten menetelmät esitellään tarkemmin kussakin tulosluvussa. Terveystarkastuksen tiedot kirjattiin ylös tietokoneavusteisesti (CAPI Blaise-ohjelmalla).

Lyhythaastattelu

Tutkimuksessa syntyvää katoa paikkaamaan koottiin lyhythaastattelu, johon valittiin keskeisimmät kysymykset pitkästä haastattelusta ja terveystarkastuksesta (kysymyksiä terveydentilasta, sairauksista ja hoidon tarpeen tyydyttymisestä, syrjäntä- ja väkivaltakokemuksista, terveystarpeista ja lääkkeiden käytöstä, suun terveydestä, elintavoista, hyvinvoinnista, psyykkisistä oireista, toimintakyvystä, taustatiedoista ja työelämästä). Lyhythaastattelu oli mahdollista toteuttaa joko haastattelun muodossa kasvotusten esimerkiksi kotiovikäynnin yhteydessä tai puhelimitse. Lisäksi oli mahdollista palauttaa postitse lyhythaastattelua vastaava tutkittavan itsetäyttämä kyselylomake. Lyhythaastattelu kesti noin 15–20 minuuttia. Lyhythaastattelu toteutettiin joko tietokoneavusteisena (CAPI Blaise-ohjelmalla) tai paperilomakkeelle, joka myöhemmin tallennettiin samalla ohjelmalla.

Lähteet

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.).
Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystarkastuksen ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
Malin M, Raisamo S. Maahanmuuttajien elin-

olojen ja terveyden selvittämiseksi on tehtävä erillisiä tutkimuksia. Maahanmuuttajien hyvinvointisurveys 1/2. Hyvinvointikatsaus 2011;4:66–70.

2.4 Tilastolliset menetelmät

Tommi Härkänen

- Tilastollisilla malleilla arvioitiin eroja maahanmuuttajataustaisten ryhmien välillä sekä maahanmuuttajataustaisten ryhmien ja koko väestön välillä. Lisäksi tutkittiin ryhmien sisäisiä eroja sukupuolen, ikäryhmän, koulutustason, Suomesaoloajan, Suomeen muuttoajan, pakolaistaustan ja tutkimusalueen mukaan.
- Esiintyvyyss- ja keskiarvotulokset esitetään ikävakioituina maahanmuuttajataustaisten ryhmien erilaisten ikäjakaumien vaikutuksen huomioimiseksi. Ainoastaan kuntakohtaiset tulokset esitetään ikävakioimattomina todellisen tilanteen kuvaamiseksi.
- Erojen tilastollisen merkitsevyyden arvioinnissa huomioitiin ositettu otanta.

Tilastollisissa analyyseissa huomioitiin osallistumisaktiivisuuden (ks. luku 2.3) lisäksi varianssiestimaattien korjaamiseksi ositettu otanta-asetelma ja käytettiin äärellisen populaation korjausta, koska monissa tapauksissa otokseen poimittiin varsin suuri osuus perusjoukosta (Lehtonen & Pahkinen 2004). Mallivakioidut keskiarvot ja prevalenssit laskettiin käyttämällä predictive margins -menetelmää (Graubard & Korn 1999). Analyysit suoritettiin käyttämällä SAS 9.2 (SAS Institute Inc) ja Sudaan 10-ohjelmistoa (Research Triangle Institute).

Analyyseissa käytettiin useita regressiomalleja. Niissä analyyseissa, joissa soveltuva vertailukelpoista aineistoa oli mahdollista käyttää, vertailuryhmänä käytettiin tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistunutta vastaavanikäistä koko väestöä, johon maahanmuuttajataustaisia ryhmiä verrattiin. Kokonaistestit perustuivat F-testiin.

Ikävakioidut ryhmien väliset erot testattiin mallilla, jossa selittäjinä olivat ikä ja väestöryhmä. Erot koko väestöön testattiin käyttämällä maahanmuuttajataustaisten väestöryhmittäisiin regressiokertoimiin liittyviä p-arvoja. Kokonaistesti kertoo, oliko väestöryhmien välillä merkitsevää eroa vai ei.

Sukupuolierot maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä estimoitiin mallilla, jossa oli kieliryhmä päävaikutuksena ja yhdysvaikutus sukupuolen ja väestöryhmän välillä. Testit perustuivat yhdysvaikutustermeihin. Väestöryhmien väliset erot sukupuolittain estimoitiin mallilla, jossa olivat ikä ja väestöryhmä päävaikutustermeinä, analysoimalla miehet ja naiset erikseen. Erot koko väestöön testattiin käyttämällä maahanmuuttajaryhmäkohtaisia p-arvoja. Kokonaistesti kertoo, oliko väestöryhmien välillä eroja.

Sukupuolierot ikäryhmittäin estimoitiin erikseen jokaisessa maahanmuuttajataustaisessa ryhmässä ilman vakiointeja. Mallissa oli ikäluokka päävaikutuksena sekä ikäluokan ja sukupuolen yhdysvaikutus. Testit perustuivat yhdysvaikutustermiin. Kokonaistesti ikäluokkaeroille perustui malliin, jossa oli ikäluokan päävaikutus.

Erot Suomessaoloajan, Suomeen muuttoajan, koulutustason ja asuinalueen (pääkaupunkiseutu/muut kunnat) suhteen analysoitiin erikseen jokaisessa maahanmuuttajataustaisessa ryhmässä. Sukupuoliero tietyn edellä mainitun luokittelijan mukaisessa ryhmässä estimoitiiin mallilla, jossa olivat luokittelija päävaikutuksena, yhdysvaikutus luokittelijan ja sukupuolen välillä sekä ikä. Ryhmäkohtaiset testit perustuivat yhdysvaikutustermiin. Kokonaistesti luokittelijan eri luokkien välillä perustui malliin, jossa olivat luokittelija ja ikä päävaikutuksina.

Vertailu pakolaistaustan mukaan sukupuolittain perustui malliin, jossa olivat pakolaistausta ja ikä päävaikutuksina sekä pakolaistaustan ja sukupuolen yhdysvaikutus. Sukupuolierot perustuivat yhdysvaikutustermiin. Pakolaistaustaryhmien vertailu perustui malliin, jossa olivat pakolaistausta ja ikä päävaikutuksina.

Kaupunkien erojen vertailu suoritettiin erikseen jokaisessa maahanmuuttajataustaisessa ryhmässä ilman vakiointeja. Mallissa selittäjänä oli kaupunki, johon kokonaistesti perustui.

Tämän raportin taulukoissa Terveys 2011 -tutkimuksesta poimitusta koko väestön vertailuryhmästä käytetään nimitystä ”suomi”, venäläistaustaisista ”venäjä”, somalialaistaustaisista ”somali” ja kurdistaustaisista ”kurdi”. Kuvioissa esitetään 95 %:n luottamusvälit ja tulokset ikävakioituina. Tilastollisesti merkitseväksi tulokseksi määriteltiin p-arvo alle 0,05.

Lähteet

- Graubard BI, Korn EL. Predictive Margins with Survey Data. *Biometrics* 1999;55:652–659.
- Lehtonen R, Pahkinen E. Practical methods for design and analysis of complex surveys. Revised, 2nd Edition. Chichester: John Wiley & Sons; 2004.
- Research Triangle Institute. SUDAAN Language Manual, Release 10.0 Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 2008.
- SAS Institute Inc. SAS/STAT® 9.22 User's Guide. Cary, NC: SAS Institute Inc; 2010.

3 SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT JA ELINOLOT

3.1 Maahanmuuttotausta

Anu E Castaneda, Päivikki Koponen, Shadia Rask

- Somalialais- ja kurditaustaisista pakolaisina tai turvapaikanhakijoina maahan tulleita oli kolme neljännestä. Miehistä suurempi osa oli pakolaisena tai turvapaikanhakijana maahan tulleita kuin naisista, naisista puolestaan perheenyhdistämisen kautta.
- Keskimääräinen Suomeen muuttoikä oli 24–25 vuotta. Somalialaistaustaiset olivat muuttaneet Suomeen keskimäärin hieman nuorempina kuin venäläis- ja kurditaustaiset.
- Keskimääräinen Suomessa asumisen aika oli kaikissa tutkituissa ryhmissä 11–12 vuotta. Somalialaistaustaisissa oli eniten 15 vuotta tai kauemmin Suomessa asuneita ja vähiten viisi vuotta tai vähemmän aikaa Suomessa asuneita.

Maahanmuuttotaustaan liittyvien tekijöiden kartoittaminen on oleellista, sillä niiden voidaan olettaa olevan yhteydessä moniin terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueisiin. Tällaisia maahanmuuttotaustaan liittyviä tekijöitä ovat muun muassa maahanmuuttajan pakolaistausta, maahanmuuttoikä, sekä Suomessa asutun ajan pituus.

Turvapaikanhakija on henkilö, joka pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta maahan saapuessaan ja tarvitsee kansainvälistä suojelua kotimaansa ulkopuolella (SM 2011; STM 2009). Hän on paennut kotimaastaan ihmisoikeusrikkomuksia, sotaa ja levottomuuksia. Turvapaikanhakijalla on perusteltu syy pelätä joutuvansa vainotuksi hänen alkuperänsä, kansallisuutensa, uskontonsa, yhteiskunnallisen ryhmänsä tai poliittisen mielipiteensä perusteella. Viime vuosina turvapaikanhakijoiden määrä on Suomessa laskenut. Vuonna 2011 Irak, Somalia ja Venäjä olivat kolme yleisintä Suomeen saapuneiden turvapaikanhakijoiden lähtömaata, Iran oli viidentenä Afganistanin jälkeen (SM 2011). Turvapaikanhakija saa pakolaisaseman, jos hänelle myönnetään turvapaikka. Ulkomaalaislaissa pakolaisella tarkoitetaan ainoastaan niitä, jotka ovat saaneet Geneven pakolaissopimuksessa määritellyn turvapaikan eli pakolaisen statuksen. Yleiskielessä pakolaisella viitataan usein kaikkiin niihin, joilla on suojeluperusteinen oleskelulupa. Kiintiöpakolainen on puolestaan henkilö, jolle on myönnetty maahantulolupa hallituksen määrittelemän pakolaiskiintiön perusteella. Kiintiöpakolaiset valitaan suoraan ulkomailta, esimerkiksi pakolaisleireiltä Yhdistyneiden Kansakuntien pakolaisjärjestön (UNHCR) Suomelle esittämistä ryhmistä. Heillä on maahan saapuessaan Suomessa pakolaisasema ja jatkuva oleskelulupa. Iranilaiset ja irakilaiset ovat olleet viime vuosina Suomeen tulleiden kiintiöpakolaisten suurimpien ryhmien joukossa (SM 2011).

Perheenyhdistämistä voivat hakea vain henkilöt, jotka ovat jo itse saaneet oleskeluluvan Suomesta. Muiden kuin pakolaisstatuksen tai muun suojeluperusteen perusteella oleskeluluvan saaneiden tulee osoittaa voivansa elättää perheensä, jotta voi saada heidät Suomeen. Perheenjäseniksi lasketaan avio- ja rekisteröity puoliso, alaikäinen lapsi ja alaikäisen huoltaja. Avopuoliso voi saada luvan, jos puoliset ovat asuneet yhdessä kaksi vuotta tai heillä on yhteinen lapsi. Muu omainen voi saada luvan vain poikkeustapauksessa. Vuonna 2011 perheside oli yleisin oleskeluluvan hakuperuste Suomessa muille kuin turvapaikanhakijoille (44 % vireille tulleista oleskelulupahakemuksista, SM 2011). Näissä tilastoissa perheside oleskeluluvan perusteena sisältää perheenyhdistämisen ja muut perhesuhteen perusteella tehtävät hakemukset, esimerkiksi työperusteisen puolison ja lapset, jotka muuttavat maahan yhtä aikaa. Työnteko ja elinkeinon harjoittaminen sekä opiskelu olivat lähes yhtä yleisiä oleskeluluvan perusteita (27 % ja 25 %). Sekä paluumuutto ja suomalainen syntyperä että muut syyt (mm. adoptio, seurustelusuhte, yksilölliset syyt) olivat perusteena 2 %:ssa hakemuksista.

Maamu-tutkimuksen otokseen kuuluneet olivat kaikki Suomesta oleskeluluvan saaneita, mutta oleskeluluvan perusteet ja se, oliko oleskelulupa määräaikainen vai pysyvä, vaihteli. Kaikilla tutkimukseen kutsutuilla oli kuntapaikka jossain tutkimuksen kunnista.

Menetelmät

Haastattelussa kysyttiin vuotta, jolloin vastaaja oli muuttanut Suomeen. Vastaava kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Suomeen muuttovuoden perusteella laskettiin maassaoloaika sekä maahanmuuttoikä. Lisäksi kysyttiin, mikäli vastaajalla oli Suomen kansalaisuus. Oleskeluluvan perustetta kysyttiin siten, että vastausvaihtoehdot olivat turvapaikanhakija, pakolainen, inkeriläinen tai suomensukuinen paluumuuttaja, syntyperäisen suomalaisen aviopuoliso tai lapsi, Suomessa pysyvästi asuvan maahanmuuttajataustaisen puoliso tai lapsi, työperusteinen maahanmuuttaja, työperusteisen maahanmuuttajan puoliso tai lapsi, EU-maan kansalainen, opiskelija ja muu. Vastausvaihtoehdot luokiteltiin pakolaiseksi tai turvapaikanhakijaksi, perheenyhdistämiseksi (Suomessa pysyvästi asuvan maahanmuuttajataustaisen puoliso tai lapsi), työperusteiseksi maahanmuuttajaksi tai hänen puolisoskseen tai lapsekseen, paluumuuttajaksi, ja muuksi (syntyperäisen suomalaisen aviopuoliso tai lapsi, EU-maan kansalainen, opiskelija, muu). Vastaajan uskontokuntaa kysyttiin siten, että vastausvaihtoehdot olivat ei mikään, kristinusko (ortodoksinen kirkko), kristinusko (luterilainen kirkko), islaminusko, juutalaisuus ja muu.

Tulokset

Tutkitut ryhmät erosivat toisistaan oleskeluluvan perusteen mukaan (taulukko 3.1.1). Somalialais- ja kurditaustaisista pakolaisina tai turvapaikanhakijoina maahan tulleita oli 74–76 %, kun venäläistaustaisista osuus oli 1 % (kuvio 3.1.1). Somalialais- ja kurditaustaisista miehistä oli enemmän pakolaisena tai turvapaikanhakijana tulleita kuin naisissa, ja naisten oleskeluluvan perusteet puolestaan painottuivat vahvemmin perheenyhdistämisen kautta tuloon kuin miehillä (taulukko 3.1.2 ja 3.1.3). Työperusteisia maahanmuuttajia tai heidän puolisoitaan tai lapsiaan oli venäläistaustaisista miehistä 30 % ja naisista 15 %, kun somalialais- ja kurditaustaisten ryhmissä heitä ei ollut juuri lainkaan. Muilla perustein oleskeluluvan saaneita oli venäläistaustaisissa 29 % (suurin osa syntyperäisen suomalaisen aviopuolisona tai lapsena), kun somalialais- ja kurditaustaisissa heitä oli 2–4 %. Paluumuuttajia venäläistaustaisista oli 37 %.

Taulukko 3.1.1. Maahanmuuttotausta¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Pakolainen tai turvapaikanhakija (%)	0,9	73,5	76,0	<0,001
Suomeen muuttoikä (ka)	25,2	23,9	25,2	0,004
Suomessaoloaika (ka)	11,8	12,3	11,1	0,005
Suomen kansalaisuus (%)	46,9	44,0	47,5	0,529

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 3.1.2. Maahanmuuttotausta sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Pakolainen tai turvapaikanhakija (%)	1,1	0,9	0,839	92,4	56,3	<0,001	84,9	63,6	<0,001	<0,001	<0,001
Suomeen muuttoikä (ka)	25,0	25,3	0,540	23,4	24,2	0,259	25,5	24,8	0,154	0,010	0,089
Suomessaoloaika (ka)	11,7	11,9	0,711	12,5	12,1	0,600	10,7	11,5	0,063	0,011	0,430
Suomen kansalaisuus (%)	40,0	51,1	0,013	42,8	44,7	0,719	39,1	57,9	<0,001	0,696	0,016

¹ Luvut ikävakioituja

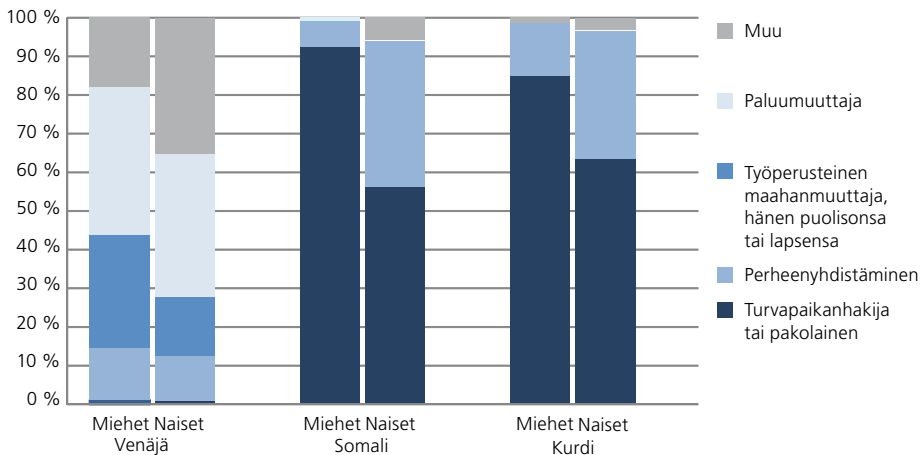
² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Taulukko 3.1.3. Oleskeluluvan peruste sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ		SOMALI		KURDI		Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Turvapaikanhakija tai pakolainen	1,1	0,9	92,4	56,3	84,9	63,6	<0,001	<0,001
Perheenyhdistäminen	13,5	11,7	6,8	37,7	13,7	33,1		
Työperusteinen maahanmuuttaja, hänen puolisonsa tai lapsensa	29,5	15,3	0,0	0,2	0,0	0,3		
Paluumuuttaja	38,1	36,9	0,0	0,0	0,0	0,0		
Muu	18,0	35,2	0,9	5,8	1,4	3,1		

¹ Luvut ikävakioituja

Kuvio 3.1.1. Oleskeluluvan peruste sukupuolittain (%).



Somalialaistaustaiset olivat muuttaneet Suomeen keskimäärin hieman nuorempina kuin venäläis- ja kurditaustaiset. Keskimääräinen Suomeen muuttoikä oli somalialaistaustaisilla 24 vuotta, ja venäläis- ja kurditaustaisilla 25 vuotta. Ero Suomeen muuttoikäsiä näyttöryhmien välillä erityisesti miesten osalta. Ryhmien sisällä sukupuolten välillä ei havaittu eroja. Keskimääräiset Suomessa olon ajat erosivat tutkittujen ryhmien välillä. Venäläis- ja somalialaistaustaiset olivat olleet tutkimushetkellä Suomessa keskimäärin 12 vuotta, kurditaustaiset 11 vuotta. Tämä ero syntyi etenkin ryhmien miesten välisistä eroista, mutta ryhmien sisällä ei havaittu sukupuolieroja. Viisi vuotta tai vähemmän Suomessa asuneiden osuus oli venäläistaustaisten osalta suurin (22 %), ja 15 vuotta tai kauemmin Suomessa asuneiden osuus oli somalialaistaustaisten osalta suurin (41 %, taulukko 3.1.4).

Taulukko 3.1.4. Suomessaoloaika (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Alle 6 vuotta	21,7	17,6	18,8	<0,001
6–14 vuotta	42,3	41,4	53,0	
Yli 14 vuotta	36,0	40,9	28,2	

¹ Luvut ikävakioituja

Suomen kansalaisten osuus oli kaikissa ryhmissä suurin piirtein yhtä suuri (44–48 %). Kansalaisuuden osalta ilmeni kuitenkin eroja sukupuolten välillä. Venäläis- ja kurditaustaisista naisista suurempi osa oli Suomen kansalaisia kuin miehistä, mutta somalialaistaustaisilla ei vastaavaa eroa tullut esiin. Suomen kansalaisten osuus erosi ikäryhmien välillä somalialais- ja kurditaustaisten ryhmissä. Kurditaustaisista vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä, oli eniten Suomen kansalaisia (71 %), kun 30–44-vuotiaissa heitä oli 38 % ja 18–29-vuotiaissa 43 %. Somalialaistaustaisista eniten Suomen kansalaisia oli 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä (52 %), kun 45–64-vuotiaista heitä oli 48 % ja 18–29-vuotiaista 33 %. Venäläistaustaisilla ikäryhmien välisiä eroja Suomen kansalaisten osuudessa ei tullut yhtä vahvasti esiin. Somalialaistaustaisista 99 % raportoi uskontokunnakseen islaminuskon. Kurditaustaisista islaminuskoisia oli 75 %, ja ei minkään uskontokunnan edustajia 21 %. Venäläistaustaisista kristinuskon edustajia oli 68 %, ja ei minkään uskontokunnan edustajia 31 %.

Pohdinta

Tutkitut ryhmät erosivat odotetusti toisistaan oleskeluluvan perusteella: somalialais- ja kurditaustaisista, etenkin miehistä, valtaosa oli pakolaistaustaisia. Somalialaistaustaiset olivat keskimäärin olleet maassa muita ryhmiä hieman kauemmin ja tulleet maahan hieman nuorempina. Havainnot venäläis- ja somalialaistaustaisten maahanmuuttotaustasta ovat linjassa vuonna 2002 Tilastokeskuksen toteuttaman Maahanmuuttajien elinolotutkimuksen löydösten kanssa (Pohjanpää ym. 2003).

Maahanmuuttotaustaan liittyvien tekijöiden voidaan olettaa olevan yhteydessä moniin terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueisiin. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa Suomessa asutun ajan pituus, maahanmuuttoikä, sekä pakolaistausta. On esimerkiksi havaittu, että tuoreesti maahan tulleiden fyysinen terveys on yleensä parempi kuin kantaväestöllä, koska muuttajat ovat keskimääräisesti nuoria ja vain terveimmät ovat kyenneet elämään siirtolaisuuden raskaan prosessin (ns. terveen siirtolaisen vaikutus, Fennely 2005). Asumisajan pidentyessä maahanmuuttajien enemmistön terveyden on kuitenkin havaittu heikkenevän suhteessa kantaväestöön. Tähän vaikuttaa todennäköisesti moni tekijä, muun muassa heikommat elinolot, pienituloisuus, syrjintä ja työelämään ja yhteiskuntaan integroitumisen vaikeudet. Vastaavasti nuorempaan

muuttoikään voi olettaa liittyvän parempia mahdollisuuksia integroitua uuteen yhteiskuntaan esimerkiksi koulujärjestelmän ja nopeamman kielen oppimisen kautta. Pakolaistaustaan voi puolestaan liittyä erityisiä haavoittuvaisuuden elementtejä, kuten entisen kotimaan vaikeat olosuhteet. Toisaalta pakolaisasema voi edesauttaa pääsyä Suomen järjestelmässä tiettyihin erityisesti pakolaisille suunnattuihin ohjelmiin ja etuuksiin, jotka mahdollisesti helpottavat uuteen yhteiskuntaan integroitumista. Tällöin väliinpuotoajina saattavat olla sellaiset vaikeista olosuhteista maahan muuttavat, joiden maahantuloperuste ei kuitenkaan ole pakolaisuus. Luvussa 16.1 selvitetään erityisesti maahanmuuttotaustaan liittyvien tekijöiden (pakolaistausta, maahanmuuttoikä ja Suomessa asutun ajan pituus) yhteyksiä terveyteen, hyvinvointiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin.

Lähteet

- Fennely K. The "healthy migrant" effect. *Health Generations* 2005;5:1–4.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- SM. Maahanmuuton vuosikatsaus 2011. Saatavilla: http://www.migri.fi/download/34214_maahanmuutto_2011_tilastokatsaus.pdf
- STM. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu: 21. 2009. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11112.pdf

3.2 Siviilisäätö ja kotitalous

Tuija Martelin, Anu E Castaneda, Timo M Kauppinen

- Kaikissa tutkituissa ryhmissä noin kaksi kolmannesta kertoi olevansa parisuh- teessa, mutta avioliitot olivat yleisempiä ja avoliitot vastaavasti harvinaisempia maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä tutkimuskuntien koko samanikäiseen vä- estöön verrattuna.
- Somalialaistaustaisten kotitaloudet olivat keskimäärin suurempia kuin muiden tutkittujen ryhmien.
- Sekä naimattomuus että yksin asuminen olivat maahanmuuttajataustaisilla miehillä suunnilleen yhtä yleisiä kuin koko samanikäisen väestön miehilläkin, kun taas maahanmuuttajataustaisista naisista pienempi osuus oli naimattomia tai asui yksin kuin naisista koko väestössä.

Maahanmuuttajien perhetilanteet poikkeavat yleisesti ottaen kantäväestöstä, joskin tässä on vaihtelua myös maahanmuuttajaryhmien välillä. Maahanmuuttajien elin- olotutkimukseen vuonna 2002 osallistuneista 20–65-vuotiaista venäläisistä ja soma- lialaisista maahanmuuttajista noin kaksi kolmannesta oli avio- tai avoliitossa (Poh- janpää ym. 2003). Naimattomien osuus oli suurempi ja eronneiden osuus pienempi somaleilla venäläisiin verrattuna, mutta etenkin naimattomien osuuden eron arvioi- tiin selittyvän suurelta osin ryhmien ikäjakaumien erolla. Saman tutkimuksen mu- kaan pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien perheet ja asutokunnat oli- vat keskimäärin selvästi suurempia kuin muiden samalla alueella asuvien. Venäläisten perhemalli muistutti eniten kaikkien pääkaupunkiseutulaisten mallia, kun taas so- malialaiset poikkesivat siitä jyrkästi: heistä 61 % asui vähintään viiden hengen asun- tokunnissa, kun vastaava osuus kaikkien pääkaupunkiseudulla asuvien keskuudessa oli 11 % (Juntto 2005).

Menetelmät

Tiedot siviilisäädystä ja kotitalouden koosta perustuvat tutkimuksen haastatteluosi- oon. Molemmat kysymykset sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Siviilisäätö käsitti viisi luokkaa: naimisissa tai rekisteröidyssä parisuh- teessa, avoliitossa, eronnut tai asu- muserossa, leski ja naimaton. Vastaajalle lueteltiin näitä vaihtoehtoja, kunnes hän va- litsi mielestään omaa tilannettaan kuvaavan, ja loput vaihtoehdot jätettiin sanomat- ta. Tätä haastattelutietoon perustuvaa siviilisäädyn jakaumaa ei siten voi kaikilta osin verrata virallisen siviilisäädyn jakaumaan, koska haastatteluhetkellä avoliitossa elä- neet eronneet, lesket ja naimattomat on todennäköisesti luokiteltu avoliitto-luok- kaan, eikä virallisen siviilisäätynsä mukaiseen luokkaan. Kotitalouden kokoa kos- kevassa kysymyksessä tiedusteltiin, kuinka monta jäsentä vastaajan kotitalouteen

kuuluu hänet itsensä mukaan luettuna. Täsmäntävien ohjeiden perusteella tuli laskea myös omasta tai puolison aiemmasta liitosta olevat lapset, jotka asuvat kotitaloudessa vähintään kaksi kuukautta vuodessa eli ainakin päivän viikossa. Erikseen kysyttiin, onko vastaajalla alle 18-vuotiaita lapsia, jotka eivät haastatteluhetkellä asu hänen kanssaan. Maamu-tutkimukseen osallistuneita verrataan tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneisiin 18–64-vuotiaisiin, joista käytetään nimitystä koko väestö.

Tulokset

Siviilisäädyn jakaumissa oli monenlaisia eroja vertailtavien ryhmien välillä. Jokaisessa ryhmässä noin kaksi kolmasosaa eli parisuhteessa (taulukko 3.2.1, kuvio 3.2.1) ja sukupuolten välillä ei ollut tässä eroa (taulukko 3.2.2). Parisuhteessa elävien osuus oli venäläistaustaisilla hieman pienempi kuin somalialais- ja kurditaustaisilla, mutta kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä naimisissa olevien osuus oli suurempi ja avoliitossa olevien osuus pienempi kuin tutkimuskuntien koko samanikäisessä väestössä (taulukko 3.2.3). Somalialaistaustaisista lähes kaikki parisuhteessa elävät olivat naimisissa. Tarkasteltaessa koko 18–64-vuotiaiden ryhmää sukupuolten välillä näytti olevan eroa naimisissa tai avoliitossa olevien osuuksissa vain venäläistaustaisilla, joilla avoliitot olivat yleisempiä ja avioliitot harvinaisempia naisilla kuin miehillä. Sen sijaan ikäryhmittäinen tarkastelu osoitti, että parisuhteessa eläminen oli 18–29-vuotiailla venäläistaustaisilla yleisempää naisilla kuin miehillä (52 % ja 29 %), kun taas 45–64-vuotiailla ero oli päinvastainen (56 % ja 76 %). Myös kurditaustaisista nuorimmassa ikäryhmässä naiset elivät miehiä yleisemmin parisuhteessa (56 % ja 31 %), ja somalialaistaustaisista vanhimman ikäryhmän miehet olivat naisia yleisemmin parisuhteessa (95 % ja 61 %). Kaikissa tutkituissa ryhmissä 18–29-vuotiaat elivät harvimminkin parisuhteessa (venäläistaustaisista 42 %, somalialaistaustaisista 49 % ja kurditaustaisista 40 %), ja 30–44- ja 45–64-vuotiaat yleisemmin (venäläistaustaisista 62–73 %, somalialaistaustaisista 76–78 % ja kurditaustaisista 79–83 %).

Eronneiden osuus oli suurin venäläistaustaisilla (taulukko 3.2.3). Naisia tarkasteltaessa eronneita oli kuitenkin suunnilleen yhtä paljon venäläis- ja somalialaistaustaisissa (noin viidennes), kun taas sekä kurditaustaisissa että koko samanikäisen väestön naisissa vastaava osuus jäi alle 10 %:n (kuvio 3.2.1). Leskien osuus oli suurin kurditaustaisissa, ja heistä erityisesti naisissa. Naimattomuus oli selvästi yleisempää miesten keskuudessa, runsaat 25 % kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä, kun taas koko väestössä osuus oli samaa luokkaa molemmilla sukupuolilla, noin 28 %. Somalialaistaustaisista naisista alle kymmenesosa oli naimattomia.

Taulukko 3.2.1. Siviilisäätö ja kotitalous¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa (%)	59,3	68,3	66,9	63,4	0,012	0,096	0,082	0,146
Kotitalouden koko (ka)	2,5	4,6	3,5	2,4	<0,001	0,544	<0,001	<0,001
Alaikäisiä lapsia, jotka asuvat muualla (%)	6,1	16,6	6,1	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Taulukko 3.2.2. Siviilisäätö ja kotitalous sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa (%)	62,6	57,5	0,212	66,6	69,8	0,498	64,1	70,5	0,095	65,8	61,2	0,100
Kotitalouden koko (ka)	2,6	2,4	0,061	4,1	5,1	0,001	3,1	3,9	<0,001	2,5	2,4	0,097
Alaikäisiä lapsia, jotka asuvat muualla (%)	14,4	1,6	<0,001	17,7	15,9	0,666	5,3	7,3	0,373	.. ³	.. ³	.. ³
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa	0,684	0,557	0,427	0,832	0,010	0,292	0,072	0,021				
Kotitalouden koko	<0,001	0,279	<0,001	<0,001	<0,001	0,584	<0,001	<0,001				
Alaikäisiä lapsia, jotka asuvat muualla	0,001	.. ³	.. ³	.. ³	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³				

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

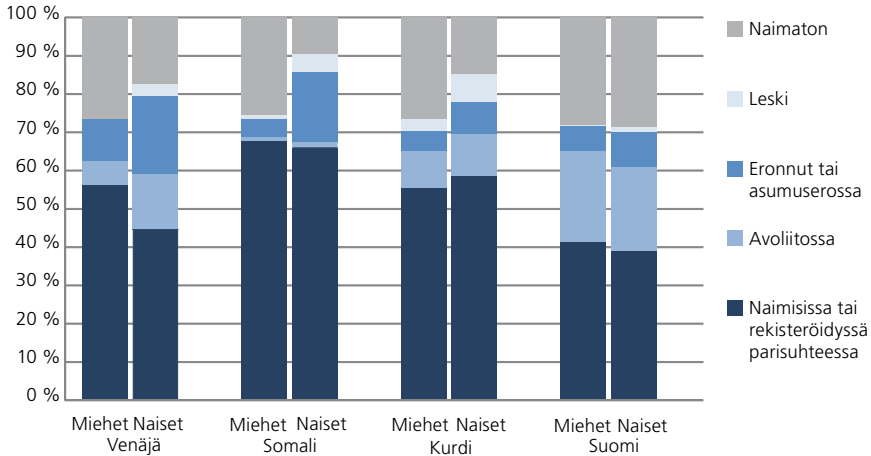
³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Taulukko 3.2.3. Siviilisäätö (%).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	48,6	66,5	56,6	40,2	<0,001
Avoliitossa	11,1	1,2	10,2	22,9	
Eronnut tai asumuserossa	17,2	12,3	6,6	7,7	
Leski	2,0	3,1	5,1	0,8	
Naimaton	21,1	16,8	21,5	28,4	

¹ Luvut ikävakioituja

Kuvio 3.2.1. Siviilisäätö sukupuolittain (%).

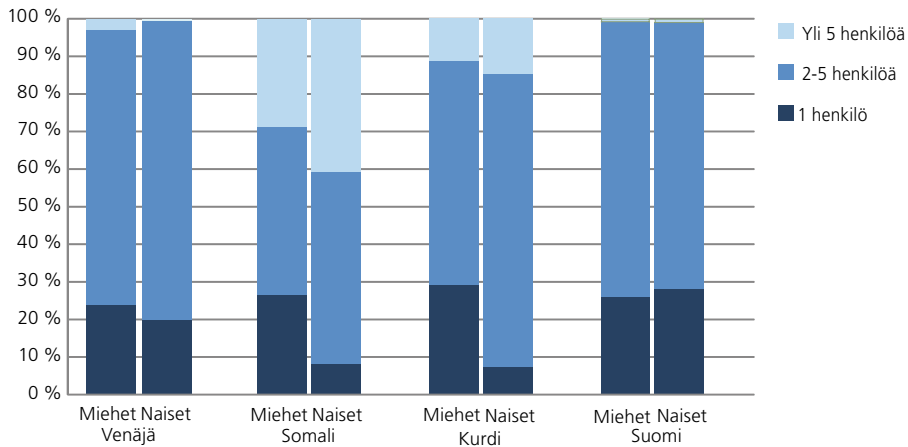
Taulukko 3.2.4. Kotitalouden koko (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Kotitalouden koko (1 henkilö)	21,4	16,5	19,8	27,2	<0,001
Kotitalouden koko (2–5 henkilöä)	77,3	48,2	67,4	71,8	
Kotitalouden koko (yli 5 henkilöä)	1,3	35,3	12,8	1,0	

¹ Luvut ikävakioituna

Somalialaistaustaisten kotitaloudet olivat keskimäärin suurimpia (taulukko 3.2.1). Myös kurditaustaisilla kotitaloudet olivat suurempia kuin koko väestössä, mutta venäläistaustaisten kotitaloudet olivat keskimäärin samansuuruisia kuin koko väestössä. Suurimmissa kotitalouksissa asuivat 30–44-vuotiaat somalialaistaiset naiset, joilla kotitalouden keskikoko oli kuusi henkeä. Heistä yli kolmannes asui yli viiden hengen kotitalouksissa, kun sekä venäläistaustaisilla että koko samanikäisellä väestöllä vastaava osuus oli vain prosentin luokkaa ja kurditaustaisilla 13 % (taulukko 3.2.4). Noin neljännes miehistä asui yksin sekä koko väestössä että kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä, mutta maahanmuuttajataustaisilla naisilla, etenkin kurdi- ja somalialaistaustaisilla, yksinasuminen oli harvinaisempaa kuin koko väestön naisilla (kuvio 3.2.2). Somalialaistaustaisilla oli useammin kuin muilla maahanmuuttajataustaisilla ryhmillä alaikäisiä lapsia, jotka eivät asuneet yhdessä heidän kanssaan (taulukko 3.2.1), eikä tässä ollut eroa somalialaistaustaisten miesten ja naisten välillä. Venäläistaustaisilla miehillä oli puolestaan muualla asuvia alaikäisiä lapsia selvästi yleisemmin (14 %) kuin naisilla (2 %), kun taas kurditaustaisilla miehillä ja naisilla vastaava osuus oli molemmilla samaa luokkaa (5 % ja 7 %).

Kuvio 3.2.2. Kotitalouden koko sukupuolittain (%).



Pohdinta

Siviilisäätyjakaumaa ja kotitalouden kokoa koskevat havainnot olivat samantyyppisiä kuin aiemmassa Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa (Juntto 2005; Pohjanpää ym. 2003). Venäläistaustaiset muistuttivat läheisimmin koko samanikäistä väestöä, kun taas kotitalouksien suuruus erotti somalialaistaustaiset muista ryhmistä. Tämä havainto on yhdenmukainen kokonaishedelmällisyysluvun syntymämaan muokautumisen erojen kanssa (Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2007). Vaikka parisuhteeseen ja perheellistymiseen liittyvät ilmiöt sekä niiden vaihtelu sukupuolten ja ikäryhmien välillä heijastavatkin suurelta osin yleisiä demografisia säännönmukaisuuksia, myös kulttuuriset tekijät muovaavat niitä suuresti. Toisaalta näillä tekijöillä on yhteyksiä moniin muihin elämänalueisiin. Esimerkiksi naimisissa olevien on havaittu olevan muuta väestöä terveempiä (Joutsenniemi 2007), joten tässä suhteessa maahanmuuttajataustaiset ovat muuta väestöä paremmassa asemassa. Kotitalouden koko puolestaan vaikuttaa paitsi asumisen ahtauteen ja toimeentuloon (ks. luku 3.4), myös palveluntarpeeseen ja etenkin naisten työssäkäyntimahdollisuuksiin.

Lähteet

Joutsenniemi K. Living arrangements and health. Publications of the National Public Health Institute: A 15. Helsinki; 2007.
 Juntto A. Maahanmuuttajien asuminen – integroitumista vai segregoitumista? Teoksessa: Paananen S (toim.). Maahanmuuttajien elämää Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus; 2005.

Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.

Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2007. SVT, Väestö 2010. Helsinki: Tilastokeskus; 2010.

3.3 Yleissivistävä koulutus ja pääasiallinen toiminta

Tuija Martelin, Anu E Castaneda, Timo M Kauppinen

- Venäläistaustaisten maahanmuuttajien yleissivistävän koulutuksen taso oli korkeampi kuin muissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä tai tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisessä väestössä. Somalialaistaustaisten koulutus oli tutkituista ryhmistä vähäisin. Runsas kolmasosa somalialaistaustaisista naisista ei ollut käynyt koulua lainkaan.
- Työssäkäyvien osuus oli kaikissa tutkitussa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä pienempi ja työttömien tai lomautettujen osuus suurempi kuin tutkimuskuntien koko samanikäisessä väestössä.
- Oman kotitalouden hoitaminen pääasiallisena toimintana oli somalialaistaustaisilla naisilla yleisempää kuin muiden tutkittujen ryhmien naisilla.

Maahanmuuttajataustaiset ovat rekisteriaineistojen valossa koko väestöön verrattuna yliedustettuina koulutusrakenteen ääripäissä, eli toisaalta kouluttamattomien, toisaalta hyvin koulutettujen joukossa (Forsander 2002). Koulutustaso vaihtelee paljon eri ryhmien välillä: korkeimmin koulutettuja on eniten entisen Neuvostoliiton alueelta, itäisestä Keski-Euroopasta, Pohjois-Amerikasta ja Kiinasta muuttaneissa, kun taas heikoiten koulutettuja on enemmän kehitysmaista tulleiden joukossa. Suomessa asuviin 15–64-vuotiaisiin ulkomaan kansalaisiin rajoittuvien tilastotietojen perusteella tässä tutkimuksessa tarkasteltavien ryhmien lähtömaiden kansalaisista koulutetuimpia ovat venäläiset, joista lähes 30 %:lla on keskiasteen ja yli neljäsosalla korkea-asteen koulutus (Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2007). Suomessa asuvat Somalian kansalaiset puolestaan ovat vähiten koulutettu ryhmä, jossa yli 80 %:lla on enintään perusasteen koulutus tai koulutusaste on tuntematon. Irakin ja Iranin kansalaisilla vastaavat osuudet olivat 76 % ja 68 % vuonna 2007. Tutkintorekisteri ei kuitenkaan sisällä täysin kattavia tietoja ulkomailla suoritetuista tutkinnoista, minkä vuoksi tietoja on tarpeen täydentää kysely- ja haastattelututkimusten perusteella. Maahanmuuttajien elinolututkimuksen mukaan Venäjältä muuttaneilla oli Suomeen tullessa muita tutkittuja ryhmiä korkeampi koulutus, ja vietnamilaisilla ja somalialaisilla heikoin (Pohjanpää ym. 2003).

Suomessa asuvista kaikenikäisistä ulkomaiden kansalaisista on rekisteritietojen valossa pienempi osa työllisiä tai eläkeläisiä ja suurempi osa työttömiä tai niin sanottuja ”muut työvoimaan kuulumattomat” -ryhmään kuuluvia kuin koko väestöstä (Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2007). Työttömyysaste on Suomessa asuvilla ulkomaiden kansalaisilla ollut jaksolla 2000–2011 kaikkina vuosina lähes kolminkertainen koko väestöön verrattuna (SM 2011). Maahanmuuttajien elinolututkimuksessa vuonna 2002 somalialaiset poikkesivat muista ryhmistä erityisesti omaa kotitaloutta hoitavien suuren osuuden vuoksi (Pohjanpää ym. 2003).

Menetelmät

Koulutusta ja pääasiallista toimintaa selvitettiin tutkimuksen haastatteluosuudessa. Tässä raportoidaan vastaajien Suomessa tai muussa maassa saamaa yleissivistävää koulutusta koskevat havainnot. Vastausvaihtoehdot olivat: ei ole käynyt koulua, alaste tai vastaava tai osa siitä, ala- ja yläaste tai vastaava tai osa yläasteesta, lukio, osa lukiota tai vastaava ja jokin muu peruskoulutus. Ala- ja yläastetta kuvaavat luokat yhdistettiin luokaksi ”peruskoulu”, ja ”muu peruskoulutus” luokiteltiin joko aiempiin luokkiin sopivaksi tai poistettiin jatkotarkasteluista. Pääasiallinen toiminta määriteltiin toiminnaksi, johon käytetään eniten aikaa tai josta saa eniten tuloja. Vastausvaihtoehdoina olivat kokopäivätyössä, osa-aikatyössä, opiskelija (sisältäen oppisopimuskoulutuksen), eläkkeellä, työtön tai lomautettu, hoitaa päivisin omia lapsia, muita perheenjäseniä tai omaa kotitaloutta ja muu. Työssä olevien luokat yhdistettiin, samoin kuin luokat ”eläkkeellä” ja ”muu”. Koulutusta ja pääasiallista toimintaa koskevat kysymykset sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Maamu-tutkimukseen osallistuneita verrataan tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneisiin 18–64-vuotiaisiin, joista käytetään nimitystä koko väestö.

Tulokset

Ryhmät erosivat selkeästi toisistaan yleissivistävältä koulutukseltaan (taulukko 3.3.1). Venäläistaustaisilla yleissivistävän koulutuksen taso oli huomattavasti korkeampi kuin somalialais- ja kurditaustaisilla, ja lukion tai vastaavan suorittaneita oli enemmän kuin koko samanikäisessä väestössä. Toista ääripäätä edustivat somalialaistaukset, joista neljäsosa – naisista jopa yli kolmannes – ei ollut käynyt koulua lainkaan (taulukko 3.3.2 ja 3.3.3, kuvio 3.3.1). Somalialaistaustaisilla myös sukupuolten välinen ero oli suuri verrattuna muihin ryhmiin, erityisesti 30 vuotta täyttäneillä. Kun 45–64-vuotiaista somalialaistaustaisista miehistä 63 % oli suorittanut lukion tai vastaavan, samanikäisistä naisista lukiokoulutus oli vain 2 %:lla. Sen sijaan 18–29-vuotiailla somalialaistaustaisilla ei ollut sukupuolten välillä eroa lukion käyneiden osuudessa. Venäläistaustaisten keskuudessa lukiokoulutus oli yleisempi naisilla kuin miehillä, samoin kuin koko samanikäisessä väestössä.

Taulukko 3.3.1. Lukion käyneiden ja ansiotyössä käyvien osuus (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Lukion käyneet ²	77,5	26,6	41,4	68,0	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ansiotyössä	51,3	23,4	39,0	70,3	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Käynyt lukion, osan siitä tai vastaavan Suomessa tai muualla

Taulukko 3.3.2. Lukion käyneiden ja ansiotyössä käyvien osuus sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Lukion käyneet ³	70,0	81,8	0,002	39,5	16,0	<0,001	42,1	40,6	0,715	62,6	72,9	<0,001
Ansiotyössä	55,6	48,9	0,175	32,7	15,2	0,002	46,8	28,6	<0,001	72,4	68,4	0,131
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet					Naiset						
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi		Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi			
Lukion käyneet ³	<0,001	0,061	<0,001	<0,001		<0,001	0,001	<0,001	<0,001			<0,001
Ansiotyössä	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			<0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Käynyt lukion, osan siitä tai vastaavan Suomessa tai muuallaTaulukko 3.3.3. Peruskoulutus (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Ei lainkaan	0,0	24,8	13,2	0,0	<0,001
Peruskoulu ²	22,6	49,1	45,7	32,1	
Lukio ³	77,4	26,1	41,1	67,9	

¹ Luvut ikävakioituja² Käynyt ala- tai yläasteen, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muualla³ Käynyt lukion, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muuallaTaulukko 3.3.4. Pääasiallinen toiminta (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Työssä	51,2	24,0	39,1	70,4	<0,001
Opiskelija	17,2	24,0	21,4	12,6	
Hoitaa kotitaloutta	5,9	18,1	5,8	3,5	
Työtön tai lomautettu	24,1	27,7	28,3	4,3	
Eläkkeellä tai muu	1,6	6,2	5,4	9,1	

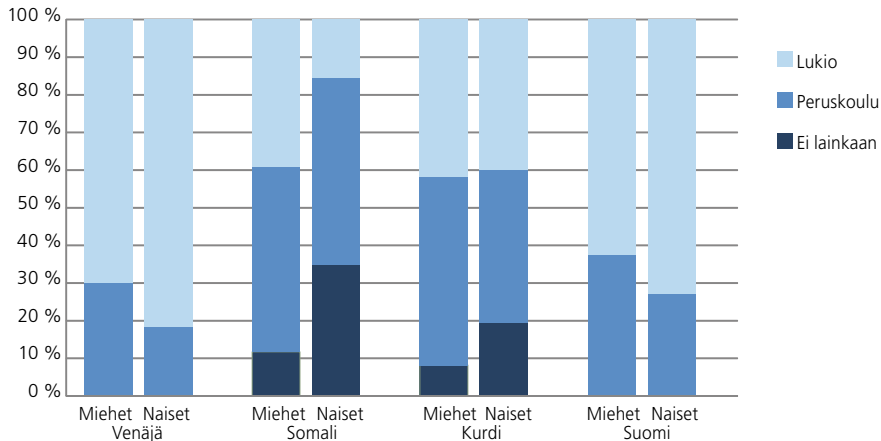
¹ Luvut ikävakioituja

Pääasiallisen toiminnan jakauma oli tutkituilla maahanmuuttajataustaisilla ryhmillä varsin erilainen kuin tutkimuskuntien koko samanikäisessä väestössä, sekä miehillä että naisilla. Työssäkäyviä oli vähemmän ja erityisesti työttömiä tai lomautettuja enemmän kuin koko väestössä (taulukko 3.3.1 ja 3.3.4). Venäläistaustaisilla pääasiallisen toiminnan jakauma oli lähimpänä koko väestön jakaumaa, mutta myös heistä

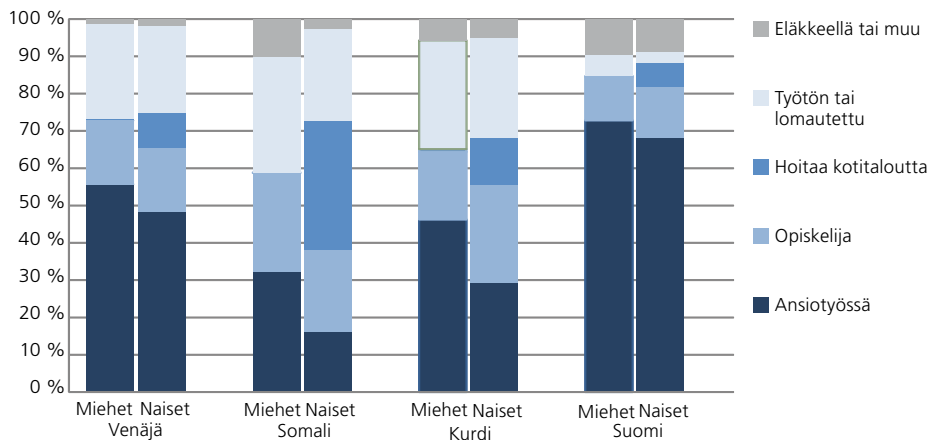
työttömiä tai lomautettuja oli molemmissa sukupuolissa noin neljäsosa, kun vastaava osuus koko väestössä oli keskimäärin vain 4 % (kuvio 3.3.2).

Venälaistaustaisilla miehillä ja naisilla sekä kurditaustaisilla miehillä työssäkäynti oli selvästi yleisin pääasiallisen toiminnan muoto, kun taas somalialaistaustaisilla miehillä sekä kurditaustaisilla naisilla työssäkäynti, työttömyys ja opiskelu olivat kaikki suunnilleen yhtä yleisiä (26–32 %). Somalialaistaustaisista naisista runsas kolmannes hoiti lapsia, muita perheenjäseniä tai omaa kotitaloutta. Tämä oli selvästi yleisempää heillä kuin venäläis- ja kurditaustaisilla naisilla (10 % ja 13 %) tai naisilla koko samanikäisessä väestössä (7 %). Työssäkävien osuus oli kaikissa neljässä ryhmässä miehillä suurempi kuin naisilla, joskin ero oli tilastollisesti merkitsevää vain somalialais- ja kurditaustaisilla. Sukupuolten välinen ero tuli vahvimmin esiin kaikissa

Kuvio 3.3.1. Peruskoulutus sukupuolittain (%).



Kuvio 3.3.2. Pääasiallinen toiminta sukupuolittain (%).



ryhmissä 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä, sekä kurditaustaisilla myös nuorimmassa 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä. Työssäkävien osuus oli pienin 30–44-vuotiailla somalialaistaustaisilla naisilla (14 %), suurin taas samaan ikäryhmään kuuluvilla venäläistaustaisilla miehillä (75 %).

Pohdinta

Koulutus on tärkeä väylä työllistymiseen, parempaan toimeentuloon ja osallisuuden yleisemminkin. Tässä suhteessa kurdi- ja somalialaistaustaiset ovat muuta väestöä selvästi heikommassa asemassa. Erityisesti somalialaistaustaisten 30 vuotta täytäneiden naisten vähäinen koulutus heikentää heidän mahdollisuuksiaan työllistyä silloinkin, kun se sopisi perhe- ja muuhun elämäntilanteeseen. Suuret kotitaloudet (ks. luku 3.2) lienevät kuitenkin yksi keskeinen syy työssäkäynnin vähäisyyteen tässä ryhmässä. Koulutus ei kuitenkaan takaa työllistymistä. Venäläistaustaiset olivat ainakin yleissivistävän koulutuksen osalta koulutetumpia kuin samanikäinen väestö keskimäärin, mutta myös heillä työttömyys oli selvästi yleisempää kuin koko väestössä. Onkin todettu, että koulutuksen määrää tärkeämpi työllistymisen selittäjä on se, miten saatua koulutusta arvioidaan ja arvostetaan työmarkkinoilla: muissa maissa suoritettuja tutkintoja on vaikea verrata suomalaiseen koulutusjärjestelmään, ja asuinmaassa hankittu koulutus on usein maahanmuuttajalle arvokkaampaa pääomaa kuin aiemmassa kotimaassa hankittu (Forsander 2002). Tämä heikentää työllistymisen mahdollisuuksia ylipäätään ja on myös yksi tärkeä selittäjä toimimiseksi koulutusta vastaamattomassa työssä (Sutela 2005). Maahanmuuttajat voivat myös kokea suoranaista syrjintää työmarkkinoilla (Ahmad 2005), mikä selittänee osittain koko väestöä matalampaa työllisyysastetta. Työllisyysasemaa ja työllistymistä tarkastellaan Maamu-tutkimuksen aineistossa yksityiskohtaisemmin myöhemmin ilmehtyvässä Työterveyslaitoksen koordinoiman *Maahanmuuttajan onnistuminen työssä* -hankkeen raportissa. Työllistymisen kannalta ammatillinen koulutus voi olla ratkaisevampi kuin yleissivistävä koulutus. Tässä raportissa ei kuitenkaan tarkastella ammatillista koulutusta, koska sen luokittelu, ottaen huomioon sekä omassa lähtömaassa että Suomessa suoritettu koulutus, edellyttää aikaavieviä tarkentavia luokitteluja ja analyyseja, joihin paneudutaan myöhemmin syventävissä tutkimuksissa.

Lähteet

- Ahmad A. Getting a Job in Finland. The Social Networks of Immigrants from the Indian Subcontinent in the Helsinki Metropolitan Labour market. Helsinki: University of Helsinki, Department of Sociology; 2005.
- Forsander A. Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja: D 39. Helsinki: Väestöliitto; 2002.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- SM. Maahanmuuton vuosikatsaus 2011. Saatavilla: http://www.migri.fi/download/34214_maahanmuutto_2011_tilastokatsaus.pdf
- Sutela H. Maahanmuuttajat palkkatyössä. Teoksessa: Paananen S (toim.). Maahanmuuttajien elämää Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus; 2005.
- Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2007. SVT, Väestö 2010. Helsinki: Tilastokeskus; 2010.

3.4 Asuminen ja toimeentulo

Timo M Kauppinen, Anu E Castaneda

- Ahtaimmin ja harvimmin omistusasunnossa asuivat somalialaistaustaiset.
- Somalialais- ja kurditaustaisilla pienituloisuus ja toimeentulon kokeminen hankalaksi olivat yleisempiä kuin venäläistaustaisilla.
- Kaikilla tutkituilla ryhmillä omistusasuminen oli harvinaisempaa, ahtaasti asuminen yleisempää ja taloudellinen toimeentulo koettiin hankalammaksi kuin mitä aiemmissa tutkimuksissa on havaittu koko väestössä.

Taustaltaan ei-länsimaalaiset maahanmuuttajat asuvat tyypillisesti kantaväestöä yleisemmin vuokralla ja ahtaasti (Junnto 2005; Helsingin kaupungin tietokeskus 2011). Ahtaasti asuminen ei liity vain asuntojen pienuuteen vaan myös kantaväestöä suurempiin perheisiin eräissä maahanmuuttajaryhmissä. Sekä ahtaasti että vuokralla asumisen taustalla ovat myös maahanmuuttajien niukemmat taloudelliset resurssit, joiden taustalla puolestaan on muun muassa maahanmuuttajien kantaväestöä matalampi työllisyysaste ja vaatimattomampi asema työmarkkinoilla. Niukemmat taloudelliset resurssit eivät kuitenkaan riitä kantaväestöstä poikkeavien asumisolojen selitykseksi (Vaattovaara ym. 2010), vaan taloudellisia resursseja voidaan käyttää eri tarkoituksiin, jolloin asumiskuluja ei välttämättä priorisoida. Taustalla voi olla myös esimerkiksi Suomessa oleskelun keston epävarmuuteen, asuntomarkkinoita koskevan tiedon puutteeseen ja asuntomarkkinoilla koettuun syrjintään liittyviä selityksiä.

Menetelmät

Tutkimuksen haastatteluosuudessa selvitettiin asunnon hallintaperustetta kysymällä, asuuko vastaaja omistamassaan asunnossa (tai asumisoikeus- tai osaomistusasunnossa) vai muussa asumismuodossa (vuokra-asunnossa, työsuhde- tai muussa luontoisetu-asunnossa, opiskelija-asunnossa, muualla). Asumisen ahtautta kartoitettiin kysymällä asunnon huonelukua ja suhteuttamalla se kotitaloudessa asuvien henkilöiden lukumäärään. Ahtaan asumisen kriteeriksi määriteltiin alle yksi huone asukasta kohden (kun keittiötä ei lasketa huoneeksi). Toimeentulon osalta kysyttiin, mitkä ovat vastaajan kotitalouden käytettävissä olevat tulot kuukaudessa verotuksen jälkeen. Yhdeksän vastausvaihtoehtoa luokiteltiin kahdeksi niin, että pienituloisuuden rajana olivat enintään 850 euron käytettävissä olevat tulot. Tämä on hyvin tiukka kriteeri, kun sen suhteuttaa vaikkapa tutkimuskaupunkien kaikkien asuntokuntien käytettävissä olevien rahatulojen mediaaniin vuonna 2010, joka oli 2 506 euroa (Tilastokeskus 2012). Lisäksi koettua toimeentuloa selvitettiin kysymällä, onko kotitalouden menojen kattaminen tuloilla erittäin hankalaa, hankalaa, melko hankalaa, melko helppoa, helppoa, vai hyvin helppoa. Vastausvaihtoehdot luokiteltiin kahdek-

si siten, että hankalaksi koettua toimeentuloa kuvasivat vastausvaihtoehdot ”hankalaa” ja ”erittäin hankalaa”. Kysymys koetusta toimeentulosta sisältyi myös lyhythaastatteluun.

Tulokset

Omistusasunnossa asuvien määrät poikkesivat selvästi tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 3.4.1). Venäläistäustaisista omistusasunnossa asui noin kolmannes, kun somalialaistaustaisista omistusasunnossa ei asunut juuri kukaan ja kurditaustais-takin varsin harva. Tulokset olivat samansuuntaisia tarkasteltaessa ryhmien välisiä eroja erikseen miesten ja naisten osalta (taulukko 3.4.2). Somalialaistaustaisilla ilmeni eroja sukupuolen ja iän mukaan: naisista omistusasunnossa asui hieman useampi kuin miehistä, ja 45–64-vuotiaiden ikäryhmästä 4 % asui omistusasunnossa, kun vastaava luku nuoremmissä ikäryhmissä oli 0,6 %.

Taulukko 3.4.1. Asuminen ja toimeentulo (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Omistusasunnossa asuminen	32,3	1,4	12,0	<0,001
Ahtaasti asuminen (< 1 huone/asukas)	15,9	64,7	40,2	<0,001
Kotitalouden tulot enintään 850e/kk	19,9	39,4	33,2	<0,001
Koettu toimeentulovaikeus	22,6	39,3	50,9	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 3.4.2. Asuminen ja toimeentulo sukupuolittain (%¹).

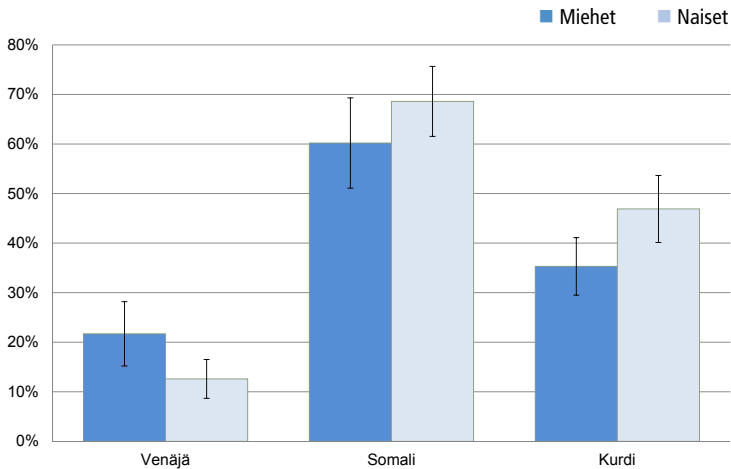
	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Omistusasunnossa asuminen	27,9	34,9	0,139	0,2	2,5	0,015	10,8	13,5	0,364	<0,001	<0,001
Ahtaasti asuminen (< 1 huone/asukas)	21,7	12,6	0,013	60,2	68,6	0,152	35,3	46,9	0,012	<0,001	<0,001
Kotitalouden tulot enintään 850e/kk	17,7	21,2	0,394	39,8	38,9	0,895	35,8	29,5	0,161	<0,001	<0,001
Koettu toimeentulovaikeus	17,5	25,6	0,025	38,3	40,1	0,719	48,9	53,5	0,265	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

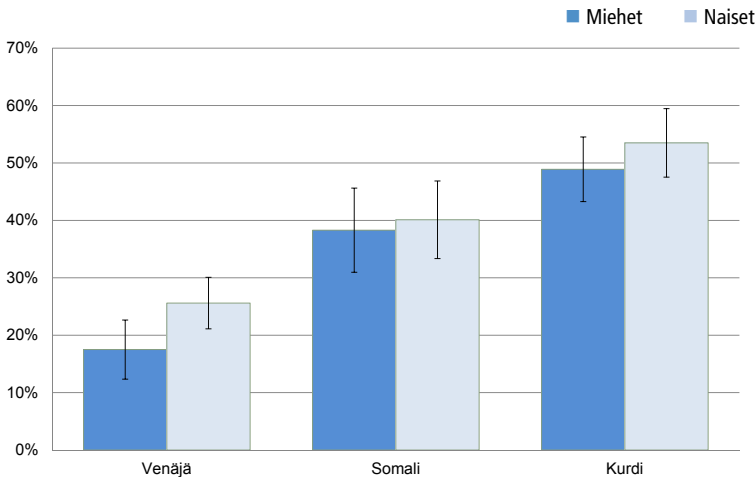
² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Myös ahtaasti asumisen yleisyys vaihteli suuresti ryhmien välillä. Venäläistaustaisista vain kuudennes asui ahtaasti, kun taas lähes kaksi kolmannesta somalialaistaustaisista ja huomattava osa myös kurditaustaisista asui ahtaasti. Ryhmien väliset erot tulivat jälleen esiin sekä miesten että naisten osalta. Sukupuolten välillä oli eroa venäläis- ja kurditaustaisilla: venäläistaustaiset miehet asuivat ahtaammin kuin naiset, mutta kurditaustaisista naiset asuivat ahtaammin kuin miehet (kuvio 3.4.1). Kaikissa ryhmissä 30–44-vuotiaat asuivat ahtaammin (venäläistaustaisista 30 %, somalialaistaustaisista 76 % ja kurditaustaisista 50 %), kun vähemmän ahtaasti asuivat 18–29-vuotiaat ja 45–64-vuotiaat (venäläistaustaisista 7–9 %, somalialaistaustaisista 55–62 % ja kurditaustaisista 35–34 %).

Kuvio 3.4.1. Ahtaasti asuvien (< 1 huone/asukas) osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 3.4.2. Toimeentulovaikeuksia ilmoittavien osuus sukupuolittain (%).



Ryhmät erosivat toisistaan myös sekä kotitalouden tulojen että niiden koetun riittävyyden osalta. Euromääräisellä kriteerillä pienituloisuus oli yleisempää somalialais- ja kurditaustaisilla kuin venäläistaustaisilla. Tämä näkyi sekä naisilla että miehillä, joskin naisilla somalialaistaustaiset erottuivat selvemmin pienituloisimpana ryhmänä. Pienituloisia kotitalouksia oli kaikissa ryhmissä vähiten 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä (venäläistaustaisista 9 %, somalialaistaustaisista 31 % ja kurditaustaisista 23 %), ja enemmän pienituloisia oli 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä (25 %, 48 % ja 45 %), mikä liittyy osittain yksin asumisen yleisyyteen tämän ikäisillä, sekä 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä (27 %, 39 % ja 33 %). Koetun toimeentulon osalta ryhmien välinen järjestys poikkesi osittain euromääräisellä kriteerillä havaitusta: kurditaustaiset kokivat yleisimmin toimeentulonsa hankalaksi – puolet heistä vastasi näin – kun harvinaisinta tämä oli venäläistaustaisilla, joista noin neljännes koki toimeentulonsa hankalaksi. Ryhmien väliset erot ilmenivät samaan tapaan naisilla ja miehillä (kuviot 3.4.2). Toimeentulonsa kokivat kaikissa ryhmissä hankalimmaksi 45–64-vuotiaat (venäläistaustaisista 33 %, somalialaistaustaisista 50 % ja kurditaustaisista 63 %), kun osuudet olivat nuoremmassa ikäryhmässä hieman vähäisemmät (18–29-vuotiailla 14 %, 35 % ja 41 %, ja 30–44-vuotiailla 22 %, 34 % ja 51 %). Venäläistaustaisista naiset kokivat toimeentulonsa hieman hankalammaksi kuin miehet.

Pohdinta

Tutkitut maahanmuuttajaryhmät poikkesivat toisistaan sekä asumisolojen että toimeentulon osalta. Venäläistaustaisilla elinolot olivat tältä osin parhaat ja erityisesti asumisessa somalialaistaustaisilla heikoimmat. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin vuonna 2002 tehdyssä Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa (Pohjanpää ym. 2003), vaikkakin tuolloin ahtaasti asuvia havaittiin olevan enemmän (venäläistaustaisista ahtaasti asui 47 % ja somalialaistaustaisista 85 %, kun keittiökin laskettiin huoneeksi). Tutkimusalueet tosin poikkesivat tuolloin hieman Maamu-tutkimuksen alueista (esim. somalialaistaustaisia tutkittiin vain pääkaupunkiseudulla), mikä vaikuttaa tulosten vertailtavuuteen. Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa omistus- tai asumisoikeusasunnossa asuvia oli venäläistaustaisista 21 % ja somalialaistaustaisista 1 %. Venäläistaustaisten omistusasunnossa asuminen vaikuttaa siis hieman lisääntyneen, kun somalialaistaustaisilla se on pysynyt yhtä vähäisenä.

Kaikilla ryhmillä elinolot ovat kuitenkin vaatimattomammat kuin väestössä keskimäärin. Tutkimuskaupunkien kaikista asuntokunnista vuonna 2010 omistusasunnoissa asui 53 % (Tilastokeskus 2012, mukana eivät ole asumisoikeus- ja osomistusasunnot), joten kaikissa ryhmissä omistusasuminen oli selvästi koko väestöä harvinaisempaa. Tutkimuskaupunkien kaikista asuntokunnista vuonna 2011 puolestaan ahtaasti asui 9 % (Tilastokeskus 2012), joten myös ahtaasti asuminen oli kaikissa ryhmissä koko väestöä yleisempää. Myös toimeentulonsa hankalaksi kokevien osuu-

det ovat korkeita kaikissa ryhmissä, sillä vuoden 2009 syksyllä Suomen koko aikuisväestöstä noin 9 % koki toimeentulonsa hankalaksi (Moisio 2010).

Lähteet

- Helsingin kaupungin tietokeskus. Helsingin ulkomaalaisväestö vuonna 2011. Tilastoja: 41. 2011. Saatavilla: http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/11_12_15_Tilastoja_41_Ranto.pdf
- Juntto A. Maahanmuuttajien asuminen – integroitumista vai segregoitumista? Teoksessa: Paananen S (toim.). Maahanmuuttajien elämää Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus; 2005.
- Moisio P. Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.). Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2010.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Tilastokeskus. Statfin-tietokanta. Helsinki: Tilastokeskus; 2012. Saatavilla: http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/databasetree_fi.asp
- Vaattovaara M, Vilkkama K, Yousfi S, Dhalmann H, Kauppinen TM. Contextualising ethnic residential segregation in Finland: Migration flows, policies and settlement patterns. Teoksessa: Andersson R, Dhalmann H, Holmqvist E, Kauppinen TM, Magnusson Turner L, Skifter Andersen H, Søholt S, Vaattovaara M, Vilkkama K, Wessel T, Yousfi S: Immigration, housing and segregation in the Nordic welfare states. Helsinki: University of Helsinki; 2010.

4 KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET SAIRAUDET

4.1 Koettu terveys

*Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Natalia Solovieva,
Tiina Laatikainen*

- Kurdi- ja venäläistaustaisten naisten koettu terveys oli selvästi huonompi kuin muissa tutkituissa ryhmissä. Sen sijaan somalialaistaustaiset, etenkin miehet, kokivat terveytensä erityisen hyväksi.
- Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä miehet kokivat terveytensä huomattavasti paremmaksi kuin naiset, mutta tutkimusalueiden koko samanikäisessä väestössä sukupuolten välillä ei ollut eroa.
- Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä naisten että miesten koettu terveys heikkeni johdonmukaisesti iän mukana.

Tutkittavan omaa arviota terveydentilastaan koskeva yksittäinen kysymys on terveysaiheisten haastattelu- ja kyselytutkimusten vakiintuneinta sisältöä. Koettu terveys on yleisesti käytetty terveysindikaattori myös maahanmuuttajiin kohdistuvissa tutkimuksissa (Dinesen ym. 2011; Nielsen & Krasnik 2010). Koettu terveys perustuu subjektiiviseen arvioon omasta terveydestä, johon vaikuttavat henkilökohtaiset odotukset, kokemukset ja kulttuuriset arvot. Tämä arvio kuvastaa fyysisen terveyden lisäksi myös sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia. Se antaa vastaajan terveydentilasta hyvän yleiskuvan, jonka on ainakin länsimaisessa kulttuurissa havaittu olevan varsin yhdenmukainen lääkärin tekemän yleisarvion kanssa (Aromaa ym. 1989). Koetulla terveydellä on myös vahva yhteys tuleviin terveysongelmiin ja kuolemanvaaraan (Manderbacka 1998).

Useat kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet maahanmuuttajataustan olevan yhteydessä huonoon koettuun terveyteen. Maahanmuuttajien ja kantäväestön väliset erot koetussa terveydessä vaihtelevat kuitenkin sekä maahanmuuttajaryhmien välillä että niiden sisällä (Dinesen ym. 2011; Nazroo 2003; Nielsen & Krasnik 2010). Tämä viittaa siihen, että maahanmuuttajataustan ja huonon koetun terveyden välisen yhteyden taustalla saattaa olla useita syntymekanismia, kuten maahanmuuttajien yliedustus alemmissä sosiaaliluokissa ja heikompi integraatio (Andersen ym. 2011; Pottie ym. 2008).

Menetelmät

Haastattelussa pyydettiin tutkittavia arvioimaan omaa terveyttään viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono). Vastaava

kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Täsmälleen sama kysymys vastausvaihtoehtoinen on ollut käytössä lukuisissa aiemmissa tutkimuksissa (esim. Aromaa ym. 1989; Koskinen ym. 2012). Tässä luvussa tarkastellaan terveytensä hyväksi tai melko hyväksi raportoineiden osuutta. Vertailukohtana käytetään tutkimuskuntien koko 18–64-vuotiasta väestöä edustavaa Terveys 2011 -tutkimuksen osa-aineistoa.

Tulokset

Vertailtavien ryhmien välillä oli huomattavan suuret erot koetussa terveydessä (taulukko 4.1.1). Parhaimpana terveyttään pitivät somalialaistautaiset, joista peräti 85 % arvioi terveytensä vähintään melko hyväksi. Tutkimuskuntien koko samanikäisessä väestössä vastaava osuus oli 80 %, ja venäläis- ja kurditaustaisten ryhmissä puolestaan selvästi alhaisempi, 69 % ja 68 %.

Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä miehet kokivat terveytensä huomattavasti paremmaksi kuin naiset, mutta tutkimuskuntien koko samanikäisessä väestössä sukupuolten välillä ei ollut eroa (taulukko 4.1.2, kuvio 4.1.1). Somalialaistautaisista miehistä vain 9 % piti terveyttään keskitasoisena tai sitä huonompana, venäläistautaisista miehistä 23 % ja kurditaustaisista miehistä 28 %. Somalialaistautaisien miesten koettu terveys oli tilastollisesti merkitsevästi parempi ja kurditaustaisien miesten puolestaan huonompi kuin kaikkien tutkimuskunnissa asuvien

Taulukko 4.1.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%¹).

VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
				Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
68,8	85,1	68,1	80,4	<0,001	<0,001	0,049	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

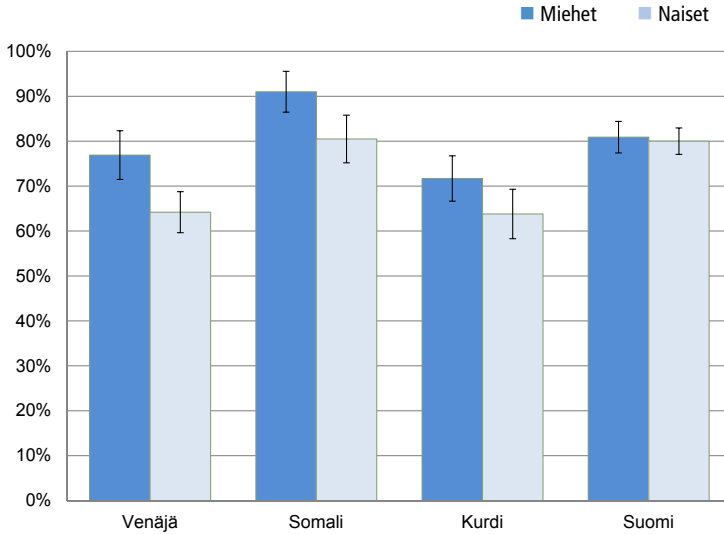
Taulukko 4.1.2. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus sukupuolittain (%¹).

VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
76,9	64,2	0,001	91,0	80,5	0,006	71,7	63,8	0,038	80,9	80,0	0,717
Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
Miehet						Naiset					
Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
<0,001	0,234	0,004	0,007	<0,001	<0,001	0,946	<0,001	<0,001	<0,001	0,946	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 4.1.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus sukupuolittain (%).



samanikäisten miesten. Somalialaistaukaisista naisista 19 %, mutta kurdi- ja venäläistaukaisista peräti 36 % arvioi terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Kahdessa viimeksessä ryhmässä koettu terveys oli tilastollisesti merkitsevästi huonompi kuin tutkimuskuntien samanikäisessä naisväestössä.

Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä naisten että miesten koettu terveys heikkeni johdonmukaisesti iän mukana. Somalialais-, kurdi- ja venäläistaukaisen ryhmien keskinäiset koetun terveyden erot olivat samansuuntaiset sekä nuorten että iäkkäämpien keskuudessa. Alle 30-vuotiaista somalialaistaukaisista henkilöistä peräti 98 % piti terveyttään vähintään melko hyvänä, venäläistaukaisista 91 % ja kurditaukaisista 86 %. 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä vastaava osuus oli somalialaistaukaisilla 66 %, venäläistaukaisilla 47 % ja kurditaukaisilla 50 %. Sukupuolten välinen ero korostui 45–64-vuotiaiden venäläistaukaisen sekä 30–44-vuotiaiden somalialais- ja kurditaukaisen ryhmässä, joissa naiset kokivat terveytensä selvästi huonommaksi kuin miehet.

Pohdinta

Kurdi- ja venäläistaukaisen naisten koettu terveys oli selvästi huonompi kuin muissa tutkimuksen kohteena olleissa ryhmissä. Myös kurditaukaisen miesten koettu terveys oli heikompi kuin tutkimuskuntien koko samanikäisen miesväestön. Tulos on samansuuntainen useiden eurooppalaisten tutkimusten kanssa, joissa lähes kaikkien maahanmuuttajaryhmien koetun terveyden on havaittu olevan huonompi kuin koko väestön (Dinesen ym. 2011; Nazroo 2003; Nielsen & Krasnik 2010; Vaillant & Wolff 2010).

Venäläistaustaisten muuta väestöä heikompi koettu terveys havaittiin jo 2000-luvun alussa Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa (Pohjanpää ym. 2003). Havainnot kurditaustaisten maahanmuuttajien ja venäläistaustaisten naisten muita tutkittuja ryhmiä heikommasta koetusta terveydestä ovat sopusoinnussa muun muassa psyykkiseen hyvinvointiin liittyvien tulosten kanssa (ks. luku 9.1). Sen sijaan somalialaistaisista miehistä erityisen suuri osa ilmoitti pitävänsä terveyttään hyvänä tai melko hyvänä, ja somalialaistaustaisten naistenkin koettu terveys oli yhtä hyvä kuin koko väestön. Tulos vastaa Maahanmuuttajien elinolotutkimuksen tuloksia vuosikymmenen takaa (Pohjanpää ym. 2003). Somalialaistaustaisten maahanmuuttajien myönteinen käsitys omasta terveydestään ja tilanteestaan tulee esiin monissa muissakin tuloksissa, muun muassa heidän vähäisissä tyytymättömyyden (ks. luku 14.3) tai syrjinnän kokemuksissaan (ks. luku 13.1) sekä korkeaksi koetussa elämänlaadussa (ks. luku 12.1).

Maahanmuuttajien terveyteen saattaa vaikuttaa kohdemaan olosuhteiden lisäksi maahanmuuttoprosessi ja sitä edeltäneet tapahtumat (Agudelo-Suárez ym. 2011; Dinesen ym. 2011). Esimerkiksi kurditaustaisilla maahanmuuttajilla havaittiin runsaasti entisessä kotimaassa koettuja traumatapahtumia (ks. luku 9.2), jotka saattavat olla osasyynä heidän heikkoon koettuun terveyteensä. Maahanmuuton jälkeiset kokemukset, kuten kotoutumisen vaikeudet, työttömyys ja syrjintä, saattavat myös vaikuttaa maahanmuuttajien koettuun terveyteen (Agudelo-Suárez ym. 2011; Fuller-Thomson ym. 2011; Nazroo 2003). Koettu terveys on subjektiivinen arvio ja hyvin kulttuurisidonnainen käsite. Vastaajien kulttuuritaustalla on voinut olla vaikutusta vastauksiin. Subjektiivisia arvioita tiedustelevat kysymykset saattavat antaa vinoutuneen kuvan erityisesti somalialaistaustaisten maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista, koska heille saattaa olla uskonnollisista ja kulttuurisista syistä ominaista antaa varsin positiivinen palaute omasta tilanteestaan.

Lähteet

- Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, Ruiz-Frutos C, Felt E, Benavides FG. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* 2011;11:652.
- Andersen P, Bak CK, Vangsgaard S, Dokkedal U, Larsen PV. Self-rated health, ethnicity and social position in a deprived neighbourhood in Denmark. *Int J Equity Health* 2011;10:5.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälikä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kallimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL:32. Helsinki; 1989.
- Dinesen C, Nielsen SS, Mortensen LH, Krasnik A. Inequality in self-rated health among immigrants, their descendants and ethnic Danes: examining the role of socioeconomic position. *Int J Public Health* 2011;56:503–514.
- Fuller-Thomson E, Noack AM, George U. Health decline among recent immigrants to Canada: findings from a nationally-representative longitudinal survey. *Can J Public Health* 2011;102:273–280.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suo-

- messa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Manderbacka K. Questions on survey questions on health. Dissertation Series: 30. Swedish Institute for Social Research: Stockholm; 1998.
- Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health* 2003;93:277–284.
- Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health* 2010;55:357–371.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Pottie K, Ng E, Spitzer D, Mohammed A, Glazier R. Language proficiency, gender, and self-reported health. *Can J Public Health* 2008;99:505–510.
- Vaillant N, Wolff FC. Origin differences in self-reported health among older migrants living in France. *Public Health* 2010;124:90–98.

4.2 Pitkäaikaissairastavuus

*Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Natalia Solovieva,
Tiina Laatikainen*

- Venäläistaustaiset henkilöt, etenkin naiset, raportoivat enemmän työ- tai toimintakykyä heikentäviä pitkäaikaissairauksia kuin tutkimuspaikkakuntien koko samanikäinen väestö.
- Somalialaistaustaiset, etenkin miehet, raportoivat vähemmän pitkäaikaissairauksia kuin koko samanikäinen väestö.
- Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä naisten että miesten pitkäaikaissairastavuus yleistyi huomattavasti nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään.

Terveyttä kartoitavissa haastattelu- ja kyselytutkimuksissa kysytään usein pitkäaikaissairauden, vian, vaivan tai vamman olemassaolosta. Tilastokeskuksen toteuttamassa Suomessa asuvien venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamlaisien elinoloja kartoitavassa tutkimuksessa havaittiin suuria eroja tutkittujen ryhmien itse ilmoitettujen pitkäaikaissairauksien esiintyvyyksissä (Pohjanpää ym. 2003). Somalialaiset olivat pitkäaikaissairauksien suhteen terveempiä kuin muut tutkitut ryhmät. Työntekoa tai sosiaalista kanssakäymistä haittaavia pitkäaikaissairauksia havaittiin somalialaisilla 10 %:lla, virolaisilla 14 %:lla ja venäläistaustaisista 26 %:lla. Tässä luvussa tarkastellaan kaikkia pitkäaikaisia sairauksia ja vammoja samanaikaisesti. Seuraavissa luvuissa tarkastelu kohdennetaan tärkeimpiin erillisiin kroonisiin sairauksiin.

Menetelmät

Haastatteluun sisältyi kysymys ”Onko Teillä jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, tai jokin sellainen vika, vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyänne?”. Vastaava kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Myönteisesti tähän kysymykseen vastanneita kutsutaan tässä pitkäaikaissairauksiksi. Tätä kysymystä on suunnilleen samassa muodossa käytetty hyvin yleisesti jo 1960-luvulta alkaen, jolloin se oli mukana Kelan ensimmäisissä terveyshaastatteluissa (esim. Purola ym. 1967). Maamu-tutkimukseen osallistuneita verrataan tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneisiin 18–64-vuotiaisiin, joista käytetään nimitystä koko väestö.

Tulokset

Niiden henkilöiden osuus, jotka ilmoittivat sairastavansa ainakin yhtä työ- tai toimintakykyä heikentävää pitkäaikaissairautta, oli suurin (33 %) venäläistaustaisten

ryhmässä ja pienin somalialaistaisilla, joilla osuus oli vain 17 % (taulukko 4.2.1). Kumpikin näistä ryhmistä poikkesi tilastollisesti merkitsevästi tutkimuskuntien koko samanikäisestä väestöstä, jossa pitkäaikaissairaiden osuus oli 27 %. Sen sijaan kurdi-
taustaisilla itse ilmoitettu pitkäaikaissairastavuus ei poikennut koko väestön tasosta.

Somalialais- ja venäläistaisissa ryhmissä pitkäaikaissairastavuus oli naisilla yleisempää kuin miehillä, mutta kurdi-
taustaisien ryhmässä ja tutkimuskuntien koko väestössä sukupuolten välillä ei ollut eroa (taulukko 4.2.2, kuvio 4.2.1). Somalialaistaisista miehistä vain joka kymmenes ilmoitti ainakin yhden pitkäaikaissairauden, kun vastaava osuus venäläistaisilla miehillä oli 25 % ja kurdi-
taustaisilla miehillä 29 %. Somalialaistaisien miesten pitkäaikaissairastavuus oli tilastollisesti merkitsevästi vähäisempää kuin tutkimuskunnissa asuvien samanikäisten miesten. Somalialaistaisista naisista 23 %, mutta kurdi-
taustaisista 32 % ja venäläistaisista peräti 38 % ilmoitti ainakin yhden pitkäaikaissairauden. Venäläistaisien naisten ryhmässä pitkäaikaissairastavuus oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää kuin tutkimuskuntien koko naisväestössä.

Taulukko 4.2.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus (%¹).

VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
				Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
32,9	17,3	30,2	26,5	<0,001	0,004	<0,001	0,111

¹ Luvut ikävakioituja

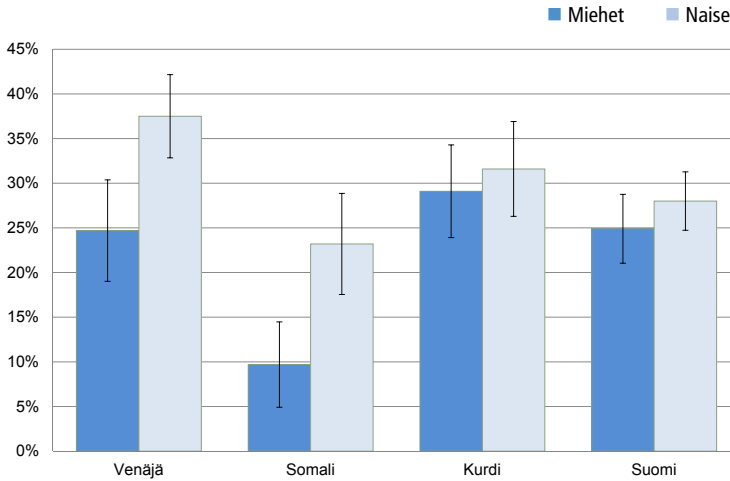
Taulukko 4.2.2. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus sukupuolittain (%¹).

VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
24,7	37,5	0,001	9,7	23,2	0,001	29,1	31,6	0,499	24,9	28,0	0,225
Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
Miehet				Naiset							
Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
<0,001	0,895	<0,001	0,332	0,001	0,001	0,217	0,207				

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 4.2.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus sukupuolittain (%).



Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä naisten että miesten koettu pitkäaikaissairastavuus yleistyi huomattavasti nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään. Alle 30-vuotiaista somalialaistaustaisista henkilöistä vain 4 %:lla oli jokin pitkäaikaissairaus, kun kurdi- ja venäläistaustaisista niitä oli 14–15 %:lla. 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä pitkäaikaissairaiden osuus somalialaistaustaisista oli 35 %, kurditaustaisista 47 % ja venäläistaustaisista 53 %.

Pohdinta

Venäläistaustaisten muuta väestöä suurempi ja somalialaistaustaisten muuta väestöä pienempi pitkäaikaissairastavuus on havaittu jo vuosikymmen sitten tehdyssä maahanmuuttajien elinolututkimuksessa (Pohjanpää ym. 2003). Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että kurditaustaisilla henkilöillä pitkäaikaiset sairaudet ovat lähes yhtä yleisiä kuin venäläistaustaisilla. Havaitut väestöryhmien väliset erot pitkäaikaissairastavuudessa voivat johtua monista eri tekijöistä. Ensinnäkin yleisimpien yksittäisten kroonisten sairauksien yleisyys voi vaihdella väestöryhmien välillä huomattavasti muun muassa lähtö- ja kohdemaan elinoloihin, elintapoihin ja perimään liittyvien tekijöiden takia. Lisäksi olemassa olevien sairauksien diagnosoinnissa voi olla väestöryhmittäisiä eroja sekä terveystalvelujen saantiin ja käyttöön liittyvistä syistä että maasta toiseen vaihtelevien diagnostisten kriteerien takia. Huomattavia eroja voi olla siinäkin, miten sairauden koetaan vaikuttavan työ- ja toimintakykyyn. Samoin eri vastausten sosiaalinen suotavuus voi olla erilainen eri kulttuureissa niin, että omia arvioita ja kokemuksia voidaan joko korostaa tai välttää tuomasta esiin haastattelussa.

Kieleen ja kulttuuriin liittyvät tekijät voivat myös muilla tavoin muovata ihmisten tulkintoja sairauden olemassaolosta ja haittaavuudesta. Lisäksi kenttähenkilöstön

välillä on – saadusta koulutuksesta ja ohjauksesta huolimatta – voinut olla kysymysten esittämisessä tai vastausten tulkinnassa sellaisia eroja, jotka heijastuvat tuloksiin. Tämän raportin myöhemmissä luvuissa esitettävät terveyden ja toimintakyvyn objektiiviset mittaustulokset antavat jonkin verran osviittaa siitä, missä määrin tutkittujen väestöryhmien väliset itse ilmoitetun pitkäaikaissairastavuuden erot heijastavat tärkeimpien kroonisten sairauksien esiintyvyyden vaihtelua ja missä määrin muita tutkittujen ryhmien välisiä eroja.

Lähteet

Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.

Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: A:1. Helsinki; 1967.

4.3 Verenkierroelinten sairaudet ja diabetes

Tiina Laatikainen, Erkki Vartiainen, Antti Jula

- Kurditaustaiset raportoivat eniten sairastavansa sydäntauteja.
- Kohonneen verenpaineen esiintyvyys oli yleisintä venäläistaustaisilla, joilla sitä oli yhtä paljon kuin tutkimuspaikkakuntien samanikäisellä koko väestöllä.
- Diabetesta oli itse raportoituna ja tautiin viittaavien laboratoriolöydösten mukaan eniten somalialaistaustaisilla tutkittavilla.

Suomessa sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen suurin kuolinsyy, vaikka kuolleisuus on 1960-luvun lopusta merkittävästi vähentynyt (Vartiainen ym. 2008). Kuolleisuuden laskua selittää eniten sepelvaltimotaudin ilmaantuvuuden väheneminen (Pajunen ym. 2004). FINRISKI 2007 -tutkimuksen mukaan 25–74-vuotiaasta väestöstä 2,8 % miehistä ja 0,8 % naisista oli sairastanut sydäninfarktin (Peltonen ym. 2008). Rekisteritietojen mukaan tyyppin 2 diabetes on viime vuosikymmeninä lisääntynyt (Sund & Koski 2009). FINRISKI 2007 -tutkimuksen mukaan 25–74-vuotiaasta väestöstä tyyppin 2 diabetesta ilmoitti sairastavansa 4,0 % miehistä ja 2,3 % naisista (Peltonen ym. 2008).

Sydän- ja verisuonitautisairastuvuus ja -kuolleisuus Suomessa on merkittävästä laskusta huolimatta suurempaa kuin monissa Euroopan maissa kuten esimerkiksi Ruotsissa. Ruotsiin muuttaneiden suomalaisten sairastuvuus sydän- ja verisuonitauteihin on myös ruotsalaisia yleisempää (Gadd ym. 2003). Maahanmuuttajien sydän- ja verisuonitautisairastuvuuden on havaittu vaihtelevan suuresti riippuen lähtömaasta ja maasta, johon he ovat muuttaneet. Korkean riskin maasta matalan riskin maahan muutettaessa riski syntymämaahan verrattuna yleensä vähenee ja päinvastoin (Gadd ym. 2006). Somalialais-, kurdi- ja venäläistaustaisten maahanmuuttajien sydän- ja verisuonitautisairastavuudesta ja diabeteksen yleisyydestä ei löydy tietoja lähivuosilta.

Menetelmät

Haastattelussa kysyttiin, onko lääkäri joskus todennut tutkittavalla sydänveritulpan eli sydäninfarktin, sepelvaltimotaudin, kohonneen verenpaineen eli verenpainetaudin ja diabeteksen eli sokeritaudin. Vastaavat kysymykset sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Tutkittavilta myös mitattiin verenpaine sekä kysyttiin, käyttävätkö he nykyisin verenpainelääkkeitä kohonneen verenpaineen hoitoon. Verenpainemittauksiin liittyviä menetelmiä ja tuloksia kuvataan tarkemmin luvussa 5.2. Verinäytteistä analysoitiin plasman glukoosi entsyymaattisella menetelmällä ja HbA1c immunoturbidimetrisellä menetelmällä. Näyte ei ollut täyspaastonäyte, vaan tutkittavia oli pyydetty paastoamaan vähintään 4 tuntia. Seerumin glukoosiarvoja koskevat tulokset on täs-

sä raportoitu vain niille, joilla vähintään 4 tunnin paasto toteutui. Analyyseissa raja-arvona käytettiin 7 mmol/l tai enemmän, joka viittaa diabetekseen. Lisäksi verenpainetaudin esiintyvyyttä kuvataan niiden osuudella, joilla systolinen verenpaine oli 140 mmHg tai enemmän tai diastolinen paine 90 mmHg tai enemmän ja/tai jotka ilmoittivat käyttävänsä verenpainelääkitystä. Itse raportoituja sairauksia koskevat kysymykset kysyttiin samassa muodossa kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012). Koko väestöä kuvaavaan vertailuaineistoon poimittiin tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat.

Tulokset

Itse raportoituna kurditaustaiset raportoivat eniten sydäntautisairastavuutta ja ero tutkimuspaikkakuntien samanikäiseen koko väestöön oli merkitsevästi suurempi (taulukko 4.3.1 ja 4.3.2). Diabetesta raportoivat sairastavansa eniten somalialaistautaiset tutkittavat ja hekin merkitsevästi koko väestöä enemmän. Suurin osa diabetesta raportoineista oli mitä ilmeisimmin tyyppin 2 diabeetikoita. Alle 30-vuotiaana diabetes oli todettu vain 9 tutkittavalla ja 14 raportoiti käyttävänsä insuliinihoitoa. Venäläistaustaisten tutkittavien itse ilmoitettujen valtimotautien esiintyvyys oli hyvin samanlaista koko väestöön verrattuna.

Kun kohonneen verenpaineen määrittelyssä huomioitiin mittaustulokset ja tutkittavan ilmoitus verenpainelääkkeiden käytöstä, oli niiden henkilöiden osuus, joilla katsottiin olevan kohonnut verenpaine, suurempi kuin niiden, jotka itse raportoivat lääkärin diagnosoineen heillä kohonneen verenpaineen (taulukko 4.3.3 ja kuvio 4.3.1). Eri väestöryhmien suhteet säilyivät kuitenkin hyvin samansuuntaisina. Eniten kohonnutta verenpainetta oli mittaustulosten ja raportoitujen lääkitysten mukaan venäläistaustaisilla ja koko väestöllä. Somalialais- ja kurditaustaisten osuudet olivat merkitsevästi koko väestön osuuksia matalammat.

Tyyppin 2 diabetekselle diagnostinen korkea plasman glukoositaso oli noin 2 %:lla venäläistaustaisista eli melko lähellä itse ilmoitettua diabeteksen esiintyvyyttä. Somalialaistaustaisista sekä miehistä että naisista noin 5 %:lla ja kurditaustaisista miehistä 6 %:lla ja naisista 2 %:lla havaittiin korkeita paastosokeriarvoja (taulukko 4.3.4). HbA1c tulosten mukaan väestöryhmien suhteet olivat hyvin samanlaiset. Somalialaistaustaisista HbA1c oli kohonnut eli 48 mmol/mol tai enemmän 5 %:lla tutkittavista, kurditaustaisilla 2 %:lla ja venäläistaustaisista noin 1 %:lla. Naisten ja miesten välillä ei ollut merkitseviä eroja.

Korkeita plasman glukoositasoja ei havaittu yhdelläkään 18–29-vuotiaalla somalialais- tai venäläistaustaisella tutkittavalla. Kurditaustaisista 1 %:lla nuorimman ikäryhmän miehistä oli korkea plasman glukoosi. Seuraavassa ikäryhmässä (30–44-vuotiaat) korkeita glukoositasoja havaittiin 2 %:lla venäläistaustaisista, 4 %:lla kurditaustaisista ja 5 %:lla somalitaustaisista. Vanhimmassa ikäryhmässä (45–64-vuotiaat) korkeita arvoja havaittiin 4 %:lla venäläistaustaisista, 11 %:lla somalialaistaustaisista ja 8 %:lla kurditaustaisista.

Taulukko 4.3.1. Lääkärin toteamien valtimotautien esiintyvyys (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Sydäninfarkti (yli 29-vuotiaat)	0,9	1,8	2,3	0,3	0,021	0,151	0,018	0,002
Sepelvaltimotauti (yli 29-vuotiaat)	1,1	0,9	7,5	0,9	<0,001	0,730	0,996	<0,001
Kohonnut verenpaine	12,5	7,2	10,3	13,6	0,011	0,477	0,003	0,066
Diabetes	2,6	10,5	6,4	3,7	<0,001	0,162	<0,001	0,130

¹ Luvut ikävakioitujaTaulukko 4.3.2. Lääkärin toteamien valtimotautien esiintyvyys sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Sepelvaltimotauti (yli 29-vuotiaat)	1,4	0,9	0,556	0,2	1,4	0,129	3,5	11,7	0,005	1,2	0,6	0,240
Kohonnut verenpaine	13,3	12,1	0,662	4,1	9,5	0,102	9,5	11,3	0,528	13,9	13,3	0,705
Diabetes	2,0	2,9	0,448	7,2	12,9	0,096	4,8	8,1	0,110	4,3	3,2	0,227
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Sepelvaltimotauti (yli 29-vuotiaat)	0,035	0,768	0,164	0,021	<0,001	0,569	0,308	<0,001	0,022	0,902	0,009	0,117
Kohonnut verenpaine	0,071	0,115	0,098	0,516	<0,001	0,829	<0,001	0,003	0,446	0,515	0,149	0,348
Diabetes	0,071	0,115	0,098	0,516	<0,001	0,829	<0,001	0,003	0,446	0,515	0,149	0,348

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)Taulukko 4.3.3. Terveystarkastuksessa todetun kohonneen verenpaineen ja verensokerin yleisyys (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kohonnut verenpaine (systolinen \geq 140 tai diastolinen \geq 90 mmHg ja/tai verenpainelääkitys)	20,7	13,9	13,5	25,1	<0,001	0,056	<0,001	<0,001
Kohonnut verensokeri (plasman glukoosi \geq 7 mmol/l)	1,8	4,7	4,4	- ²	0,096	- ²	- ²	- ²

¹ Luvut ikävakioituja² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Taulukko 4.3.4. Terveystarkastuksessa todetun kohonneen verenpaineen ja verensokerin yleisyys sukupuolittain (%¹).

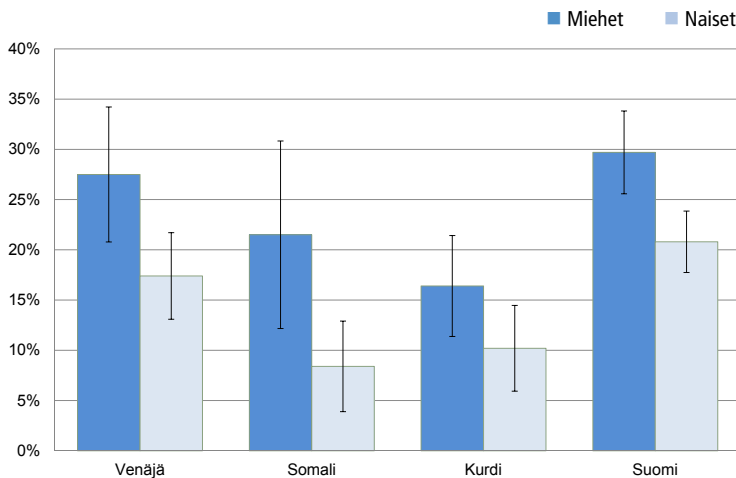
	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Kohonnut verenpaine (systolinen ≥ 140 tai diastolinen ≥ 90 mmHg ja/tai verensokerinlääkitys)	27,5	17,4	0,011	21,5	8,4	0,008	16,4	10,2	0,069	29,7	20,8	<0,001
Kohonnut verensokeri (plasman glukoosi ≥ 7 mmol/l)	1,5	2,0	0,705	5,0	4,5	0,859	6,4	2,1	0,025	- ³	- ³	- ³
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi				
Kohonnut verenpaine	0,002	0,423	0,077	<0,001	0,001	0,273	0,001	0,002				
Kohonnut verensokeri	0,158	- ³	- ³	- ³	0,256	- ³	- ³	- ³				

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 4.3.1. Kohonneen verenpaineen (systolinen ≥ 140 tai diastolinen ≥ 90 mmHg ja/tai käytössä verensokerilääkitys) yleisyys sukupuolittain (%).



Pohdinta

Kurditaustaisten itse raportoitu sydäntautien esiintyvyys poikkesi merkittävästi muista väestöryhmistä. He eivät kuitenkaan raportoineet enempää verenpainetautiä, eikä heillä mittausten ja lääkitysten mukaan arvioituna ollut enempää kohonnuttua verenpainetta kuin muilla väestöryhmillä. Myöskään heidän kolesterolitasonsa ei ollut muita ryhmiä korkeampi (ks. luku 5.3). On mahdollista, että kurditaustaisten subjektiivinen käsitys sydänsairastavuudesta ja sydänongelmista on erilainen verrattuna muihin tutkittuihin väestöryhmiin. Subjektiiviset käsitykset ovat voineet ohjata sekä tutkimukseen osallistuneita että haastattelijoita. Vaikka haastattelijat saivat koulutuksen ja ohjausta eri aihepiirien käsittelyyn, on haastattelijoiden erilainen koulutus- ja työkokemustausta voinut vaikuttaa esimerkiksi siihen, miten he ovat tarvittaessa tarkentaneet kysymyksiä.

Somalialaistaustaisilla oli eniten diabetesta sekä itse raportoituna että tyyppin 2 diabetekseen viittaavien laboratoriotulosten mukaan. Somalialaistaustaisten naisten osalta tämä sopii hyvin yhteen lihavuuden yleisyyden kanssa (ks. luku 5.1). Miesten tulos on sen sijaan hieman yllättävä, koska he olivat muihin tutkittuihin ryhmiin verrattuna huomattavasti harvemmin lihavia. Joissain aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että afrikkalaistaustaisilla miehillä insuliiniresistenssi on yleistä, vaikka heillä on kohtuullisen vähän vatsan alueen rasvakudosta ja heidän lipidiarvonsa ovat hyvät (Tillin ym. 2012).

Lähteet

- Gadd M, Johansson SE, Sundquist J, Wändell P. Morbidity in cardiovascular diseases in immigrant sin Sweden. *J Intern Med* 2003;254:236–243.
- Gadd M, Johansson SE, Sundquist J, Wändell P. Are there differences in all-cause and coronary disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations. *BMC Public Health* 2006;6:102–110.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Pajunen P, Pääkkönen R, Juolevi A, Hämäläinen H, Keskimäki I, Laatikainen T, Molchanov V, Niemi M, Rintanen H, Salomaa V. Trends in fatal and non-fatal coronary heart disease events in Finland during 1991–2001. *Scand Cardiovasc J* 2004;38:340–344.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveys-tutkimus. Tutkimuksen toteutus ja taulukot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B35. Helsinki; 2008.
- Sund R, Koski S. FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperustainen mittaaminen. Tampere: Suomen Diabetesliitto; 2009.
- Tillin T, Forouhi NG, McKeigue PM, Chaturvedi N, Southall, Brent RE. Cohort profile of SABRE, a UK population-based comparison of cardiovascular disease and diabetes in people of European, Indian Asian and African Caribbean origins. *Int J Epidemiol* 2012;41:33–42.
- Vartiainen E, Peltonen M, Laatikainen T, Sundvall J, Salomaa V, Jousilahti P, Puska P. FINRISKI -tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski pieneni viime vuosina. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63:1375–1381.

4.4 Astma, atopia ja allergiat

Tiina Laatikainen, Erkki Vartiainen, Markku Heliövaara

- Maahanmuuttajataustaiset raportoivat merkittävästi vähemmän lääkärin diagnosoimaa astmaa tutkimuspaikkakuntien vastaavan ikäiseen koko väestöön verrattuna.
- Somalialaistaustaiset miehet ja naiset raportoivat merkittävästi muita maahanmuuttajataustaisia ryhmiä enemmän allergisia nuha- ja silmäoireita sekä atooppista ihottumaa.
- Tarkemman atopiastatuksen määrittelemiseksi tarvitaan objektiivista tietoa ihon ja limakalvojen tilasta, keuhkoputkien supistuvuudesta sekä seerumin spesifisistä IgE tasoista.

Suomessa astmasta johtuva kuolleisuus ja sairaalahoidot vähenivät merkittävästi 1994–2004 toteutetun suomalaisen astmaohjelman myötä (Haahdela ym. 2006a). Sen sijaan astman ja atooppisten tautien esiintyvyys on jatkuvasti lisääntynyt (Haahdela ym. 2006b, Laatikainen ym. 2011). Vuoden 2007 FINRISKI -tutkimuksessa 8 % 25–74-vuotiaista miehistä ja 11 % naisista ilmoitti, että heillä on lääkärin toteama astma (Peltonen ym. 2008). Miehistä 28 % ja naisista 37 % kertoi kärsineensä viimeisen vuoden aikana allergisista nuhaoireista ja 21 % miehistä ja 31 % naisista allergisista silmäoireista. Taiveihottumaa, maitorupea tai atooppista ihottumaa oli joskus elämän aikana ollut 28 %:lla miehistä ja 37 %:lla naisista ja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana niistä oli kärsinyt 16 % miehistä ja 18 % naisista.

Tobias ym. (2001) raportoi astman ja atopian yleisyydestä maahanmuuttajilla 18 eri maassa 1990-luvun alussa. Maahanmuuttajat raportoivat kantaväestöjä enemmän astmaoireita, mutta heillä ei todettu spirometriassa kantaväestöstä poikkeavaa keuhkoputkien supistumisherkkyttä, eikä heillä ollut kantaväestöä enempää atopiaa IgE määritysten perusteella. Tutkimusraportista ei pysty erottelemaan eri maahanmuuttajaryhmiä. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että mitä kauemmin maahanmuuttajat olivat asuneet uudessa elinympäristössä, sitä enemmän heidän atopiastatuksensa muistutti kantaväestön tilannetta (Kalyoncu & Stålenheim 1992). Suomessa ei ole aiempaa tietoa maahanmuuttajataustaisen väestöjen hengityselinsairauksista tai atopian yleisyydestä.

Menetelmät

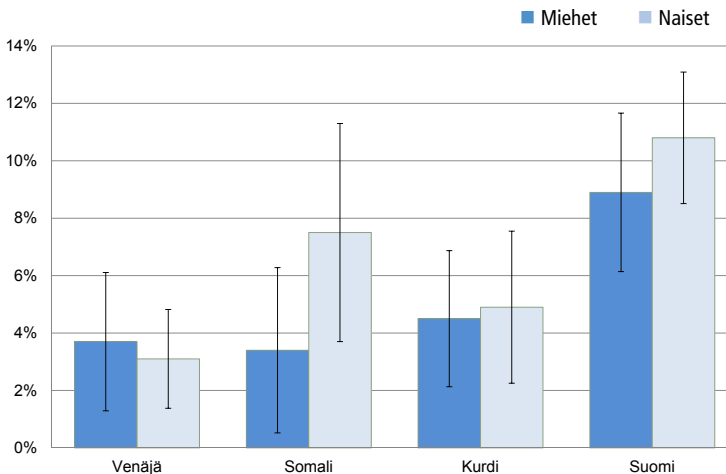
Maamu-tutkimuksessa tutkittavilta kysyttiin, onko lääkäri joskus todennut heillä astman. Vastaava kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin, onko heillä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut siitepölyn aiheuttamia nuhaoireita (heinänuhaoireita), allergisia silmäoireita tai atooppista ihottumaa

tai taiveihottumaa. Samaa kysymyssarjaa on aiemmin käytetty FINRISKI -tutkimuksen astma ja allergiatutkimuksissa 1998 ja 2007 sekä Terveys 2000 ja 2011 -tutkimuksissa (Peltonen ym. 2008; Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012). Koko väestöä kuvaavaan vertailuaineistoon poimittiin tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat.

Tulokset

Kaikki muut maahanmuuttajataustaiset ryhmät paitsi somalialaistautaiset naiset raportoivat merkittävästi vähemmän lääkärin diagnosoimaa astmaa kuin tutkimuspaikkakuntien samanikäinen koko väestö (taulukko 4.4.1 ja 4.4.2, kuvio 4.4.1). Somalialaistautaiset, sekä naiset että miehet, raportoivat eniten allergisia nuha- ja silmäoireita sekä atooppista ihottumaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Ero muihin maahanmuuttajataustaisiin ryhmiin oli tilastollisesti merkitsevä. Miesten ja naisten välillä ei havaittu juurikaan eroja. Ainoastaan venäläistautaiset naiset raportoivat merkittävästi miehiä enemmän allergisista nuha- ja silmäoireista.

Kuvio 4.4.1. Lääkärin toteaman astman yleisyys sukupuolittain (%).



Taulukko 4.4.1. Astman, allergisten oireiden ja atopian yleisyys (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Lääkäriin toteama astma	3,3	5,6	4,7	9,9	<0,001	<0,001	0,020	0,001
Allergiset nuhaoireet (12 kk)	11,5	36,1	15,9	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²
Allergiset silmäoireet (12 kk)	8,4	28,6	10,9	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²
Atoopinen ihottuma (12 kk)	3,5	13,2	5,2	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²

¹ Luvut ikävakioituja² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissäTaulukko 4.4.2. Astman, allergisten oireiden ja atopian yleisyys sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Lääkäriin toteama astma	3,7	3,1	0,680	3,4	7,5	0,114	4,5	4,9	0,807	8,9	10,8	0,310
Allergiset nuhaoireet (12 kk)	6,5	14,3	0,022	35,5	36,6	0,864	13,3	19,1	0,100	.. ³	.. ³	.. ³
Allergiset silmäoireet (12 kk)	5,0	10,3	0,089	30,1	27,4	0,639	10,4	11,5	0,714	.. ³	.. ³	.. ³
Atoopinen ihottuma (12 kk)	2,7	3,9	0,454	7,7	16,9	0,047	4,4	6,2	0,363	.. ³	.. ³	.. ³
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Lääkäriin toteama astma	0,005	0,013	0,025	0,019	<0,001	<0,001	0,257	0,009				
Allergiset nuhaoireet (12 kk)	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³				
Allergiset silmäoireet (12 kk)	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³				
Atoopinen ihottuma (12 kk)	0,109	.. ³	.. ³	.. ³	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³				

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Pohdinta

Toisin kuin 18 maassa tehdyssä selvityksessä, tässä tutkimuksessa maahanmuuttajataustaiset raportoivat merkittävästi vähemmän lääkärin diagnosoimaa astmaa koko väestöön verrattuna. Venäläistaustaisten tulos on samansuuntainen kuin Pohjois-Karjalassa ja Venäjän Karjalassa vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa, jossa suomalaisista 8 %:lla oli itse raportoituna lääkärin diagnosoima astma, kun venäläisistä astmaa raportoi vain 1 % tutkituista (Laatikainen ym. 2011). Myös allergisten nuha- ja silmäoireiden suhteen venäläistaustaisten tutkimustulos on lähellä vuoden 2007 tutkimusta. Ainakaan vielä ei venäläistaustaisten maahanmuuttajien atooppinen oireilu ole Suomessa lisääntynyt kantaväestön tasolle, mikä eroaa ruotsalaistutkimuksen tuloksesta (Kalyoncu & Stålenheim 1992).

Somalialaistaustaiset maahanmuuttajat raportoivat huomattavasti enemmän allergisia nuha- ja silmäoireita sekä atooppista ihottumaa muihin maahanmuuttajataustaisiin ryhmiin verrattuna. Somalialaistaustaisten raportoima nuha- ja silmäoireiden vallitsevuus on hyvin lähellä FINRISKI 2007 -tutkimuksen tuloksia. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana atooppista ihottumaakin oli ollut somalialaistaustaisilla naisilla yhtä paljon kuin suomalaiset naiset raportoivat vuonna 2007. Somalialaistaustaiset miehet raportoivat atooppista ihottumaa suomalaisia miehiä vähemmän.

Tarkemman atopiastatuksen määrittelemiseksi tarvittaisiin myös objektiivista tietoa ihon ja limakalvojen tilasta, keuhkoputkien supistuvuudesta sekä seerumin spesifisistä IgE tasoista. Vastaajan tietopohja, käsitykset, kulttuurispesifinen terminologia sekä erot palvelujen käytössä ja toteutetussa diagnostiikassa vaikuttavat herkästi oireilun ja sitä aiheuttavien sairauksien raportoimiseen.

Lähteet

- Haahtela T, Pietinalho A, Tuomisto LE, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, Nieminen MM, Kontula E, Laitinen LA. Suomalainen astmaohjelma 10 vuotta – suuri muutos parempaan. *Suomen Lääkärilehti* 2006a;42:4369–4378.
- Haahtela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, Nieminen MM, Kontula E, Laitinen LA. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 2006b;61:663–670.
- Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- Kalyoncu AF, Stålenheim G. Serum IgE levels and allergic spectra in immigrants to Sweden. *Allergy* 1992;47:277–280.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Laatikainen T, von Hertzen L, Koskinen JP, Mäkelä MJ, Jousilahti P, Kosunen TU, Vlasoff T, Ahlström M, Vartiainen E, Haahtela T. Allergy gap between Finnish and Russian Karelia on increase. *Allergy* 2011;66:886–892.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveys-tutkimus. Tutkimuksen toteutus ja taulukot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B35. Helsinki; 2008.
- Tobias A, Soriano JB, Chinn S, Anto JM, Sunyer J, Burney P for the European Community Respiratory Health Survey. Symptoms of asthma, bronchial responsiveness and atopy in immigrants and emigrants in Europe. *Eur Respir J* 2001;18:459–465.

4.5 Tuki- ja liikuntaelinvaivat ja somaattinen oireilu

Markku Heliövaara

- Selkävivun ja polvikivun vallitsevuus vaihteli vain vähän tutkittujen maahanmuuttajataustaisten ryhmien välillä, mutta nämä vaivat olivat naisilla huomattavasti yleisempiä kuin miehillä.
- Jatkuvat kivut ja säryt vaivasivat kurditaustaisia, etenkin naisia, yleisemmin kuin venäläis- ja somalialaistaustaisia.
- Myös somaattisen oireilun summapistteet olivat kurditaustaisilla, sekä miehillä että naisilla, huomattavasti korkeammat kuin venäläis- tai somalialaistaustaisilla.

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja vaivat ovat hyvin yleisiä (Heliövaara ym. 1993; Silman & Hochberg 2001; Musculoskeletal problems and functional limitation 2003; Kaila-Kangas 2007). Niiden tärkein – ainakin kallein – seuraus on työ- ja toimintakyvyn rajoittuminen. Voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä yli neljännes on myönnetty niiden perusteella, ja ne ovat syynä noin joka kolmanteen sairauspäivärahaan. Ne aiheuttavat paljon haittaa muuallakin kuin työssä: niiden arvioitu syyosuus väestön eriaasteisesta toimintakyvyttömyydestä ja avuntarpeesta oli Mini-Suomi -tutkimuksen (1978–80) perusteella noin viidennes. Koska monen tuki- ja liikuntaelinvaivan yleisyys eroaa suuresti miesten ja naisten välillä ja vaihtelee alueittain ja koulutusasteen mukaan, nämä vaivat määräävät voimakkaasti väestön terveyseroja yleensä (Heliövaara ym. 1993).

Menetelmät

Tuki- ja liikuntaelinongelmien kirjo on laaja vaihdellen somaattisista tautiprosesseista ja vammoista psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien sävyttämiin oireyhtymiin. Tässä luvussa kuvataan tutkittujen haastattelussa ilmoittamat selkäsairaudet ja nivelkulumat, jotka lääkäri oli heillä aiemmin todennut. Selkäsairautta tai muuta selkävikaa koskeva kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Haastattelukysymykset vastasivat Mini-Suomi sekä Terveys 2000 ja 2011 -tutkimusten kysymysmuotoja (Aromaa 1989; Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012).

Lisäksi terveystarkastus sisälsi haastattelukysymyksiä tutkittavan kipukokemuksista, joista tässä luvussa raportoidaan selkä- ja polvikivun yleisyys. Kipukysymykset esitettiin näyttämällä tutkittavalle vartalokuva ja pyytämällä häntä arvioimaan kivun voimakkuutta (asteikolla 0–10) kipuviivainta käyttäen. Somaattista oireilua selvitettiin terveystarkastuksessa kyselylomakkeen muodossa. Tutkittavaa pyydettiin arvioimaan, missä määrin häntä on viimeksi kuluneiden 7 päivän aikana vaivannut erinäiset vaivat (sydän- tai rintakivut, kivut selän alaosassa, pahoinvointi/vatsavaivat,

lihassäryt, hengitysvaikeudet, kuumat ja kylmät aallot, jonkin ruumiinosan pistely tai puutuminen, palan tunne kurkussa, heikkouden tunne ruumiin eri osissa, painon-tunne käsissä tai jaloissa, jatkuvat kivut ja säryt), joista tässä luvussa raportoidaan jat-kuvat kivut ja säryt. Somaattisen oireilun summapistemäärä saatiin eri vaivoja koske-vista vastauksista laskemalla ne yhteen (0 = ei lainkaan, 1 = jonkin verran, 2 = melko paljon, 3 = erittäin paljon). Tämä somaattisia oireita mittaava kysymyssarja on osa Hopkins Symptom Checklist-90 (HSCL-90) -mittaria (Lipman ym.1979).

Tulokset

Venäläis- ja somalialaistaustaisista tutkituista 7 % mutta kurditaustaisista peräti 37 % ilmoitti lääkärin todenneen heillä joskus nivelkuluman (taulukko 4.5.1). Viidesosalla venäläis- ja kurditaustaisista oli todettu selkäsairaus, somalialaistaustaisista vain joka kymmenennellä. Viimeksi kuluneen viikon aikana ilmenneen selkävun vallitsevuus ei kuitenkaan vaihdellut maahanmuuttajataustaisten ryhmien välillä, ei myöskään

Taulukko 4.5.1. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja oireet (%)¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Lääkärin toteama nivelkuluma	7,0	6,9	36,9	<0,001
Lääkärin toteama selkäsairaus	20,2	9,4	18,5	<0,001
Selkävun (7 vrk)	21,2	26,0	26,8	0,400
Polvikipu (7 vrk)	16,5	20,3	19,5	0,585

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 4.5.2. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja oireet sukupuolittain (%)¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Lääkärin toteama nivelkuluma	3,6	8,7	0,037	0,4	12,6	<0,001	32,6	42,5	0,021	<0,001	<0,001
Lääkärin toteama selkäsairaus	13,8	23,7	0,003	7,9	10,5	0,380	15,7	21,7	0,062	0,056	0,001
Selkävun (7 vrk)	18,6	28,9	0,125	20,0	39,0	0,018	26,2	32,3	0,516	0,217	0,515
Polvikipu (7 vrk)	10,6	32,1	<0,001	13,2	36,0	0,001	18,9	23,9	0,560	0,106	0,397

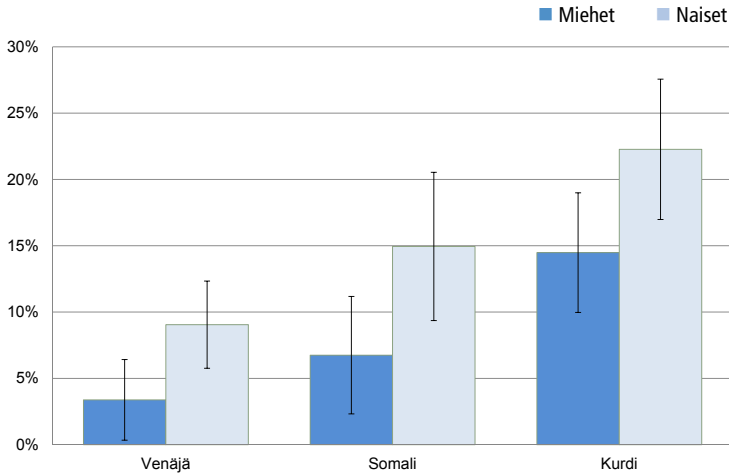
¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

polvikivun esiintyvyys. Sen sijaan kurditaustaiset arvioivat huomattavasti venäläis- ja somalialaistaustaisia yleisemmin jatkuvien kipujen ja särkyjen vaivanneen paljon (kuvio 4.5.1). Myös somaattisen oireilun summapisteeet olivat kurditaustaisilla korkeimmat (taulukko 4.5.3).

Lääkäriin toteamien sairauksien yleisyyden maahanmuuttajataustaisten ryhmien väliset erot olivat samansuuntaiset mies- ja naisväestöissä (taulukko 4.5.2). Niitä oli todettu naisilla yleisemmin kuin miehillä, joskin somalialaistaustaisilla selkäsairauden sukupuoliero oli vähäinen. Somalialaistaustaisessa väestössä selkäkipu oli sen sijaan merkitsevästi yleisempää naisilla kuin miehillä. Venäläis- ja kurditaustaisessa väestössä tämä sukupuolten välinen ero oli samansuuntainen mutta vähäisempi. Polvikipua oli esiintynyt venäläis- ja somalialaistaustaisilla naisilla kolme kertaa niin yleisesti kuin miehillä, mutta kurditaustaisessa väestössä tämä sukupuolten välinen ero oli vähäinen. Kaikissa kolmessa väestöryhmässä naiset ilmoittivat jatkuvien kipujen ja särkyjen vaivanneen paljon, 2–3 kertaa niin yleisesti kuin miehet (taulukko 4.5.4). Myös somaattisen oireilun summapisteeet olivat kaikissa kolmessa maahanmuuttajataustaisessa väestössä naisilla korkeammat kuin miehillä, kurditaustaisilla muita ryhmiä korkeammat sekä naisilla että miehillä.

Kuvio 4.5.1. Jatkuva kivusta ja särystä kärsivien osuus sukupuolittain (%).



Taulukko 4.5.3. Somaattinen oireilu¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Jatkuva kipu ja särky vaivannut paljon (%)	7,2	11,7	18,0	<0,001
Somaattinen oireilu (summapistemäärä, ka)	3,5	4,0	6,4	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 4.5.4. Somaattinen oireilu sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Jatkuva kipu ja särky vaivannut paljon (%)	3,4	9,1	0,042	6,8	15,0	0,032	14,5	22,3	0,030	0,001	0,001
Somaattinen oireilu (summapistemäärä, ka)	2,2	4,3	<0,001	2,6	4,9	<0,001	5,5	7,7	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Pohdinta

Kyselyn tai haastattelun avulla ei voida saada luotettavaa tietoa tuki- ja liikuntaelin-sairauksien esiintyvyydestä (Musculoskeletal problems and functional limitation 2003). Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajien ilmoittaman aiemmin todetun selkäsairauden 10–20 %:n esiintyvyys on kuitenkin tasoltaan uskottava suhteessa koko Suomen väestön sairastavuuslukuihin, jotka perustuvat lääkärin kliiniseen tutkimukseen (Heliövaara ym. 1993; Kaila-Kangas 2007). ”Nivelkuluman” esiintyvyys on sen sijaan liian suuri verrattuna nivelrikon eli artroosin todelliseen yleisyyteen. Haastateltaessa yli kolmasosa kurditaustaisista 30–44-vuotiaista tutkituista ilmoitti lääkärin todenneen nivelkuluman, vaikka sairautta ei tämän ikäisillä pitäisi esiintyä juuri ensinkään. Vastaavaa epäsuhtaa ei ilmennyt venäläis- eikä somalialaistaustaisilla, mikä voi viitata kieleen tai kulttuuriin liittyviin tulkintavaikeuksiin. Näiltä osin edellä kuvatut tulokset ovat siis suuntaa antavia. Sairastavuuden ja sen väestöryhmittäisien erojen tarkasteluun tarvittaisiin myös terveystarkastuksessa toteutettavia kliinisiä tutkimuksia. Koettuina ilmiöinä niihin on kuitenkin suhtauduttava vakavasti. Kurdi-taustaisten ilmoittamien tuki- ja liikuntaelinvaivojen ja somaattisen oireilun yleisyys voivat heijastaa psyykkisen oireilun (ks. luku 9.1) sekä kidutus- ja traumatapahtumien yleisyyttä (ks. luku 9.2), ja tulos on myös yhdenmukainen heikoksi koetun terveyden kanssa (ks. luku 4.1).

Oirehaastattelumenetelmällä saatiin uskottavia vallitsevuuslukuja suhteessa Mini-Suomi ja Terveys 2000 -tutkimusten tuloksiin (Heliövaara ym. 1993; Kaila-Kangas 2007) ja vain kohtalaisia eroja todettiin maahanmuuttajataustaisen väestön ryhmien välillä, mikä viittaa menetelmän parempaan toistettavuuteen ja tulosten päteväm-pään vertailtavuuteen. Väestöryhmittäiset erot olivat kuitenkin huomattavia, mikä edellyttää jatkoanalyseissa oirekyselyn luotettavuuden arviointia ja osallistuvuuteen liittyvien tekijöiden selvittämistä. Eri oireiden ja vaivojen yleisyyden ja merkityksellisyysarvion sekä niiden pätevä vertailu kansallisten terveystarkastustutkimusten tuloksiin on niin ikään aiheellista jatkotutkimuksissa. Tämä voi osoittautua vält-

tämättömäksi, kun tutkitaan eri maahanmuuttajataustaisten ryhmien välisiä sekä maahanmuuttajataustaisen väestön ja koko väestön välisiä terveyseroja ja suunnitellaan toimenpiteitä niiden vähentämiseksi.

Lähteet

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mäлкиä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kallio E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveys tutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisu: AL 32. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 1989.
- Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- Heliövaara M, Mäkelä M, Sievers K, Melkas T, Aromaa A, Knekt P, Impivaara O, Aho K, Isomäki H. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisu: AL 35. Helsinki: Kansaneläkelaitos; 1993.
- Kaila-Kangas L (toim.). Musculoskeletal disorders and diseases in Finland. Publications of the National Public Health Institute: B 25. Helsinki; 2007.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Lipman RS, Covi L, Shapiro AK. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) – factors derived from the HSCL-90. *J Affect Disord.* 1979;1:9–24.
- Musculoskeletal problems and functional limitation. The great public health challenge for the 21st century. Oslo: European Commission, University of Oslo, and the Bone and Joint Decade; 2003.
- Silman AJ, Hochberg MC (toim.). *Epidemiology of the rheumatic diseases.* 2. painos. Oxford/New York: Oxford University Press; 2001.

4.6 Tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat

Jaana Markkula, Antti Impinen

- Tapaturman aiheuttama pysyvä vamma oli venäläis- ja kurditaustaisilla (8 % ja 12 %) yleisempi kuin tutkimuskuntien 18–64-vuotiaalla koko väestöllä (5 %).
- Väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat olivat yleisimpiä kurditaustaisilla, joista joka kymmenes oli joskus saanut pysyvän vamman väkivallan vuoksi.
- Venäläis- ja kurditaustaisilla miehillä tapaturmista tai väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat olivat hieman yleisempiä kuin naisilla.

Suomessa asuvien maahanmuuttajataustaisten väestöryhmien kokemista tapaturmista ja väkivallasta on niukalti aiempaa tutkimusta. Työterveyslaitos on tutkinut maahanmuuttajataustaisten ja suomalaisten kuljettajien työtapaturmia (Salminen 2010). Toisin kuin valtaosassa aiempaa kansainvälistä tutkimusta, tässä tutkimuksessa ei havaittu eroja työtapaturmien yleisyydessä suomalaisten ja maahanmuuttajien välillä. Näin siksi, että työolosuhteet olivat suomalaistutkimuksessa verrattuilta ryhmillä samat, kun puolestaan ulkomaisissa tutkimuksissa työn vaarallisuudessa on ollut eroja. Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan maahanmuuttajataustaiset kohtaavat enemmän väkivaltaa kuin kantaväestöön kuuluvat, mutta väkivallan aiheuttamien vammojen yleisyydessä ei ole eroja (Honkatukia 2005).

Menetelmät

Haastattelussa tutkittavalta kysyttiin, onko hän joskus saanut pysyvän vamman tapaturman tai väkivallan takia. Vastaavat kysymykset sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Tapaturmien osalta tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotiaasta koko väestöä edustavasta otoksesta oli tietoa Terveys 2011 -tutkimuksesta, vaikkakin Terveys 2011 -tutkimuksessa kysyttiin lääkärin toteamia tapaturman aiheuttamia pysyviä vammoja. Lisäksi pysyvän vamman tapaturman tai väkivallan saaneilta tiedusteltiin, missä ruumiinosassa vamma sijaitsi ja missä maassa vamma oli aiheutunut. Ulkomailla saatujen väkivaltavammojen osalta kysyttiin, onko vamma saatu sodassa. Tapaturmavammojen osalta tiedusteltiin, sattuiko tapaturma työssä, työmatkalla, muussa liikenteessä, kotona sisätiloissa tai kodin piha-alueella, kodin ulkopuolella vapaa-ajan askareissa tai harrastuksissa. Tässä raportissa esitetään vain tapaturmista ja väkivallasta pysyviä vammoja saaneiden osuudet, erittelemättä niitä yksityiskohtaisemmin.

Tulokset

Tapaturman vuoksi pysyvän vamman saaneiden osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 4.6.1). Vähiten tapaturman aiheuttamia pysyviä vammoja ilmoittivat somalialaistaustaiset (4 %), ja osuus vastasi samanikäistä koko väestöä (5 %). Sen sijaan venäläis- ja kurditaustaisilla tapaturman aiheuttamia pysyviä vammoja oli koko väestöä enemmän (8 % ja 12 %). Muilla kuin somalialaistaustaisilla, tapaturmien aiheuttamat pysyvät vammat olivat miehillä naisia yleisempiä (taulukko 4.6.2, kuvio 4.6.1). Erot sukupuolten välillä olivat erityisen merkittäviä kurditaustaisilla: miehillä vammat olivat kaksi kertaa niin yleisiä kuin naisilla.

Myös väkivallan vuoksi pysyvän vamman saaneiden osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 4.6.1). Joka kymmenes kurditaustaisista ilmoitti väkivallan aiheuttamista pysyvistä vammoista, kun vastaava osuus venäläis- ja somalialaistaustaisilla oli 2–3 %. Väkivallan aiheuttamat pysyvät vammat olivat miehillä naisia yleisempiä (taulukko 4.6.2, kuvio 4.6.2), tosin somalialaistaustaisilla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää.

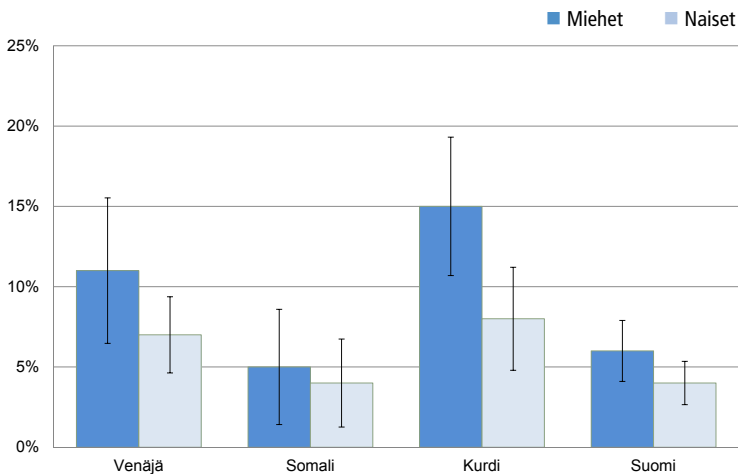
Taulukko 4.6.1. Pysyvät tapaturma- ja väkivaltavammat (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma	8,2	4,1	11,8	4,9	<0,001	0,005	0,562	<0,001
Pysyvä väkivallan aiheuttama vamma	2,4	3,2	9,8	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 4.6.1. Tapaturman aiheuttaman pysyvän vamman yleisyys sukupuolittain (%).

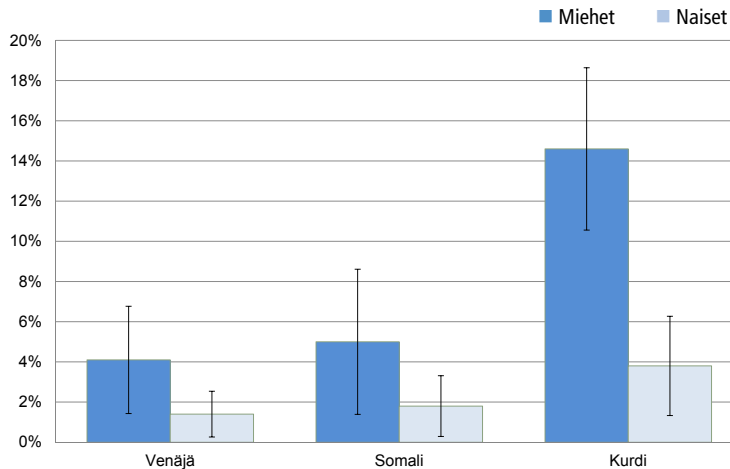


Taulukko 4.6.2. Pysyvät tapaturma- ja väkivaltavammat sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma	11,4	6,5	0,045	4,8	3,7	0,621	15,3	7,6	0,006	6,2	3,8	0,042
Pysyvä väkivallan aiheuttama vamma	4,1	1,4	0,043	5,0	1,8	0,075	14,6	3,8	<0,001	– ³	– ³	– ³
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma	<0,001	0,017	0,583	<0,001	0,059	0,036	0,883	0,027				
Pysyvä väkivallan aiheuttama vamma	<0,001	– ³	– ³	– ³	0,059	– ³	– ³	– ³				

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 4.6.2. Väkivallan aiheuttaman pysyvän vamman yleisyys sukupuolittain (%).



Pohdinta

Tapaturma- ja väkivaltakuolleisuus on suurempaa matalan ja keskimääräisen tulotason maissa kuin korkean tulotason maissa (WHO 2009; Krug ym. 2002; Sethi ym. 2008). Voidaan olettaa, että merkittävä osa venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten vammautumisista on tapahtunut heidän lähtömaissaan. Etenkin kurditaustaisilla väkivallan aiheuttamien pysyvien vammojen yleisyys voi liittyä kidustuskokemusten yleisyyteen (ks. luku 9.2). Kuitenkin myös viimeisen vuoden aikana koetun väkivallan osalta, kurditaustaisilla havaittiin muita ryhmiä useammin väkivaltakokemuksia (ks. luku 13.2). Terveys 2011 -tutkimuksesta poiketen, Maamu-tutkimuksessa tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneiden pysyvien vammojen yleisyyttä selvitettiin lääkärin toteamien vammojen sijasta kysymällä, onko tutkittava joskus saanut pysyvän vamman tapaturman tai väkivallan takia. Koska voidaan olettaa, että merkittävä osa tutkittujen maahanmuuttajataustaisten ryhmien vammautumisista tapahtui lähtömaissa, joissa terveydenhuoltojärjestelmä eroaa suomalaisesta, olisi vain lääkärin toteamista vammoista kysyminen todennäköisesti rajannut vastauksista suuren määrän pois.

Suomessa tietoa tapaturman ja väkivallan aiheuttamien pysyvien vammojen yleisyydestä ei ole aiemmin ollut saatavilla maahanmuuttajataustaisen väestön osalta. Aihe on tärkeä, sillä pysyvät vammat voivat entisestään heikentää maahanmuuttajataustaisten osallisuutta yhteiskuntaan. Edelleen on epäselvää, onko maahanmuuttajataustaisten ja koko väestön välillä eroja Suomessa tapahtuneissa vammautumisissa. Tämä näkökulma onkin tärkeä jatkotutkimuksen paikka, johon koottu aineisto myös antaa mahdollisuuden. Sitä kautta voidaan myös arvioida, onko maahanmuuttajataustaisilla koko väestöä suurempi riski joutua Suomessa tapaturmaan tai väkivallan uhriksi. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe on verrata, poikkeavatko pysyvän vamman tapaturmapaikat maahanmuuttajataustaisen ja koko väestön välillä.

Lähteet

- Honkatukia P. Maahanmuuttajat väkivallan uhreina. Teoksessa: Sirén R, Honkatukia P (toim.). Suomalaiset väkivallan uhreina. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja: 216. Helsinki; 2005.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JM, Zwi AB, Lozano R (toim.). World report on violence and health. Geneva: World Health Organisation; 2002.
- Salminen S. Suuren kuljettajayrityksen maahanmuuttaja- ja suomalaiskuljettajien työtapaturmat. Teoksessa: Vartia M (toim.). Työ ja ihminen. Helsinki: Työterveyslaitos; 2010.
- Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Rome: World Health Organisation; 2008.
- WHO. Global status report on Road Safety – Time for Action. Geneva: World Health Organisation; 2009.

5 KANSANTAUTIEN RISKITEKIJÄT

5.1 Lihavuus

Tiina Laatikainen, Natalia Solovieva, Annamari Lundqvist, Erkki Vartiainen

- Somalialaistaustaiset ja kurditaustaiset naiset olivat merkittävästi ylipainoisempia kuin tutkimuspaikkakuntien vastaavan ikäiset naiset koko väestössä.
- Kurditaustaiset miehet olivat lihavampia kuin muiden väestöryhmien miehet.
- Venäläistaustaiset olivat kaikkein lähimpänä koko väestön tunnuslukuja lukuun ottamatta naisten vyötärölihavuutta, joka oli vähäisempää venäläistaustaisilla naisilla koko väestöön verrattuna.

Lihavuus on monien kansantautien kuten sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen, monien syöpien ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien riskitekijä. Ylipaino ja lihavuus ovat Suomessa lisääntyneet viime vuosikymmeninä. Erityisesti miesten kehon painoindeksi (BMI) keskiarvo on jatkuvasti kasvanut. Naisten BMI Suomessa laski 1970-luvulla, tasaantui 1980-luvulla ja kääntyi sitten nousuun 1990-luvulla (Vartiainen ym. 2009). Vuoden 2007 FINRISKI -tutkimuksen mukaan 25–64-vuotiaista miehistä 20 % ja naisista 21 % oli lihavia (Vartiainen ym. 2008). Lihavuuden lisääntyminen on lisännyt merkittävästi tyypin 2 diabetesta sairastavien määrää. FinDM II rekisteritietojen mukaan tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys lisääntyi Suomessa 72 % vuodesta 1997 vuoteen 2007 (Sund & Koski 2009).

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa Iranista muuttaneista 35–64-vuotiaista naisista 13 % oli lihavia (BMI \geq 30) ja 20 % vyötärölihavia (vyötärö > 88 cm), kun kantaväestöstä lihavia oli 8 % ja vyötärölihavia 18 %. Osuudet eivät olleet merkitsevästi suurempia kantaväestöön verrattuna (Daryani ym. 2005). Norjalaisessa tutkimuksessa BMI oli 30 tai enemmän 20 %:lla Iranista tulleista maahanmuuttajanaisista ja 13 %:lla miehistä, kun kantaväestöstä lihavia oli 11 % naisista ja 14 % miehistä (Kumar ym. 2009). Suomen maahanmuuttajaväestöistä ei ole aiempaa tietoa ylipainon tai lihavuuden yleisyydestä.

Menetelmät

Tässä tutkimuksessa kaikilta terveystarkastukseen osallistuneilta mitattiin pituus, paino ja vyötärön ympäryys standardoidun mittausohjeen mukaisesti. Painon mittausta varten tutkittavia pyydettiin riisumaan painavat vaatteet ja tyhjentämään taskut. Pituus mitattiin Seca 213 -pituusmitalla ja paino punnusvaa'alla. Tulokset kirjattiin mittalaitteen osoittamalla tarkkuudella pyöristämättä niitä. Kehon painoindeksi

eli BMI laskettiin kaavalla paino (kg)/pituus (m)* pituus (m). Ylipainoisuus määriteltiin BMI rajalla 25 kg/m² ja lihavuus BMI rajalla 30 kg/m². Vyötärö mitattiin paljaalta iholta tai ohuen aluspaidan päältä suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä. Mittaustulos luettiin uloshengityksen aikana ja kirjattiin puolen senttimetrin tarkkuudella. Tutkimushoitajat saivat koulutuksen mittausten standardoituun toteutukseen ja ohjeiden noudattamista havainnoitiin useita kertoja kenttätöiden aikana. Analyseista on poissuljettu kaikkien raskaana olleiden naisten mittaustulokset. Kaikki mittaukset toteutettiin vastaavalla tavalla myös Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012). Koko väestöä kuvaavaan vertailuaineistoon poimittiin tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat.

Tulokset

Venäläistaustaisten miesten ja naisten painoindeksin keskiarvo oli lähes sama kuin Terveys 2011 -tutkimukseen samoilta paikkakunnilta osallistuneen samanikäisen väestön (taulukko 5.1.1). Somalialaistaustaisten miesten BMI:n keskiarvo oli koko väestön miesten keskiarvoa merkittävästi matalampi ja kurditaustaisten merkittävästi korkeampi (taulukko 5.1.2). Somalialais- ja kurditaustaisten naisten BMI:n keskiarvo sen sijaan oli huomattavasti koko väestön keskiarvoa korkeampi ja somalialaistaustaisilla naisilla vielä merkittävästi korkeampi kuin kurditaustaisilla.

Kehon painoindeksin keskiarvo kasvoi iän myötä merkitsevästi venäläis- ja somalialaistaustaisilla. Venäläistaustaisilla BMI:n keskiarvo oli nuorimman ikäryhmän (18–29-vuotiailla) miehillä 22,7 kg/m² ja naisilla 21,4 kg/m², kun vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä, keskiarvot olivat miehillä 27,3 kg/m² ja naisilla 27,9 kg/m². Myös somalialaistaustaisilla painoindeksi lisääntyi iän myötä nuorimasta ikäryhmästä vanhimpaan miehillä 22,7 kg/m²:sta 25,0 kg/m²:iin ja naisilla 24,3 kg/m²:sta 31,2 kg/m²:iin. Kurditaustaisilla painoindeksi oli suurin vanhimmassa ikäryhmässä, mutta ikäryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 5.1.1. Kehon painoindeksin (BMI) ja vyötärön ympäryksen keskiarvo sekä lihavien ja vyötärölihavien osuus¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
BMI (kg/m ² , ka)	25,5	27,0	27,1	25,6	<0,001	0,735	<0,001	<0,001
Vyötärön ympäryys (cm, ka)	85,0	84,8	88,6	88,4	<0,001	<0,001	<0,001	0,797
Lihavuus (BMI ≥ 30 kg/m ² , %)	16,4	26,9	20,9	15,8	<0,001	0,791	<0,001	0,022
Vyötärölihavuus (miehet > 100 cm, naiset > 90 cm, %)	21,2	22,9	20,6	26,3	0,060	0,038	0,270	0,022

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 5.1.2. Kehon painoindeksin (BMI) ja vyötärön ympäryksen keskiarvo sekä lihavien ja vyötärölihavien osuus sukupuolittain¹.

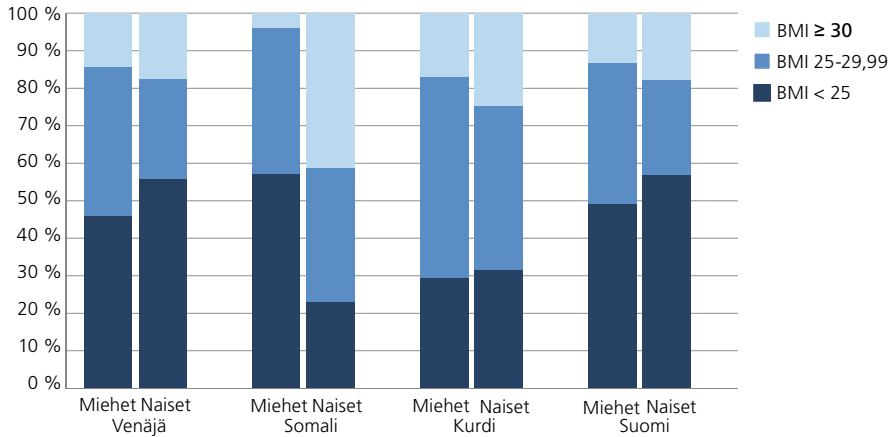
	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
BMI (kg/m ² , ka)	25,7	25,4	0,501	24,7	28,8	<0,001	27,1	27,2	0,678	25,7	25,6	0,735
Vyötärön ympärys (cm, ka)	90,2	82,0	<0,001	86,0	83,9	0,063	91,6	85,0	<0,001	92,9	84,3	<0,001
Lihavuus (BMI ≥ 30 kg/m ² , %)	14,3	17,4	0,429	3,9	42,0	<0,001	17,5	25,1	0,057	13,2	18,1	0,032
Vyötärölihavuus (miehet > 100 cm, naiset > 90 cm, %)	19,7	21,9	0,612	7,4	32,8	<0,001	16,0	26,1	0,012	23,9	28,5	0,082
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
BMI	<0,001	0,449	<0,001	0,002	<0,001	0,941	<0,001	<0,001	0,245	0,929	0,245	0,245
Vyötärön ympärys	<0,001	0,006	<0,001	0,028	0,016	0,034	0,929	0,245	0,245	0,245	0,245	0,245
Lihavuus	0,013	0,896	0,001	0,289	<0,001	0,796	<0,001	0,020	0,020	0,182	0,686	0,686
Vyötärölihavuus	0,001	0,227	<0,001	0,008	0,034	0,034	0,182	0,686	0,686	0,686	0,686	0,686

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kurditaustaisista miehistä 18 % oli lihavia, kun somaliaistaustaisista vain 4 % (taulukko 5.1.2, kuvio 5.1.1). Venäläistaustaisista miehistä lähes yhtä suuri osuus oli lihavia kuin koko väestön miehistä (14 % ja 13 %). Naisista lihavia oli eniten somaliaistaustaisessa väestöryhmässä (42 %). Kurditaustaisista naisista 25 % oli lihavia. Tämäkin oli merkittävästi enemmän kuin lihavien naisten osuus koko väestöstä, joka oli 18 %. Venäläistaustaisista naisista lihavia oli lähes yhtä suuri osa (17 %) kuin koko väestön naisista. Lihavien osuus lisääntyi merkittävästi iän myötä kaikissa maahanmuuttajaryhmissä. Poikkeuksena olivat 45–64-vuotiaat kurditaustaiset miehet, joista vain 12 % oli lihavia nuoremman ikäryhmän (30–44-vuotiaat) 24 %:iin verrattuna.

Vyötärölihavia eli miehistä niitä, joiden vyötärön ympärys oli yli 100 cm ja naisista niitä, joiden vyötärön ympärys oli yli 90 cm, oli venäläistaustaisista miehistä 20 %, somaliaistaustaisista 7 % ja kurditaustaisista 16 %. Koko väestön miehistä 24 % oli vyötärölihavia, mikä oli merkitsevästi enemmän kuin somalialais- ja kurditaustaisilla miehillä. Naisista vyötärölihavuutta oli eniten somaliaistaustaisilla, joista jopa 33 %:lla vyötärön ympärys oli yli 90 cm. Tämä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevästi enempää kuin naisilla koko väestössä, josta 29 % oli vyötärölihavia. Myöskään kurditaustaisten naisten vyötärölihavuus (26 %) ei eronnut koko väestöstä. Venäläistaustaisista naisista merkitsevästi pienempi osuus oli vyötärölihavia (22 %).

Kuvio 5.1.1. Kehon painoindeksin (BMI) jakauma sukupuolittain (%).



Pohdinta

Maahanmuuttajataustaisilla lihavuus vaihteli merkittävästi väestöryhmittäin ja sukupuolen mukaan. Kaikkein lihavimpia olivat somalialaistaustaiset naiset ja hoikimpia somalialaistaustaiset miehet. Miehistä ylipainoisimpia BMI:n mukaan olivat kurditaustaiset. Venäläistaustaiset olivat kaikkein lähimpänä koko väestön tunnuslukuja lukuun ottamatta naisten vyötärölihavuutta, joka oli vähäisempää venäläistaustaisilla naisilla koko väestöön verrattuna.

Ylipainoa ja lihavuutta kuvaavien tunnuslukujen merkittävien erojen taustalla on varmasti monenlaisia tekijöitä. Kehoon ja painoon liittyvät normit ja ihanteet ovat erilaisia eri kulttuureissa. Ruokailutottumukset ja sen kautta energiansaanti sekä myös liikuntatottumukset ja -mahdollisuudet vaihtelevat eri kulttuureissa ja myös sukupuolten välillä (ks. luku 10). Vyötärönympärysmittausten tuloksissa väestöryhmien välisiä eroja saattaa hieman kasvattaa myös se, että somalialais- ja kurditaustaisilla merkittävä osuus mittauksista tehtiin ohuen aluspaidan päältä, kun venäläistaustaisilla ja Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneilla suurempi osuus mittauksista tehtiin paljaalta iholta. Yhtäläillä kuin koko väestössä, lihavuuden ehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota koskien kaikkia maahanmuuttajataustaisia väestöjä.

Lähteet

- Daryani A, Berglund L, Andersson A, Kocturk T, Becker W, Vessby B. Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. *Ethn Dis* 2005;15:213–220.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68.* Helsinki; 2012.
- Kumar BN, Selmer R, Lindman AS, Tverdal A, Falster K, Meyer H. Ethnic differences in SCORE cardiovascular risk in Oslo, Norway. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:229–234.
- Sund R, Koski S. FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperustainen mittaaminen. Tampere: Suomen Diabetesliitto; 2009.
- Vartiainen E, Laatikainen T, Peltonen M, Juolevi A, Männistö S, Sundvall J, Jousilahti P, Salomaa V, Valsta L, Puska P. Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *Int J Epidemiol* 2009;39:504–518.
- Vartiainen E, Peltonen M, Laatikainen T, Sundvall J, Salomaa V, Jousilahti P, Puska P. FINRISKI -tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski pieneni viime vuosina. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63:1375–1381.

5.2 Verenpaine

Antti Jula, Tiina Laatikainen, Erkki Vartiainen, Päivikki Koponen

- Somalialais- ja kurditaustaisten miesten systolinen ja naisten systolinen ja diastolinen verenpaine sekä venäläistaustaisten naisten systolinen verenpaine olivat matalammat kuin tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotiaan koko väestön.
- Kohonneiden verenpaine- arvojen yleisyys oli somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla ja somalialaistaustaisilla miehillä muuta väestöä pienempi.
- Syventävissä tutkimuksissa on tarpeen selvittää lääkkeiden käytön yleisyyttä ja sen vaikutusta havaittuihin väestöryhmien välisiin eroihin verenpainetasoissa.

Kohonnut verenpaine on merkittävä sepelvaltimotaudin ja merkittävin aivohalvauksen vaaratekijä. Suomessa aikuisväestön verenpainetaso on laskenut 1970-luvulta 2000-luvulle. Viimeisen kymmenen vuoden aikana verenpaineen lasku on kuitenkin hidastunut ja nuorimmissa ikäryhmissä pysähtynyt. Verenpaineen lasku johtuu väestön vähentyneestä suolan kulutuksesta, lisääntyneestä kasvisten ja hedelmien käytöstä, ravinnon rasvojen laadun muutoksista sekä lisääntyneestä ja tehostuneesta lääkehoidosta. Verenpainetasojen aleneminen ja muut riskitekijämuutokset selittävät valtaosaa työikäisen väestön sydän- ja verisuonitautisairastavuuden ja -kuolleisuuden vähenemisestä (Vartiainen ym. 2008).

Aiempien tutkimusten mukaan maalta kaupunkiin muuttajien ja maahanmuuttajien verenpaine on kotiseudulle jäävien painetasoa korkeampi (Hernández ym. 2012; Bhatnagar ym. 1995; Gibson ym. painossa; Poulter ym. 1990). Verenpaineen nousu näyttäisi heijastavan elintavoissa tapahtuvia muutoksia (Bhatnagar ym. 1995; Poulter ym. 1990). Norjassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että Iranista saapuneilla maahanmuuttajilla oli matalampi verenpainetaso kuin kantaväestöllä (Kumar ym. 2009). Maahanmuuttajataustaisten verenpainetasoa ja suhdetta muun väestön painetasoon ei ole Suomessa aiemmin tutkittu.

Menetelmät

Verenpaine mitattiin Maamu-tutkimukseen osallistuneilta kliinisesti validoidulla automaattisella oskillometrisellä verenpainemittarilla (Omron i-C10 = HEM-7070-E) oikeasta kädestä 5 minuutin istumisen jälkeen. Vertailukohtana olevan Maamu-tutkimuspaikkakunnilla asuvan 18–64-vuotiaan väestön verenpaine mitattiin Terveys 2011 -tutkimuksessa 5 minuutin istumisen jälkeen elohopeamittaria ja kuuntelumenetelmää käyttäen. Molemmissa tutkimuksissa verenpaine mitattiin kaksi kertaa. Tässä esitettävät verenpainetulokset perustuvat kahden mittauksen keskiarvoon.

Tulokset

Somalialais- ja kurditaustaisten miesten systolinen ja naisten systolinen ja diastolinen verenpaine sekä venäläistaustaisten naisten systolinen verenpaine ovat samaa sukupuolta edustavaa koko väestöä matalammat (taulukko 5.2.1 ja 5.2.2). Venäläistaustaisten miesten verenpaine vastaa 18–64-vuotiaiden miesten painetasoa tutkimuspaikkakuntien koko väestössä.

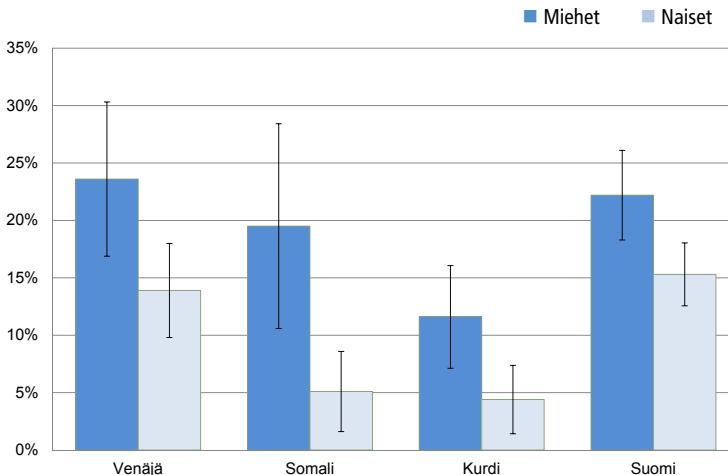
Somalialaistaustaisista naisista 5 %:lla, kurditaustaisista naisista 4 %:lla, venäläistaustaisista naisista 14 %:lla ja koko väestön naisista 15 %:lla esiintyi kohonneita verenpaine-arvoja (systolinen verenpaine 140 mmHg tai enemmän tai diastolinen verenpaine 90 mmHg tai enemmän) (taulukko 5.2.2, kuvio 5.1.1). Miesten verenpaineet olivat kaikissa väestöryhmissä naisten tasoa korkeammat. Kurditaustaisilla miehillä kohonneiden verenpaine-arvojen esiintyvyys oli koko väestön miehiä pienempi, mutta venäläistaustaisilla ja somalialaistaustaisilla miehillä koko väes-

Taulukko 5.2.1. Verenpaine¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Systolinen verenpaine (mmHg, ka)	116,8	113,1	114,1	123,4	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Diastolinen verenpaine (mmHg, ka)	78,2	75,4	76,3	77,7	<0,001	0,497	0,001	0,009
Kohonnut verenpaine (systolinen \geq 140 tai diastolinen \geq 90 mmHg, %)	17,1	11,0	8,3	19,2	<0,001	0,344	0,006	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Kuvio 5.2.1. Kohonneen verenpaineen (systolinen \geq 140 tai diastolinen \geq 90 mmHg) yleisyys sukupuolittain (%).



tön miehiä vastaava. Selvästi kohonneita verenpainearvoja (systolinen verenpaine 160 mmHg tai enemmän tai diastolinen verenpaine 95 mmHg tai enemmän) esiintyi kurditaustaisilla (3 %) koko väestöä (7 %) vähemmän, mutta muilla maahanmuuttajaryhmillä yhtä paljon kuin koko väestöllä.

Kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä systolinen että diastolinen verenpaine ja kohonneen verenpaineen esiintyvyys nousivat odotetusti iän myötä. Venäläistaustaisilla miehillä jo lähes puolella vanhimmassa ikäryhmässä (49 % 45–64-vuotiaista) todettiin kohonneet verenpainearvot. Myös somalialais- ja kurditaustaisista miehistä vanhimmassa ikäryhmässä noin viidenneksellä (22 % ja 20 %) todettiin kohonneet verenpainearvot. Myös venäläis- ja somalialaistaustaisilla vanhimman ikäryhmän naisilla kohonnut verenpaine oli yleinen (26 % ja 16 %).

Taulukko 5.2.2. Verenpaine sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Systolinen verenpaine (mmHg, ka)	124,1	112,8	<0,001	121,7	107,0	<0,001	120,0	106,9	<0,001	126,1	120,7	<0,001
Diastolinen verenpaine (mmHg, ka)	80,6	76,8	<0,001	79,4	72,6	<0,001	78,7	73,4	<0,001	80,0	75,7	<0,001
Kohonnut verenpaine (systolinen ≥ 140 tai diastolinen ≥ 90 mmHg, %)	23,6	13,9	0,012	19,5	5,1	0,001	11,6	4,4	0,012	22,2	15,3	0,001
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet				Naiset							
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi				
Systolinen verenpaine	<0,001	0,039	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
Diastolinen verenpaine	0,154	0,749	0,387	0,025	<0,001	0,125	0,001	0,010				
Kohonnut verenpaine	0,005	0,861	0,297	<0,001	0,001	0,698	0,004	0,001				

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Pohdinta

Somalialais- ja kurditaustaisten miesten systolinen ja naisten systolinen ja diastolinen verenpaine sekä venäläistaustaisten naisten systolinen verenpaine ovat samaa sukupuolta edustavaa koko väestöä matalammat. Sen sijaan somalialaistaustaisten ja venäläistaustaisen miesten verenpaine vastaa koko väestön painetasoa. Väestöryhmien väliset erot kasvisten, hedelmien, ravinnon rasvojen, suolan ja alkoholin käytössä sekä ylipainon ja lihavuuden yleisyydessä ovat todennäköisimmät verenpaine-eroja selittävät tekijät. Käytettyjen mittarien erilaisuus aiheuttaa hieman harhaa maahanmuuttajataustaisten ryhmien vertailussa tutkimuspaikkakuntien koko väestöön, mutta tämä ei todennäköisesti juurikaan vaikuta kohonneen verenpaineen yleisyyttä koskeviin tuloksiin. Syventävissä tutkimuksissa on tarpeen selvittää lääkkeiden käytön yleisyyttä ja sen vaikutusta havaittuihin väestöryhmien välisiin eroihin verenpaine-etasoissa. Osa tutkittavista, joilla todettiin selvästi kohonneita verenpaine-arvoja, oli jo seurannassa, osa ohjattiin ottamaan yhteyttä omalle terveysasemalle tai työterveys-huoltoon.

Lähteet

- Bhatnagar D, Anand IS, Durrington PN, Patel DJ, Wander GS, Mackness MI, Creed F, Tomenson B, Chandrashekhara Y, Winterbotham M ym. Coronary risk factors in people from the Indian subcontinent living in west London and their siblings in India. *Lancet* 1995;345:405–409.
- Gibson J, Stillman S, McKenzie D, Rohorua H. Natural experiment evidence on the effect of migration on blood pressure and hypertension. *Health Econ, painossa*.
- Hernández AV, Pasupuleti V, Deshpande A, Bernabé-Ortiz A, Miranda JJ. Effect of rural-to-urban within-country migration on cardiovascular risk factors in low- and middle-income countries: a systematic review. *Heart* 2012;98:185–194.
- Kumar BN, Selmer R, Lindman AS, Tverdal A, Falster K, Meyer HE. Ethnic differences in SCORE cardiovascular risk in Oslo, Norway. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:229–234.
- Poulter NR, Khaw KT, Hopwood BE, Mugambi M, Peart WS, Rose G, Sever PS. The Kenyan Luo migration study: observations on the initiation of a rise in blood pressure. *BMJ* 1990;300: 967–972.
- Vartiainen E, Peltonen M, Laatikainen T, Sundvall J, Salomaa V, Jousilahti P, Puska P. FINRISKI -tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski pieneni viime vuosina. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63:1375–1381.

5.3 Lipidit

Tiina Laatikainen, Natalia Solovieva, Erkki Vartiainen, Antti Jula

- Kokonaiskolesterolitasot olivat somalialais- ja kurditaustaisilla merkitsevästi tutkimuspaikkakuntien vastaavan ikäistä koko väestöä matalammat.
- Venäläistaustaisten maahanmuuttajien lipiditasot olivat hyvin lähellä koko väestön lipiditasoja.
- HDL-kolesteroli oli venäläistaustaisia miehiä lukuun ottamatta kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä tutkimuspaikkakuntien koko väestöä matalampi.

Seerumin lipidit ovat tärkeitä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Suomessa aikuisväestön seerumin kolesterolitaso on laskenut merkittävästi 1970-luvulta 2000-luvulle. Lasku johtuu terveellisempään suuntaan muuttuneesta ruokavaliosta ja kolesterolia alentavien lääkkeiden lisääntyneestä käytöstä. Samaan aikaan työikäisen väestön sepelvaltimotautikuolleisuus on vähentynyt yli 80 % (Vartiainen ym. 2008). Kolesterolitasojen lasku ja sen taustalla olevat tekijät selittävät merkittävän osan sepelvaltimotautikuolleisuuden vähenemisestä. Vuonna 2012 havaittiin seerumin kolesterolitasojen kääntyneen nousuun (Vartiainen ym. 2012).

Suomessa toteutettujen väestötutkimusten tulokset kuvastavat pääasiassa kanta-
väestön tilannetta. Maahanmuuttajia otoksiin tulee hyvin vähän, eikä heistä ole Suomessa toistaiseksi ollut vastaavaa riskitekijätietoa. Norjassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että Iranista saapuneilla maahanmuuttajilla oli matalampi kokonaiskolesteroli ja myös HDL-kolesteroli kuin kantaväestöllä (Kumar ym. 2009). Ruotsalais-tutkimuksessa Iranista saapuneiden maahanmuuttajanaisten kokonaiskolesterolitaso ei tilastollisesti merkitsevästi eronnut kantaväestön tasosta, mutta HDL-kolesteroli oli merkitsevästi matalampi (Daryani ym. 2005). Somalialaistaustaisista tai venäläistaustaisista maahanmuuttajista ei aiempaa tutkimustietoa löytynyt.

Menetelmät

Terveystarkastukseen osallistuneilta tutkittavilta otettiin verinäyte, josta erotettiin seerumi lipidianalyysjää varten. Tutkittavia ohjeistettiin olemaan syömättä ja juomatta vähintään neljä tuntia ennen terveystarkastusta. Seeruminäytteestä määritettiin kokonaiskolesteroli ja HDL-kolesteroli entsyymaattisilla menetelmillä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) biokemian laboratoriossa. Laboratorio on osallistunut kansainvälisiin lipidimääritysten standardointiohjelmiin. Koko väestöä kuvaavaan vertailuaineistoon poimittiin tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat.

Tulokset

Kokonaiskolesterolin keskiarvot erosivat tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 5.3.1). Kokonaiskolesterolin keskiarvo oli venäläistaustaisilla miehillä ja naisilla 5,1 mmol/l, somalialaistaustaisilla miehillä 4,8 mmol/l ja naisilla 4,7 mmol/l ja kurditaustaisilla miehillä 5,0 mmol/l ja naisilla 4,7 mmol/l (taulukko 5.3.2). Tutkimuspaikkakuntien samanikäisen koko väestön kokonaiskolesterolitasot olivat miehillä 5,1 mmol/l ja naisilla 5,2 mmol/l. Sekä somalialaistaustaisten miesten että naisten kolesterolitasot olivat merkittävästi matalammat kuin koko väestön. Samoin kurditaustaisten miesten kolesterolitasot olivat tilastollisesti merkitsevästi koko miesväestön tasoja matalammat.

Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä seerumin kokonaiskolesterolitasot kasvoivat iän myötä. Nuorimmassa 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä kokonaiskolesterolin keskiarvo oli 4,3–4,4 mmol/l, ja miesten ja naisten välillä ei havaittu merkitsevää eroa. Vanhimmassa ikäryhmässä (45–64-vuotiaat) kokonaiskolesterolin keskiarvo oli venäläistaustaisilla 5,7 mmol/l ja somalialaistaustaisilla ja kurditaustaisilla 5,0 mmol/l ja 5,1 mmol/l. Vanhimmassakaan ikäryhmässä ei havaittu eroa miesten ja naisten välillä eri maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä.

HDL-kolesterolin keskiarvot erosivat ryhmien välillä (taulukko 5.3.1). Sukupuolittain tarkasteltuna HDL-kolesterolin keskiarvo oli venäläistaustaisilla miehillä 1,3 mmol/l ja naisilla 1,6 mmol/l, somalialaistaustaisilla miehillä 1,2 mmol/l ja naisilla 1,3 mmol/l ja kurditaustaisilla miehillä 1,1 mmol/l ja naisilla 1,3 mmol/l (taulukko 5.3.2). Tutkimuspaikkakuntien samanikäisen koko väestön HDL-kolesterolitasot olivat miehillä 1,4 mmol/l ja naisilla 1,7 mmol/l. Maahanmuuttajataustaisten HDL-kolesterolitasot olivat tilastollisesti merkitsevästi matalampia kuin koko väestön tasot lukuun ottamatta venäläistaustaisia miehiä.

Taulukko 5.3.1. Kokonaiskolesteroli ja HDL-kolesteroli¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kokonaiskolesteroli (mmol/l, ka)	5,1	4,8	4,9	5,1	<0,001	0,940	<0,001	<0,001
HDL-kolesteroli (mmol/l, ka)	1,5	1,3	1,2	1,5	<0,001	0,078	<0,001	<0,001
Kohonnut kokonaiskolesteroli (> 5 mmol/l, %)	51,0	33,4	41,2	50,9	<0,001	0,987	<0,001	0,001
Matala HDL-kolesteroli (< 1 mmol/l, %)	6,0	11,1	21,8	5,0	<0,001	0,464	0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakoituja

Venäläistaustaisilla ja kurditaustaisilla ei HDL-kolesterolitasoissa havaittu eroja eri ikäryhmien välillä. Somalialaistaustaisilla HDL-kolesterolin keskiarvo oli tilastollisesti merkitsevästi matalampi vanhimmassa 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä nuorempiin ikäryhmiin verrattuna (1,2 mmol/l ja 1,3 mmol/l).

Kokonaiskolesteroli oli yli suositellun 5 mmol/l 51 %:lla venäläistaustaisista, 33 %:lla somalialaistaustaisista ja 41 %:lla kurditaustaisista (taulukko 5.3.1, kuvio 5.3.1). Tutkimuspaikkakuntien koko väestöstä kokonaiskolesteroli oli yli 5 mmol/l 51 %:lla vastaten venäläisväestön tulosta. Naisten ja miesten välillä oli merkitsevä ero kurditaustaisilla, joista 48 %:lla miehistä kokonaiskolesteroli oli yli 5 mmol/l, mutta naisista vain 33 %:lla (taulukko 5.3.2).

Myös matalan HDL-kolesterolin yleisyys vaihteli ryhmien välillä (taulukko 5.3.1). HDL-kolesteroli oli alle 1 mmol/l 12 %:lla venäläistaustaisista miehistä ja 3 %:lla naisista (taulukko 5.3.2). Somalialaistaustaisista 17 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista ja kurditaustaisista 31 %:lla miehistä ja 11 %:lla naisista HDL-kolesteroli oli alle 1 mmol/l. Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä. Koko väestöstä HDL-kolesteroli oli alle 1 mmol/l

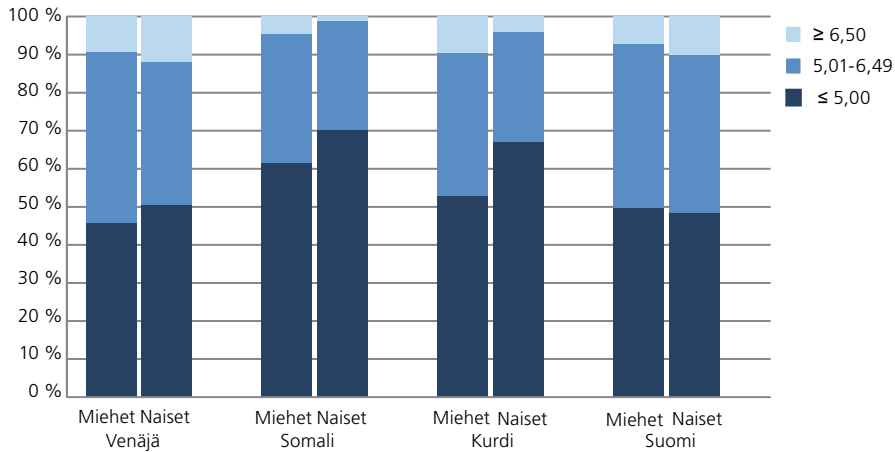
Taulukko 5.3.2. Kokonaiskolesteroli ja HDL-kolesteroli sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Kokonaiskolesteroli (mmol/l, ka)	5,1	5,1	0,612	4,8	4,7	0,151	5,0	4,7	<0,001	5,1	5,2	0,136
HDL-kolesteroli (mmol/l, ka)	1,3	1,6	<0,001	1,2	1,3	<0,001	1,1	1,3	<0,001	1,4	1,7	<0,001
Kohonnut kokonaiskolesteroli (> 5 mmol/l, %)	54,1	49,3	0,353	38,5	29,9	0,155	48,1	33,0	0,001	50,1	51,5	0,684
Matala HDL-kolesteroli (< 1 mmol/l, %)	12,3	2,6	<0,001	17,3	7,2	0,014	31,2	11,1	<0,001	7,8	2,5	0,001
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kokonaiskolesteroli	0,136	0,977	0,025	0,396	<0,001	0,521	<0,001	<0,001	<0,001	0,136	0,977	<0,001
HDL-kolesteroli	<0,001	0,056	<0,001	<0,001	<0,001	0,007	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,056	<0,001
Kohonnut kokonaiskolesteroli	0,039	0,638	0,015	0,284	<0,001	0,483	<0,001	<0,001	<0,001	0,039	0,638	<0,001
Matala HDL-kolesteroli (< 1 mmol/l, %)	<0,001	0,138	0,010	<0,001	<0,001	0,912	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	0,138	<0,001

¹ Luvut ikävakiointuja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 5.3.1. Kokonaiskolesterolin jakauma sukupuolittain (%).



8 %:lla miehistä ja 3 %:lla naisista. Sekä somalialais- että kurditaustaisten miesten ja naisten osuudet erosivat merkitsevästi koko väestön osuuksista.

Pohdinta

Venäläistaustaisten maahanmuuttajien lipiditasot olivat hyvin lähellä koko väestön lipiditasoja. Somalialais- ja kurditaustaisilla kokonaiskolesteroli oli merkitsevästi matalampi kuin koko väestöllä ja myös HDL-tasot olivat koko väestön tasojen matalammat. Tämä tulos oli samansuuntainen kuin Norjassa ja Ruotsissa tehdyissä tutkimuksissa (Daryani ym. 2005; Kumar ym. 2009). Korkeita, 5 mmol/l ylittäviä, kolesteroleja oli venäläistaustaisilla yhtä paljon kuin koko väestöllä ja somalialais- ja kurditaustaisilla huomattavasti harvemmalla.

Venäläistaustaisten ruokatottumukset ovat todennäköisesti ravitsemuksellisesti koostumukseltaan hyvin samankaltaisia kuin kantaväestön. Ainakin lipidiarvojen valossa somalialais- ja kurditaustaisten ruokavalio eroaa kantaväestön ruokavaliosta ja tyydyttyneen rasvan saanti on todennäköisesti vähäisempää. Vaikuttaisi, että nämä maahanmuuttajataustaiset ryhmät ovat toistaiseksi säilyttäneet ainakin osan perinteisestä ruokakulttuuristaan. Toisaalta näiden kahden ryhmän HDL-kolesterolitaset olivat myös venäläistaustaisia ja koko väestöä matalammat. Väestötason vertailussa HDL on matala, jos kokonaiskolesteroli on matala ja päinvastoin. Matalien HDL-tasojen taustalla voi olla muun muassa myös vähäisempi alkoholinkäyttö ja liikunta (ks. luku 10.1 ja 10.3).

Lähteet

- Daryani A, Berglund L, Andersson A, Kocturk T, Becker W, Vessby B. Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. *Ethn Dis* 2005;15:213–220.
- Kumar BN, Selmer R, Lindman AS, Tverdal A, Falster K, Meyer HE. Ethnic differences in SCORE cardiovascular risk in Oslo, Norway. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:229–234.
- Vartiainen E, Peltonen M, Laatikainen T, Sundvall J, Salomaa V, Jousilahti P, Puska P. FINRISKI -tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski pieneni viime vuosina. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63:1375–1381.
- Vartiainen E, Borodulin K, Sundvall J, Laatikainen T, Peltonen M, Harald K, Salomaa V, Puska P. FINRISKI -tutkimus: Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun. *Suomen Lääkärilehti* 2012;35:2364–2368.

5.4 D-vitamiini ja hemoglobiini

Tuija Jääskeläinen, Christel Lamberg-Allardt, Päivikki Koponen, Tiina Laatikainen

- Seerumin D-vitamiinipitoisuudet ovat maahanmuuttajataustaisilla huolestuttavan matalia.
- D-vitamiinin puutoksen riskissä ovat erityisesti somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat.
- Anemia oli yleistä kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä miehillä että naisilla (22–39 %).

D-vitamiini edistää kalsiumin ja fosfaatin imeytymistä ja on siten tärkeä vitamiini luuston terveyden ylläpitämisessä sekä osteoporoosin ja luunmurtumien ehkäisemisessä (Holick 2007; Lips 2010). Viime vuosina D-vitamiinin puutoksen on mahdollisesti todettu lisäävän myös muiden kroonisten tautien, kuten sydän- ja verisuonitautien ja tiettyjen syöpien, riskiä. D-vitamiinin puutokseksi katsotaan 50 nmol/l alittavat seerumin 25(OH)D-vitamiinipitoisuudet ja vakavan puutoksen raja on alle 25 nmol/l (Holick 2007; Lips 2010). D-vitamiinin puutos on ollut yleinen ongelma sekä koko suomalaisväestössä (Lamberg-Allardt ym. 2006) että Suomessa asuvien maahanmuuttajataustaisten keskuudessa (Islam ym. 2012). Myös muissa Pohjoismaissa asuvilla maahanmuuttajilla on todettu D-vitamiinin puutosta (Holvik ym. 2005). Toisaalta D-vitamiinin puutos näyttää olevan yleistä myös maahanmuuttajataustaisten entisissä kotimaissa (Kaykhaei ym. 2011).

Hemoglobiiniarvo on alentunut anemioissa, jotka johtuvat veren punasolujen vähydestä tai punasolujen sairaudesta. Raudan puute on yleisin anemian syy. Hemoglobiiniarvoja onkin väestötutkimuksissa käytetty ravitsemustilan, erityisesti raudan saannin indikaattorina (McLean ym. 2009). Anemian syynä voivat olla myös verenvuoto esimerkiksi runsaiden kuukautisten tai suolistovuodon vuoksi, tai monet krooniset taudit. Maailman terveysjärjestön arvion mukaan anemian (hemoglobiini naisilla alle 120, miehillä alle 130 g/l) esiintyvyys on suurin Afrikassa, jossa yli puolella naisista on anemiaa (McLean ym. 2009). Suomessa on arvioitu, että maahanmuuttajien anemian yleisin syy on raudanpuute (Lehtinen 1998). Perinnölliset hemoglobiinisairaudet ovat maahanmuuttajilla myös tavallisia (Rajantie 2010). Maamu-tutkimukseen kutsutuista osa on kotoisin sellaisilta alueilta, joilla hemoglobiinipoiikkeavuuksien esiintyvyys väestössä on jopa kymmeniä prosentteja. Väestön hemoglobiinitasoja ei ole viime vuosina suomalaisissa väestötutkimuksissa seurattu, sillä anemiaa ei ole enää pidetty kansanterveysongelmana. Anemian yleisyydestä Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla ei ole aiempaa tutkimustietoa, mutta anemian arviointi on osana lääkärin tekemää terveystarkastusta pakolaisen ja turvapaikanhakijan infektio-tautien seulonnassa (STM 2009).

Menetelmät

D-vitamiinitilannetta kuvaa parhaiten seerumin 25-hydroksi-D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D), joka mitattiin kemiluminesenssi-mikropartikkeli-immunomäärityksellä (Abbott Laboratories). Analyysit tehtiin Architect ci8200-analysaattorilla. Aineiston analyysissa D-vitamiinin puutoksen määrittelyyn käytettiin sekä suomalaisten suositusten mukaista raja-arvoa 40 nmol/l että kansainvälisesti käytettyä raja-arvoa 50 nmol/l.

Terveystarkastuksen yhteydessä otettiin verinäyte sormenpästä ja hemoglobiiniarvo määritettiin HemoCue Hb 201 -laitteita käyttäen, jotka on kalibroitu vastaamaan ICSH referenssimenetelmää. Tutkimushoitajat saivat koulutuksen näytteen ottoon ja laitteen käyttöön. Näytteenotossa kolme veripisaraa pyyhittiin ensin pois ja neljäs pisara tutkittiin. Aineiston analyysissa käytettiin anemian (matalan hemoglobiinitason) rajana miehillä 130 ja naisilla 120 g/l.

Tulokset

D-vitamiinin puutos oli yleinen ongelma kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä, mutta ryhmien välillä havaittiin kuitenkin selkeitä eroja (taulukko 5.4.1). Venäläistaustaisten keskimääräiset seerumin D-vitamiinipitoisuudet olivat noin 20 nmol/l korkeammat kuin somalialaistaustaisilla ja jopa noin 30 nmol/l korkeammat kuin kurditaustaisilla. Matalia seerumin D-vitamiinipitoisuuksia (alle 50 nmol/l) havaittiin vajaalla 80 %:lla somalialaistaustaisista ja jopa lähes 90 %:lla kurditaustaisista. Sen sijaan vain reilulla 30 %:lla venäläistaustaisista seerumin D-vitamiinipitoisuus oli matala. Seerumin D-vitamiinipitoisuuksia, jotka alittivat 40 nmol/l, havaittiin reilulla 15 %:lla venäläistaustaisista, vajaalla 60 %:lla somalialaistaustaisista ja lähes 75 %:lla kurditaustaisista.

Ryhmien väliset erot sekä keskimääräisissä seerumin D-vitamiinipitoisuuksissa että matalien D-vitamiinipitoisuuksien esiintyvyydessä säilyivät merkitsevinä myös sukupuolittain tehdyssä vertailussa (taulukko 5.4.2, kuvio 5.4.1). Ryhmien sisällä suurimmat sukupuolten väliset erot seerumin D-vitamiinipitoisuuksissa havaittiin venäläistaustaisilla, joilla naisten D-vitamiinipitoisuudet olivat noin 8 nmol/l

Taulukko 5.4.1. D-vitamiinipitoisuus sekä matalan D-vitamiinipitoisuuden ja hemoglobiinitason yleisyys¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D, nmol/l, ka)	62,5	39,3	32,8	<0,001
Matala D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D < 50 nmol/l, %)	31,9	78,9	86,5	<0,001
Matala hemoglobiinitaso (miehillä < 130, naisilla < 120 g/l, %)	38,2	36,0	29,8	0,013

¹ Luvut ikävakioituja

korkeammat kuin miehillä. 18–29-vuotiailla venäläistaustaisilla sukupuolten välinen ero oli erityisen suuri, sillä naisten seerumin D-vitamiinipitoisuudet olivat lähes 20 nmol/l korkeammat kuin miehillä.

Anemia oli yleinen kaikissa tutkituissa ryhmissä. Anemiaa oli enemmän sekä venäläis- että somalialaistaustaisilla (38 % ja 36 %) kuin kurditaustaisilla (30 %) (taulukko 5.4.1). Kurditaustaisilla naisilla, ja heistä erityisesti yli 30-vuotiailla, anemiaa oli selvästi enemmän kuin miehillä (39 % ja 23 %) (taulukko 5.4.2, kuvio 5.4.2).

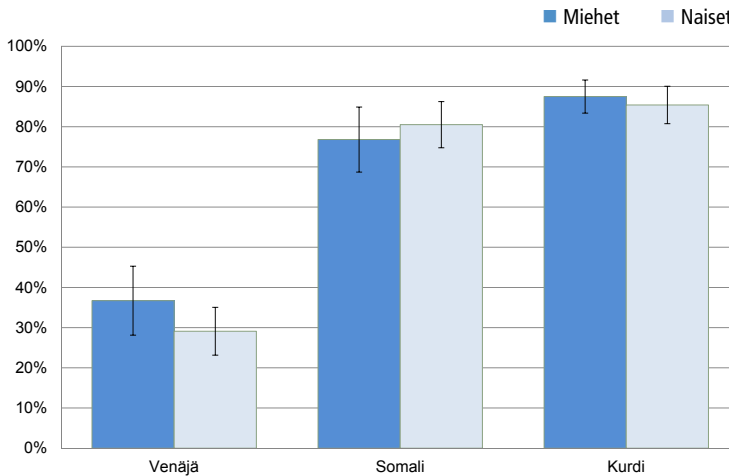
Taulukko 5.4.2. D-vitamiinipitoisuus sekä matalan D-vitamiinipitoisuuden ja hemoglobiinitason yleisyys sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D, nmol/l, ka)	57,7	65,3	0,007	40,6	38,4	0,314	32,4	33,3	0,493	<0,001	<0,001
Matala D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D < 50 nmol/l, %)	36,7	29,1	0,149	76,8	80,5	0,461	87,5	85,4	0,517	<0,001	<0,001
Matala hemoglobiinitaso (miehillä < 130, naisilla < 120 g/l, %)	35,6	39,8	0,327	33,4	38,1	0,337	22,7	38,8	<0,001	0,005	0,922

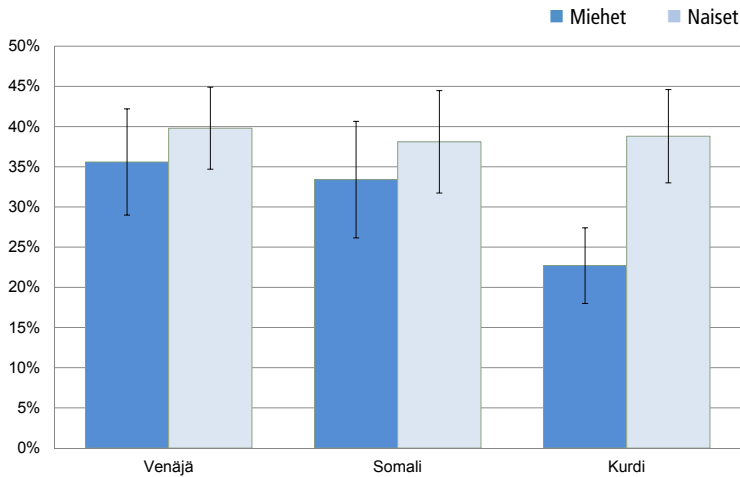
¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 5.4.1. Matalan D-vitamiinipitoisuuden (< 50 nmol/l) yleisyys sukupuolittain (%).



Kuvio 5.4.2. Matalan hemoglobiinitason (miehillä < 130, naisilla < 120 g/l) yleisyys sukupuolitain (%).



Pohdinta

Maahanmuuttajataustaiset ovat riskiryhmä D-vitamiinin puutokselle. D-vitamiinia muodostuu iholla auringon ultraviolettisäteilyn vaikutuksesta, mutta tumma iho tuottaa D-vitamiinia vähemmän kuin vaalea iho (Holick 2007). Myös peittävä vaatetus vähentää D-vitamiinin tuotantoa iholla. Lisäksi maahanmuuttajataustaisilla D-vitamiinia sisältävien elintarvikkeiden, kuten kalan, ja D-vitamiinilla täydennettyjen maitotuotteiden ja margariinien käyttö saattaa olla vähäistä. Tämän vuoksi maahanmuuttajataustaisten riittävään D-vitamiinin saantiin tulisi kiinnittää huomiota erityisesti pohjoisessa, jossa auringon säteily on talvisin hyvin niukkaa.

Anemia oli varsin yleinen kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä. Tässä tutkimuksessa todettu anemian yleisyys voi kuitenkin olla todellista korkeampi, sillä sormenpästä otetuissa verinäytteissä liian voimakas puristus voi aiheuttaa hemolyyasia ja näytteen laimenemista kudosteella. Kaikki tutkimushoitajat saivat tähänkin mittaukseen erillisen koulutuksen ja näytteenottotekniikkaan kiinnitettiin huomiota laaduntarkkailussa. Osalla tutkimushoitajista ei ollut lainkaan aiempaa kokemusta näytteenotossa, mikä on voinut vaikuttaa tehtävään harjaantumiseen ja näytteiden laatuun. Anemian syiden selvittäminen vaatii lisätutkimuksia ja tutkimukseen osallistuneita ohjattiinkin tarvittaessa ottamaan yhteyttä omalle terveysasemalleen tai työterveyshuoltoon. Hemoglobiiniarvojen tutkiminen maahanmuuttajilta on tärkeää myös etnisten anemioiden ja niiden kantajien tunnistamiseksi. Etnisten anemioiden kantajat ovat yleensä oireettomia, mutta heidät tulisi tunnistaa ajoissa ja tarvittaessa ohjata perinnöllisyysneuvontaan (Rajantie 2010).

Lähteet

- Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007;357:266–281.
- Holvik K, Meyer HE, Haug E, Brunvand L. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:57–63.
- Islam Z, Viljakainen HT, Kärkkäinen M, Saarnio E, Laitinen K, Lamberg-Allardt C. Prevalence of vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism during winter in pre-menopausal Bangladeshi and Somali immigrant and ethnic Finnish women: associations with forearm bone mineral density. *Br J Nutr* 2012;107:277–283.
- Kaykhaei MA, Hashemi M, Narouie B, Shikhzadeh A, Rashidi H, Moulaei N, Ghavami S. High prevalence of vitamin D deficiency in Zahedan, southeast Iran. *Ann Nutr Metab* 2011;58:37–41.
- Lamberg-Allardt C, Viljakainen H ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seurantatutkimus 2002–2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä: 9. Helsinki; 2006.
- Lips P. Worldwide status of vitamin D nutrition. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2010;121:297–300.
- Lehtinen M. Maahanmuuttajan hematologiaa. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 1998;114:1210.
- McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of Anemia: WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information system 1993–2005. *Public Health Nutr* 2009;12:444–454.
- Rajantie J. Mitä suomalaisen lääkärin tulee tietää talassemioista. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 2010;126:1137–1144.
- STM. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 21. Helsinki; 2009.

6 INFEKTIOAUDIT

6.1 Infektiotautien seulonta ja ehkäisy

Kirsi Liitsola, Hanna Nohynek, Pia Kivelä

- Infektiotauteja oli harvoin seulottu muilta kuin niiltä, jotka kuuluvat pakolaisten- ja turvapaikanhakijoiden infektiotestauksen piiriin.
- Ennen matkaansa entiseen kotimaahan alle puolet oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon.
- Lähes joka neljäs venäläistaustainen, mutta vain pieni osa somalialais- ja kurditaustaisista oli HIV-testattu muualla kuin Suomessa.

Maahanmuuttajien infektiotautien seulonnan ja ehkäisyn tavoitteena on suojata henkilön omaa terveyttä ja katkaista tartuntaketjut. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektiotestauksen ehkäisystä ohjeen (STM 2009). Kaikkia maahanmuuttajaryhmiä käsittäviä ohjeita infektiotautien seulonnasta Suomessa ei ole.

Maahanmuuttajataustaisten infektiotautien seulonnassa on toisaalta tärkeä diagnosoida lähtömaassa tai matkalla Suomeen saadut infektiot ja toisaalta estää uudet tartunnat Suomessa oleskelun aikana. Entisellä kotiseudullaan kyläilevät maahanmuuttajat ovat monella tavalla matkailijoiden riskiryhmä; he oleskelevat pitkiä aikoja kohdemaassa ja ovat usein intensiivisessä kontaktissa paikalliseen väestöön. Infektioiden ehkäisyssä onkin tärkeää, että maahanmuuttajataustainen saa tarvittavat rokotukset, estolääkitykset ja riittävästi helposti ymmärrettävää terveysneuvontaa ennen kyläilymatkalle lähtöään (Nohynek ym. 2011).

Menetelmät

Haastatteluosuudessa kysyttiin, tehtiinkö haastateltavalle Suomeen tulon yhteydessä tutkimuksia (keuhkoröntgen, verinäyte, ulostenäyte), joissa selvitettiin hänen sairastamiaan infektiotauteja, oliko hän matkustanut entiseen kotimaahansa Suomeen tulon jälkeen ja oliko hän ottanut yhteyttä terveydenhuoltoon ennen tällaista matkaa. Lisäksi terveystarkastuksessa kysyttiin aiemmasta osallistumisesta HIV-testaukseen.

Tulokset

Suomeen tulon yhteydessä tehtyjen infektiotautien tutkimusten yleisyys erosi tutkituissa ryhmissä (taulukko 6.1.1). Somalialais- ja kurditaustaisista yli 80 % ilmoit-

ti osallistuneensa näihin tutkimuksiin, mutta venäläistaustaisista vain alle 15 %. Eroa selittää maahantulon taustat (ks. luku 3.1). Sukupuolten välillä oli eroa ainoastaan venäläistaustaisilla (taulukko 6.1.2): heistä miehet olivat osallistuneet infektio tautien tutkimukseen Suomeen tullessaan useammin kuin naiset.

Tutkitut ryhmät erosivat toisistaan myös kotimaahan matkustamisen osalta (taulukko 6.1.1). Venäläistaustaisista 98 %, kurditaustaisista yli 60 %, mutta somalia-laistaustaisista alle 30 % oli vierailut entisessä kotimaassaan Suomeen muuttamisen jälkeen. Sekä somalialais- että kurditaustaisista entisessä kotimaassaan vierailleista 45 % oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon ennen matkaansa. Venäläistaustaisilla vastaava osuus oli vain 6 %. Sukupuolten välillä oli eroa ainoastaan venäläistaustaisilla (taulukko 6.1.2): heistä naiset olivat ottaneet yhteyttä terveydenhuoltoon ennen matkaansa useammin kuin miehet.

HIV-testauksen yleisyys erosi tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 6.1.1, kuvio 6.1.1). Venäläistaustaisista 56 %, somalialaistaustaisista 33 % ja kurditaustaisista 12 % ilmoitti, että heille on joskus aiemmin tehty HIV-testi. Sukupuolten välillä havaittiin eroja venäläis- ja kurditaustaisten osalta (taulukko 6.1.2). Venäläistaustaista naisista kaksi kolmasosaa, mutta miehistä vain hieman enemmän kuin yksi kolmas-

Taulukko 6.1.1. Infektio tautien seulontaan ja riskiin liittyviä tekijöitä (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Terveystarkastus Suomeen tullessa	14,7	83,4	86,2	<0,001
Entiseen kotimaahansa matkustaneet	98,0	28,6	61,4	<0,001
Terveydenhuoltoon yhteydessä ennen matkaansa	5,8	54,8	45,5	<0,001
HIV-testattu (Suomessa tai muualla)	56,0	33,0	12,8	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 6.1.2. Infektio tautien seulontaan ja riskiin liittyviä tekijöitä sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Terveystarkastus Suomeen tullessa	21,7	11,1	0,002	87,5	79,9	0,083	86,0	86,6	0,850	<0,001	<0,001
Entiseen kotimaahansa matkustaneet	98,9	97,4	0,232	27,0	30,0	0,609	55,0	70,1	0,001	<0,001	<0,001
Terveydenhuoltoon yhteydessä ennen matkaansa	2,1	7,7	0,023	53,5	55,8	0,849	43,6	47,2	0,548	<0,001	<0,001
HIV-testattu (Suomessa tai muualla)	38,9	65,9	< 0,001	37,5	29,4	0,167	16,6	8,2	0,006	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

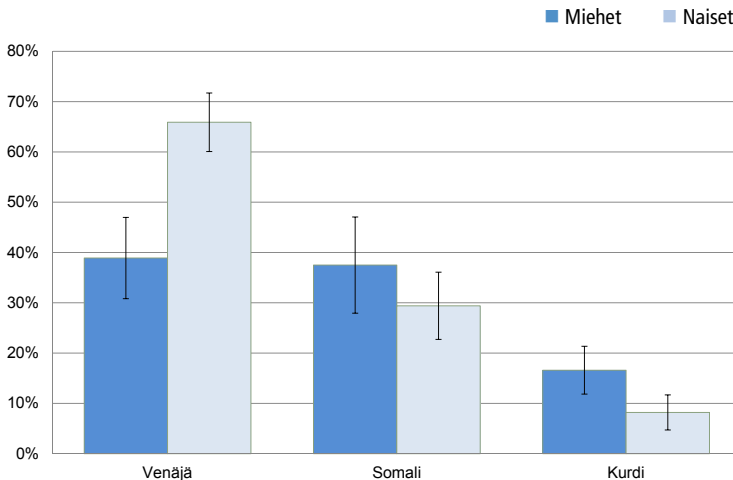
osa oli HIV-testattu. Sen sijaan kurditaustaisista miehet olivat käyneet HIV-testissä naisia useammin (17 % ja 8 %). Lähes joka neljäs venäläistaustainen oli HIV-testattu muualla kuin Suomessa. Somalialais- ja kurditaustaisista vastaava osuus oli vain muutama prosentti.

Pohdinta

Infektiotauteja oli seulottu eniten somalialais- ja kurditaustaisilta maahanmuuttajilta. Muilta kuin pakolaisten- ja turvapaikanhakijoiden infektiöseulonnan piiriin kuuluvilta infektiotauteja oli seulottu harvoin. Hieman alle puolet venäläistaustaisista, kaksi kolmasosaa somalialaistaustaisista ja liki yhdeksän kymmenestä kurditaustaisesta ei ollut aiemmin käynyt HIV-testissä. Kun otetaan huomioon äitiysneuvoloiden HIV-seulonta, raportoidut luvut ovat somalialais- ja kurditaustaisilla yllättävän matalia. Luvut perustuvat itse ilmoittamiseen, johon voi liittyä väärin muistamisen mahdollisuus tai epätietoisuus äitiysneuvoloissa tehtävistä seulontatesteistä. Somalialais- ja kurditaustaisista muualla kuin Suomessa HIV-testissä käyneitä oli vain muutama prosentti, mikä korostaa HIV-testauksen tarjonnan tärkeyttä maahanmuuttajataustaisille Suomessa terveydenhuollon kontakteissa.

Ohjeistus maahanmuuttajataustaisten infektiotautien seulonnasta koskee nykyisin vain pakolaisina ja turvapaikanhakijoina tai perheen yhdistämisen kautta Suomeen hakeutuneita. Tämä saattaa viivästyttää muiden maahanmuuttajaryhmien

Kuvio 6.1.1. HIV-testissä Suomessa tai muualla käyneiden osuus sukupuolittain (%).



infektiotautien toteamista. Olisi syytä pohtia, tarvitaanko kattavampaa ohjeistusta maahanmuuttajataustaisten infektiotautien ehkäisyyn. Lisäksi saattaa olla aiheellista arvioida maahanmuuttajataustaisille äitiyshuollossa annettavaa HIV-seulontoihin liittyvää informaatiota, koska tulokset viittaavat siihen, etteivät kaikki tutkimukseen osallistuneista olleet tietoisia äitiysneuvoloiden HIV-seulunnoista.

Lähteet

Nokynek H, Pekkanen E, Turtiainen P, Kainulainen K. Matkailijan terveysopas; 2011. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ktl.mat?p_selaus=2317

STM. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 21. Helsinki; 2009.

6.2 Infektiotautien esiintyminen

Kirsi Liitsola, Heljä-Marja Surcel, Mulki Mölsä, Eija Hiltunen-Back, Hanna Nohynek, Pia Kivelä

- Yli 95 % terveystarkastuksiin osallistuneista suostui HIV-, hepatiitti- ja syfilis-testaukseen.
- Vain suhteellisen pienellä osalla todettiin infektiotauteja. Todetuista infektiotaudeista yleisin oli hepatiitti B; harvinaisin oli HIV-infektio, jota ei todettu lainkaan.
- Infektiotautien esiintyminen vaihteli ryhmien välillä ja heijasti pitkälti lähtömaan infektiotilannetta.

Tartuntatautien seurannan perusteella tiedetään, että maahanmuuttajataustaiset ovat infektiotauteja sairastavien joukossa yliedustettuina. Tämä johtuu osin siitä, että maahantulotarkastuksen yhteydessä aktiivisesti seulotaan tiettyjä tartuntatauteja ja osin siitä, että maahanmuuttajataustaisten lähtömaissa monen tartuntataudin ilmaantuvuus on korkeampaa kuin Suomessa (STM 2009). Valtaosa maahanmuuttajataustaisten tartunnoista on saatu ennen Suomeen tuloa, mutta esimerkiksi malariatapauksissa kyläilymatkailu entiseen kotimaahan Suomeen muuton jälkeen on merkittävä riskitekijä (Tartuntatautirekisteri).

Malarian riski on erittäin suuri Somaliassa ja myös Iranin ja Irakin alueilla esiintyy malariaa (WHO 2011a). Lähtömaista korkein tuberkuloosin esiintyvyys on Somaliassa ja Venäjällä (5–19 %). Sen sijaan Irakissa ja Iranissa tuberkuloosin esiintyvyys on matala (0–4 %). Myös Suomi kuuluu matalan esiintyvyyden alueisiin. (WHO 2011b.) HIV-infektion esiintyvyys on Venäjällä ja Somaliassa yli 1 %, kun taas Irakissa, Iranissa ja Suomessa esiintyvyys on noin 0,1 % (UNAIDS 2010). Hepatiitti C:n esiintyvyys Somaliassa ja Irakissa on korkeaa (> 2,9 %), Venäjällä kohtalainen (2–2,9 %) ja Iranissa ja Suomessa matalaa (< 2 %, Shepard ym. 2005). Hepatiitti B -kantaajuus puolestaan on Somaliassa korkeaa (> 8 %) ja Venäjällä, Iranissa ja Irakissa kohtalaista (2–7 %) ja Suomessa matalaa (< 2 %, WHO 2011c). Syfiliksen esiintyvyydestä ei ole luotettavia tietoja saatavilla tutkittavien ryhmien lähtömaista.

Menetelmät

Haastatteluosuudessa kysyttiin, oliko haastateltavalla ollut lääkärin toteama malaria. Terveystarkastuksissa puolestaan pyrittiin löytämään mahdolliset aktiiviset keuhkotuberkuloosit, kysymällä tutkittavalta, oliko hänellä ollut kahden kuukauden aikana yli kaksi viikkoa kestänyttä lämpöilyä ja yli kolme viikkoa kestänyttä yskää. Lisäksi tarjottiin muiden laboratorionäytteiden oton yhteydessä mahdollisuutta HIV-, hepa-

tiitti-, ja syfilistestaukseen, joihin kaikkiin pyydettiin erilliset suostumukset. Tutkijalääkäri keskusteli hepatiitti- ja syfilispositiivisista laboratoriovastauksista tutkittavan kanssa ja henkilö ohjattiin tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Mahdolliset HIV-positiiviset vastaukset oli sovittu annettaviksi infektiolääkäreiden toimesta. Myös pitkään yskineitä ja lämpöilleitä kehoitettiin hakeutumaan tutkimuksiin tuberkuloosin varalta.

Tulokset

Sukupuolten välisiä eroja ei raportoida, sillä kutakin tautia todettiin vain yksittäisillä henkilöillä. Venäläistaustaisista 0,2 % ilmoitti, että heillä on ollut joskus lääkärin toteama malaria (taulukko 6.2.1). Somalialais- ja kurditaustaisilla malaria oli ollut huomattavasti yleisempi (6,2 % ja 7,3 %). Mahdolliseen keuhkotuberkuloosiin viittaavia oireita oli 0,3 %:lla venäläistaustaisista, 2,6 %:lla somalialaistaustaisista ja 2,3 %:lla kurditaustaisista.

Yli 95 % terveystarkastuksissa käyneistä osallistui myös HIV-, hepatiitti- ja syfilistestauksiin. Ryhmien tai sukupuolen välillä ei ollut osallistumisessa tilastollisesti merkitseviä eroja. Hepatiitti B -kantajuudessa havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä. Tutkimuksessa ei löydetty yhtään hiv-infektiota. Kurdi-taustaisilla kaikkien infektioiden esiintyminen oli matalaa (alle 0,5 %). Venäläistaustaisilla hepatiitti B -kantajuuden esiintyvyys oli 2 %, hepatiitti C -positiivisuuden 3 % ja syfilispositiivisuuden 3 %. Somalialaistaustaisilla hepatiitti B -kantajuuden esiintyvyys oli 6 %, hepatiitti C -positiivisuuden 2 % ja syfilispositiivisuuden 1 %.

Taulukko 6.2.1. Infektiotautien esiintyvyys (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Malarian sairastaneet	0,2	6,2	7,3	<0,001
Keuhkotuberkuloosiin viittaavia oireita	0,3	2,6	2,2	0,121
Hepatiitti C -vasta-aine	3,2	1,7	0,3	0,053
Syfilis-vasta-aine	2,6	1,4	0,3	0,115
Hepatiitti B -kantajuus	1,7	6,2	0,4	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Pohdinta

Malaria- ja tuberkuloosioirekysely perustuvat itse ilmoittamiseen, johon voi liittyä väärin muistamisen tai ymmärtämisen mahdollisuus. Tutkimuksessa todetut positiivisten infektiolöydösten osuudet heijastivat pitkälti eri ryhmien lähtömaiden infektiotilannetta. Tutkijalääkärin keräämien tietojen perusteella valtaosa hepatiitti- ja syfilistartunnan saaneista oli jo aiemmin tietoinen omasta tartunnastaan.

Valtaosa terveystarkastuksiin osallistuneista suostui tarjottuihin infektiotautien laboratoriotesteihin. Tämä osoittaa, että infektiotautien testaus sopii hyvin osaksi laajempaa maahanmuuttajataustaisten terveyden ja hyvinvointia selvittäviä tutkimuksia. Somalialais- ja venäläistaustaisten hepatiitti C ja B -esiintyvyyks oli niin korkea, että seulonta näissä ryhmissä saattaisi olla kustannustehokasta.

Lähteet

- Shepard CW, Finelli L, Alter MJ. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis* 2005;5:558–567.
- STM. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infekti-ongelmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu: 21. Helsinki; 2009.
- Tartuntatautirekisteri. www3.ktl.fi/.
- UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. 2010
- WHO. Malaria Country profiles. 2011a Saata-
villä: <http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/en/index.html>
- WHO. Global Tuberculosis Control. 2011b
- WHO. Introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization services. Management guidelines, including information for health workers and parents. Geneva: WHO; 2001c

6.3 HIV-tietoisuus

Kirsi Liitsola, Pia Kivelä, Paula Tiittala

- Suurella osalla maahanmuuttajataustaisista oli huomattavia puutteita HIV:n perustiedoissa, parhaimmat tiedot olivat venäläistaustaisilla.
- HIV:n tartuntatavoista oli vääriä uskomuksia etenkin somalialais- ja kurditaustaisilla.
- Tietoisuus HIV:n nykyisistä hyvistä hoitomahdollisuuksista vaihteli somalialaistaustaisten 62 %:sta venäläistaustaisten 78 %:iin.

Ihmisillä on oltava riittävät perustiedot suojautuakseen HIV-tartunnalta sekä osatakseen arvioida omaa tartunnan riskiään. HIV-tartuntaan liittyy kuitenkin edelleen vahvasti stigma ja syrjintä, mikä johtaa usein vaikenemiseen, väärin uskomuksiin ja puutteellisiin tietoihin sairaudesta (UNAIDS 2007). Maahanmuuttajataustaisia voidaan pitää HIV-infektion suhteen haavoittuvana ryhmänä. Suomessa ei ole kuitenkaan julkaistu tutkimustietoa tämän ryhmän HIV-tietoisuudesta.

HIV-tietoisuutta on selvitetty tutkimuksen kuuluvien lähtömaissa etenkin nuorilla ja nuorilla aikuisilla käyttäen YK:n standardoitua UNGASS-kysymyssarjaa. HIV-tietoisuutta kuvataan kaikkiin kysymyksiin oikein vastanneiden osuudella (UNAIDS 2009). Somaliassa HIV-tietoisuus on heikkoa: vain 11 % 15–24-vuotiaista osasi vastata oikein kaikkiin UNGASS-kysymyksiin (UNAIDS 2012). Venäjällä HIV-infektion esiintyvyys on samaa tasoa kuin Somaliassa, mutta tietoisuus huomattavasti parempaa: 48 % 14–30-vuotiaista vastasi oikein kaikkiin kysymyksiin (UNAIDS 2006). Iranissa puolestaan sekä esiintyvyys että tietoisuus ovat matalalla tasolla, 16 % 15–24-vuotiaista vastasi oikein kaikkiin kysymyksiin (UNAIDS 2010). Irakista vastaavia tietoja ei ole.

Menetelmät

HIV-tietoisuutta kartoitettiin viidellä UNGASS-tietoisuuskyseksellä, jotka esitettiin terveystarkastuksen yhteydessä. Kysymyssarjaan liitettiin kuudes kysymys HIV:n hoidosta, jolla pyrittiin motivoimaan terveystarkastukseen osallistuneita HIV-tes-
taukseen. Tutkimushoitajat merkitsivät ylös haastateltavan ”ei, kyllä, en tiedä” -vastaukset. En tiedä -vastaukset käsiteltiin väärinä vastauksina. Tutkimushoitaja kertoi väärin tai en tiedä -vastanneille oikean vastauksen. Kysymyssarja toimi täten samalla myös interventiona tarjoamalla oikeaa tietoa ja mahdollisuuden keskustella HIV-infektiosta.

Tulokset

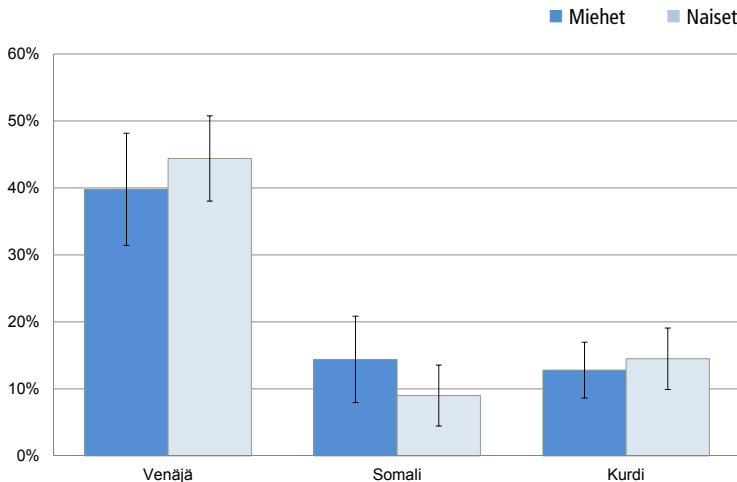
Kaikkiin viiteen UNGASS-tietoisuuskysymykseen oikein vastanneiden osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 6.3.1, kuvio 6.3.1). Venäläistaustaisista lähes 43 % osasi vastata oikein kaikkiin kysymyksiin, mutta somalialais- ja kurditaustaisista vain alle 14 %. Tietoisuus kuitenkin vaihteli kysymyksestä riippuen. Kaikissa ryhmissä yli 80 % tiesi, että HIV-tartunnalta voi suojautua, jos on vain yksi uskollinen seksikumppani, jolla ei ole HIV-tartuntaa. Sen sijaan kondomin tarjoamasta suojasta oli tietoisia vain hieman yli puolet somalialais- ja kurditaustaisista, mutta 90 % venäläistaustaisista. Myös HIV:n tartuntatavoista oli vääriä uskomuksia etenkin somalialais- ja kurditaustaisilla. Tietoisuus HIV:n nykyisistä hyvistä hoitomahdollisuuksista vaihteli somalialaistaustaisten 62 %:sta venäläistaustaisten 78 %:iin (kuvio 6.3.2). Sukupuolten välillä tietoisuudessa ei ollut merkitseviä eroja (taulukko 6.3.2).

Taulukko 6.3.1. HIV-tietoisuuskysymyksiin (UNGASS) oikein vastanneet (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Kaikkiin viiteen kysymykseen oikein vastanneet	42,7	11,3	13,6	<0,001
Kondomin käyttö estää HIV:n tarttumisen	90,2	55,2	55,3	<0,001
Yksi uskollinen seksikumppani, jolla ei HIV-infektiota, estää HIV:n tarttumisen	85,2	85,3	83,8	0,824
HIV ei tartu ruokailuvälineiden tai ruuan välityksellä	90,0	66,3	59,4	<0,001
HIV ei tartu hyönteisen pistosta	59,8	30,7	21,5	<0,001
HIV:n saanut voi näyttää terveeltä	92,4	61,2	76,2	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Kuvio 6.3.1. Kaikkiin viiteen HIV-tietoisuuskysymykseen (UNGASS) oikein vastanneiden osuus sukupuolittain (%).

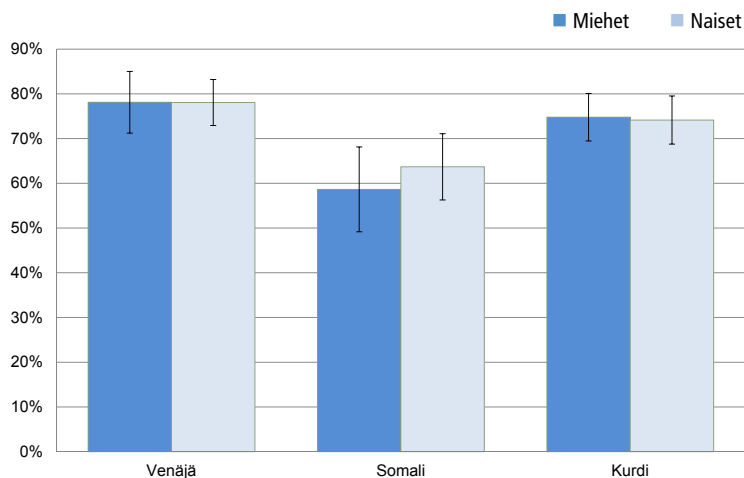


Taulukko 6.3.2. HIV-tietoisuuskysymyksiin (UNGASS) oikein vastanneet sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Kaikkiin viiteen kysymykseen oikein vastanneet	39,8	44,4	0,388	14,4	9,0	0,174	12,8	14,5	0,607	<0,001	<0,001
Kondomin käyttö estää HIV:n tarttumisen	89,7	90,5	0,789	59,0	52,4	0,300	55,4	55,3	0,987	<0,001	<0,001
Yksi uskollinen seksikumppani, jolla ei HIV-infektiota, estää HIV:n tarttumisen	89,9	82,5	0,049	83,1	86,9	0,399	86,4	80,7	0,106	0,363	0,297
HIV ei tartu ruokailuvälineiden tai ruuan välityksellä	89,1	90,5	0,670	68,2	64,9	0,580	62,6	55,5	0,115	<0,001	<0,001
HIV ei tartu hyönteisen pistosta	54,1	63,0	0,092	36,7	26,4	0,077	20,5	22,7	0,565	<0,001	<0,001
HIV:n saanut voi näyttää terveeltä	94,2	91,4	0,346	68,0	56,4	0,063	78,1	73,8	0,279	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 6.3.2. Tietoisuus HIV:n hoitomahdollisuuksista sukupuolittain (%).



Pohdinta

Tulokset viittaavat siihen, että maahanmuuttajataustaiset eivät saa HIV:stä riittävästi terveysneuvontaa Suomessa. Maahanmuuttajataustaisten infektioautien ehkäisyssä tarvittaisiin seulojen ja rokotusten rinnalle laajempaa terveysneuvontaa. Parantamalla infektioautitietoutta voitaisiin lisätä maahanmuuttajataustaisten mahdollisuuksia suojautua tartunnoilta, hakeutumista testiin ja hoitoon sekä todennäköisesti myös vähennettäisiin tartunnan saaneisiin kohdistuvia pelkoja ja stigmaa.

Lähteet

- UNAIDS. Country Progress Report Russia. 2006. Saatavilla: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_russianfederation_en.pdf
- UNAIDS. Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes. 2007. Saatavilla: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/JC1521_stigmatisation_en.pdf
- UNAIDS. Guidelines on construction of core indicators. 2009. Saatavilla: http://data.unaids.org/pub/manual/2009/jc1676_core_indicators_2009_en.pdf
- UNAIDS. Country Progress Report Iran. 2010. Saatavilla: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/iran_2010_country_progress_report_en.pdf
- UNAIDS. Country Progress Report Somalia. 2012. Saatavilla: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_SO_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_SO_Narrative_Report[1].pdf)

7 SUUN TERVEYS, SUUNHOITOTAVAT JA TYYTYVÄISYYS HOITOO

7.1 Suun terveydentila

Liisa Suominen, Nina Suontausta

- Kaikissa ryhmissä tutkittavilla oli keskimäärin selvästi enemmän omia hampaita kuin toimivan hampaiston vähimmäismääräksi määritellyt 20 hammasta.
- Kaikissa tutkituissa ryhmissä koettu suun terveys oli tutkimuskuntien 18–64-vuotiasta koko väestöä heikompi: somalialaistaisista noin joka kolmas ja venäläis- ja kurditaustaisista peräti joka toinen arvioi suun terveytensä keskitasoiseksi tai tätä heikommaksi.
- Hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana esiintyi 34–54 %:lla tutkituista, yleisimmin somalialaistaisilla naisilla.

Kansainvälisissä tutkimuksissa maahanmuuttajataustaisen väestön suun terveyden on havaittu olevan huomattavasti heikompi kuin koko väestössä (Chen 1995). Tämä liittyy sosioekonomisiin terveyseroihin, mitkä näyttävät olevan varsin pysyvä ilmiö myös suomalaisten aikuisten suun terveydessä. Poikkeuksena ovat latinotauksittaiset maahanmuuttajat Yhdysvalloissa, joiden suun terveys sekä suun terveyteen liittyvä elämänlaatu on parempi kuin kantaväestön tai muiden maahanmuuttajaryhmien, sosioekonomisesta asemasta huolimatta (Borrell 2008; Sanders 2011; Spolsky 2012). Useissa entisen Neuvostoliiton ja Itä-Euroopan maissa kariestilanne on ongelmallinen, kun taas kehitysmaissa kariestilanne on perinteisesti ollut suhteellisen hyvä vähäsokerisen ruokavalion ansiosta. Vaikka kariksen yleisyys länsimaissa ja erityisesti Pohjoismaissa on nopeasti alentunut, niin Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa on yhä selkeitä eroja lasten suun terveydessä maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä (Christensen ym. 2010; Skeie ym. 2006; Wendt 1999), mikä ennustaa terveyseroja myös tulevaisuudessa. Erityisesti äidin maahanmuuttajataustan on havaittu olevan riski lapsen suun terveydelle (Skeie 2006).

Tilastokeskuksen vuonna 2002 tekemässä Maahanmuuttajien elinolututkimuksessa havaittiin, että somalialaisilla on oman arvionsa mukaan yhtä hyvät hampaat kuin suomalaisilla. Huonohampaisten osuus molemmissa ryhmissä oli noin 7 %, kun taas venäläisistä joka viides ilmoitti hampaittensa terveydentilan huonoksi tai erittäin huonoksi. Kuitenkin somalialaiset olivat kärsineet hammassärystä jonkin verran venäläisiä, virolaisia ja vietnamilaisia useammin. Somalialaiset naiset kokivat suunsa ja hampaidensa terveydentilan selvästi somalialaismiehiä huonommaksi, kun taas venäläisillä ei ilmennyt sukupuolieroja hampaiden terveydentilassa. Suun ja

hampaiden terveys heikkenee iän myötä niin suomalaisessa kuin maahanmuuttajataustaisessa väestössäkin. (Pohjanpää ym. 2003.)

Menetelmät

Tutkimushoitaja kartoitti terveystarkastuksessa suun ja hampaiden terveydentilaa kysymällä tutkittavalta, oliko hänellä irrotettavia hammasproteeseja. Vastauksen ollessa kyllä, hoitaja arvioi niiden sijainnin, tyyppin, hygienian ja korjaustarpeen sen jälkeen, kun tutkittava oli ottanut hammasproteesit itse suustaan. Tämän jälkeen hoitaja laski suussa olevien hampaiden lukumäärän apunaan taskulamppu ja puulasta, tutkittavan ollessa istuvassa asennossa. Koettua suun terveydentilaa, hammassärkyä ja hammasproteesien olemassoloa selvitettiin haastattelun yhteydessä. Tutkittavaa pyydettiin arvioimaan, onko hänen hampaidensa kunto ja suunsa terveydentila hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono vai huono. Tutkittavalta kysyttiin erikseen, onko hänellä hammasproteesia. Lisäksi tutkittavalta kysyttiin, onko hänellä ollut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja. Hammassärkyä koskeva kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Suun tutkimusta ja suun terveydentilaa koskevia kysymysarjoja on käytetty Terveys 2000 ja 2011 -tutkimuksissa (Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012). Tutkimuskuntien 18–64-vuotiaan koko väestön aineistoa käytetään vertailukohtana niiden muuttujien osalta, joita on tutkittu vertailukelpoisesti ja raportoitu Terveys 2011 -tutkimuksessa.

Tulokset

Hampaiden keskimääräinen lukumäärä erosi vertailtavien ryhmien välillä (taulukko 7.1.1). Venäläis- ja kurditaustaisilla oli suussa viisaudenhampaat mukaan lukien keskimäärin 27 hammasta, mikä oli vähemmän kuin hampaiden keskimääräinen lukumäärä tutkimuskuntien 18–64-vuotiaassa koko väestössä (28 hammasta). Somalialaistaustaisilla oli keskimäärin 29 hammasta, mikä oli koko väestöä enemmän. Somalialaistaustaisten koko väestöä suurempaa hampaiden lukumäärää selittää todennäköisesti poistamattomien viisaudenhampaiden yleisyys. Sukupuolten välillä oli ero ainoastaan somalialaistaustaisten ryhmässä (taulukko 7.1.2), jossa miehillä oli keskimäärin 30 hammasta ja naisilla 28. Kaikissa ryhmissä hampaiden keskimääräinen lukumäärä pieneni iän myötä siten, että 45–64-vuotiaiden keskimääräinen hampaiden lukumäärä oli 24–28 hammasta.

Irrotettavien hammasproteesien yleisyys vaihteli ryhmien välillä (taulukko 7.1.1). Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä irrotettavia hammasproteeseja oli selvästi koko väestöä enemmän. Kurditaustaisilla oli irrotettavia hammasproteeseja neljä kertaa koko väestöä yleisemmin (16 % ja 4 %). Venäläis- ja somalialaistaustaisilla irrotettavia hammasproteeseja oli 8–11 %:lla tutkituista. Sukupuolten välil-

lä oli eroa ainoastaan somalialaistaustaisten ryhmässä (taulukko 7.1.2), jossa naisilla oli irrotettavia hammasproteeseja huomattavasti miehiä yleisemmin (13 % ja 3 %). Kliinisen tutkimuksen yhteydessä tarkastettuja, suussa olleita, irrotettavia hammasproteeseja oli haastattelun yhteydessä ilmoitettuja irrotettavia hammasproteeseja vähemmän: venäläis- ja kurditaustaisilla 7–8 % ja somalialaistaustaisilla 1 %. Tulosten ero selittyi sillä, että haastattelun osallistumisaktiivisuus oli terveystarkastusta korkeampi.

Myös koetun suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi arvioivien osuudet erosivat vertailtavien ryhmien välillä (taulukko 7.1.1, kuvio 7.1.1). Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä koettu suun terveys oli koko väestöä heikompi. Somalialaistaustaisista noin joka kolmas arvioi suun terveytensä keskitasoiseksi tai tätä heikommaksi, kun koko väestössä vastaavasti arvioi joka viides. Venäläis- ja kurdi-

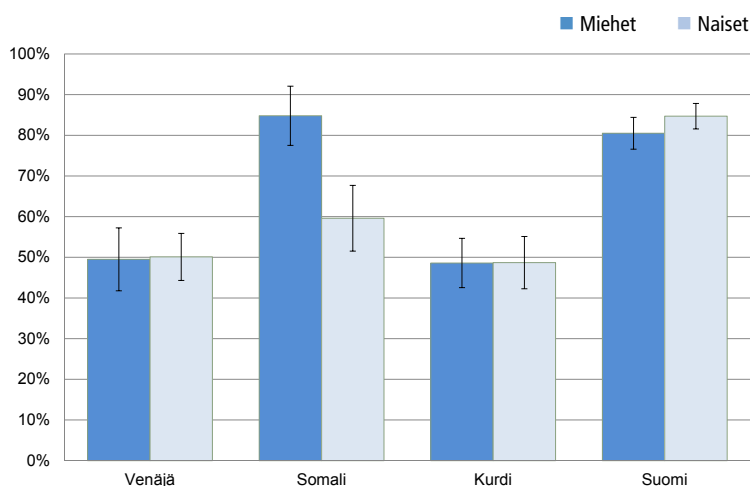
Taulukko 7.1.1. Suun terveydentila ja irrotettavat hammasproteesit¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Hampaiden lukumäärä (ka)	26,9	28,5	26,6	27,7	<0,001	0,008	0,001	<0,001
Irrotettavia hammasproteeseja (%)	10,8	8,3	16,4	4,2	<0,001	<0,001	0,007	<0,001
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä (%)	49,9	71,1	48,7	82,7	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Hammasrkyä ja/tai suuhun ja hammasiin liittyviä vaivoja (12 kk, %)	45,7	34,3	53,6	- ²	<0,001	- ²	- ²	- ²

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 7.1.1. Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus sukupuolittain (%).



Taulukko 7.1.2. Suun terveydentila ja irrotettavat hammasproteesit sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Hampaiden lukumäärä (ka)	27,2	26,7	0,288	29,5	27,9	<0,001	26,6	26,6	0,958	27,8	27,6	0,626
Irrotettavia hammasproteeseja (%)	8,3	11,9	0,193	2,5	12,9	0,002	15,9	17,0	0,781	4,3	4,0	0,825
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä (%)	49,5	50,1	0,916	84,8	59,6	<0,001	48,6	48,7	0,987	80,5	84,7	0,095
Hammassärkyä ja/tai suuhun ja hampaisiin liittyviä vaivoja (12 kk, %)	28,0	22,5	0,232	22,0	43,6	<0,001	32,0	27,8	0,327	.3	.3	.3
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet				Naiset							
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi				
Hampaiden lukumäärä	<0,001	0,142	<0,001	0,002	0,001	0,023	0,317	0,006				
Irrotettavia hammasproteeseja	<0,001	0,033	0,369	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä	<0,001	<0,001	0,360	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
Hammassärkyä ja/tai suuhun ja hampaisiin liittyviä vaivoja (12 kk)	<0,001	.3	.3	.3	0,001	.3	.3	.3				

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

taustaisista suun terveytensä keskitasoisiksi tai tätä heikommaksi arvioi peräti joka toinen. Sukupuolten välillä oli eroa ainoastaan somaliaistausten ryhmässä (taulukko 7.1.2), jossa miehet arvioivat suun terveytensä yhtä hyväksi kuin koko väestö (85 % ja 81 %), kun taas somaliaistaustaiset naiset arvioivat suun terveytensä selvästi koko väestöä heikommaksi (60 % ja 85 %). Kaikissa ryhmissä koettu suun terveys heikkeni iän myötä, ja 45–64-vuotiaista venäläis- ja kurditaustaisista vain joka kolmas arvioi suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Vastaavasti arvioi kaksi kolmasosaa 45–64-vuotiaista somaliaistaustaisista, mikä johtuu erityisesti somaliaistaustaisten miesten hyvästä koetusta suun terveydestä.

Hammassärkyä tai hampaisiin ja proteeseihin liittyviä vaivoja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana raportoineiden osuudet erosivat vertailtavien ryhmien välillä (taulukko 7.1.1). Kurditaustaisista yli puolet raportoi hammassärkyä ja vaivoja, venäläistaustaisista 46 % ja somaliaistaustaisista joka kolmas. Sukupuolten välillä

oli eroa ainoastaan somalialaistaustaisten ryhmässä (taulukko 7.1.2), jossa naiset raportoivat hammassärkyä ja vaivoja kaksi kertaa miehiä yleisemmin (44 % ja 22 %). Venäläistaustaisilla hammassärlyn ja vaivojen yleisyys ei vaihdellut iän mukaan, mutta somalialais- ja kurditaustaisilla särkyjä ja vaivoja esiintyi useammin vanhemmissa ikäryhmissä.

Pohdinta

Kaikissa ryhmissä tutkittavilla oli keskimäärin selvästi enemmän omia hampaita kuin Maailman terveysjärjestön (WHO) toimivan hampaiston vähimmäismääräksi määrittelemät 20 hammasta. Ryhmien välisistä hampaiden keskimääräisten lukumäärien eroista huolimatta hampaiden lukumäärän perusteella tutkittujen ryhmien suun terveys oli yhtä hyvä kuin koko väestöllä. Huomionarvoista kuitenkin on, että kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä irrotettavia hammasproteeseja oli selvästi enemmän ja koettu suun terveys oli huomattavasti heikompi kuin koko väestössä. Ristiriita ryhmien välisissä eroissa hammasproteesien yleisyyden ja hampaiden määrän välillä selittyyne sillä, että hampaiden määrää koskevat tiedot ovat terveystarkastuksesta, johon osallistumisaktiivisuus oli haastattelua alhaisempi.

Mikäli suun terveydessä on puutteita jo työiässä, ongelmat lisääntyvät iän myötä suun terveyden edelleen heikentyessä. Suun terveyspalveluiden tarve tulee todennäköisesti lisääntymään, kun nyt työiässä keskitasoiseksi tai tätä heikommaksi suun terveytensä arvioivat maahanmuuttajataustaiset ryhmät tulevat vanhuusikänsä.

Somalialaistaustaisten, ja heistä erityisesti miesten, hyvä koettu suun terveys vastaa myös Maahanmuuttajien elinolotutkimuksen tuloksia (Pohjanpää ym. 2003). Merkittävää on, että hyvästä koetusta suun terveydestä huolimatta somalialaistaustaisilla naisilla oli venäläis- ja kurditaustaisiin verrattuna eniten hammassärkyä ja suuhun ja hampaisiin liittyviä vaivoja. Aiempiin kansallisiin tutkimuksiin verrattuna hammaskipujen ja -särkyjen yleisyys tutkituissa ryhmissä vastaa suomalaista aikuisväestöä (Suominen-Taipale ym. 2005; 2004).

Kulttuuri itsessään voi olla suojaava tekijä myös suun terveydelle. Yhdysvalloissa latinotaustan on todettu olevan monien muiden asioiden ohella yhteydessä parempaan kliinisesti mitattuun suun terveyteen kuin muilla maahanmuuttajataustaisilla (Borrell & Crawford 2008). Latinotaustaiset raportoivat selvästi vähemmän suuhun ja hampaisiin liittyviä ongelmia kuin muut maahanmuuttajataustaiset (Sanders 2010). Tämä siitä huolimatta, että tällä ryhmällä oli huonompi sosioekonominen asema ja rajoitettu pääsy tarvittavaan hammashoittoon.

Suun sairaudet ovat pitkälle ehkäistäviä ja niillä on yhteisiä etiologisia tekijöitä muiden sairauksien kanssa (Sheiham & Watt 2000). Suun terveyttä määrittää lukuisa määrä suojaavia ja riskitekijöitä kuten ruokavalio, suuhygieniä, tupakointi ja alkoholin käyttö. Siksi käyttäytymis- ja ympäristötekijöillä ja näihin vaikuttavalla päätöksenteolla on suuri rooli palvelujen käytön lisäksi (Petersen 2005; Watt & Sheiham

2007). Tästä syystä myös suun terveyden edistämiseen liittyvää politiikkaa ja ohjelmia sekä palveluja tulisi järjestää suunnatusti huomioiden maahanmuuttajataustainen väestö ja kovinkin erilaiset ryhmät heidän joukossaan. Maahanmuuttajataustaiset ovat jokseenkin tuore asiakaskunta suomalaisessa suun terveydenhuollossa, eikä heitä tule unohtaa meneillään olevista uudistuksissa ja suunnitelmissa.

Maamu-aineisto tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden jatkaa venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisen väestön suun terveyden tutkimista. Tämän julkaisun ulkopuolelle jäävä tutkimusaineisto sisältää tietoa muun muassa kyseisten ryhmien kokemasta hammaslääkäripelosta ja hammaslääkäripalvelujen hakemisesta ulkomailta. Myös elintapojen kuten ruokavalion, tupakoinnin ja alkoholin käytön yhteyttä suun terveyteen on Maamu-aineiston pohjalta mahdollista tutkia.

Lähteet

- Borrell LN, Crawford ND. Social disparities in periodontitis among United States adults 1999–2004. *Community Dent Oral Epidemiology* 2008;36:383–391.
- Chen M. Oral health of disadvantage populations. Teoksessa: Cohen LK, Gist HC (toim.). *Disease prevention and oral health promotion: socio-dental sciences in action*. Copenhagen: Munksgaard; 1995.
- Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand* 2010;68:34–42.
- Heistaro S (toim.). *Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät*. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68*. Helsinki; 2012.
- Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries: international perspective. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:274–279.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. *Elinolot: 1*. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Sanders A. A latino advantage in oral health-related quality of life is modified by nativity status. *Soc Sci Med* 2010;71:205–211.
- Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:399–406.
- Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:103–113.
- Spolsky W, Marcus M, der-Martirosian C, Couler ID, Maida CA. Oral health status and the epidemiologic paradox within immigrant groups. *BMS Oral Health* 2012;121:39.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). *Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B16*. Helsinki; 2004.
- Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A ja suunterveyden työryhmä. *Suunterveys ja suunhoitotavat*. Teoksessa: Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). *Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustuloksia 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B7*. Helsinki; 2005.
- Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40:289–296.
- Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G. Oral health in preschool children living in Sweden. Part III – A longitudinal study. Risk analyses based on caries prevalence at 3 years of age and immigrant status. *Swed Dent J* 1999;23:17–25.

7.2 Hampaiden harjaus ja hammashoitopalvelut

Liisa Suominen, Nina Suontausta

- Suositusten mukaan vähintään kaksi kertaa päivässä hampaansa harjaavien osuudet olivat koko samanikäistä väestöä vastaavia tai parempia venäläis- ja somalialaistaustaisilla, mutta kurditaustaisista joka kolmas ilmoitti harjaavansa hampaansa suositusta harvemmin.
- Somalialais- ja kurditaustaisista huomattavasti koko samanikäistä väestöä suurempi osuus ei ollut käyttänyt hammashoitopalveluja edellisen viiden vuoden aikana tai koskaan. Kaikissa tutkituissa ryhmissä yli puolet arvioi tutkimushetkellä tarvitsevänsä hammashoitoa.
- Kurditaustaiset olivat venäläis- ja somalialaistaustaisia tyytymättömämpiä saamaansa hammashoitoon.

Maahanmuuttajien suun terveydenhuollon palveluiden käytöstä ja hoidon tarpeesta on vähän tietoa Suomessa. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että iäkkäät maahanmuuttajataustaiset (aasialaiset ja espanjalaiset) ovat vähemmän huolissaan hampaidensa säilymisestä ja arvostavat hampaitaan kantäväestöä vähemmän (Kiyak ym. 2002). Ikäihmisillä tehdyssä tutkimuksessa New Yorkissa todettiin, että maahanmuuttajataustaiset olivat tyytymättömämpiä saamaansa hammashoitoon kuin kantäväestö (Shelley ym. 2011). Vuonna 2006 toteutetussa Terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut -tutkimuksessa havaittiin, että maahanmuuttajilla on kantäväestöön verrattuna noin 70 % enemmän suun terveydenhuollon käyntejä terveyskeskuksissa (Gissler ym. 2006). Maahanmuuttajamiehillä käyntejä havaittiin olevan 58 % ja -naisilla 84 % enemmän kuin suomalaisväestöllä, tosin yksityishammaslääkärikäyntien ja kunnan yksityissektorilta ostamien palveluiden puuttuminen näistä luvuista saattaa osin selittää maahanmuuttajien ja kantäväestön välisiä eroja. Maahanmuuttajien suun terveyden hoitotavoista tai tyytyväisyydestä suun terveydenhoitoon ei Suomessa ole juurikaan tietoa.

Menetelmät

Suunhoitotapoja selvitettiin haastattelun yhteydessä kysymällä tutkittavalta, kuinka usein hän harjaa hampaitaan, käykö hän säännöllisesti hammaslääkärissä ja milloin hän oli viimeisimmän kerran hammashoidossa. Viimeisintä hammashoitokäyntiä koskeva kysymys sisältyi myös lyhtyhaastatteluun. Tyytyväisyyttä viimeisimpään hammaslääkärissäkäyntiin arvioitiin viiden väittämän (pääsin hoitoon riittävän nopeasti, sain riittävästi tietoa terveydentilastani, minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta, pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin, saamastani hoidosta oli minulle apua) avulla vastausvaihtoehtoina ”täysin sa-

maa mieltä”, ”osittain samaa mieltä” ja ”eri mieltä”. Lisäksi tyytyväisyyttä hoitoon raportoidaan tyytymättömyyden summapistemäärän avulla. Tyydyttymättömyyttä hammashoidon tarvetta katsottiin olevan niillä tutkittavilla, jotka arvioivat olevansa hammashoidon tarpeessa, mutta eivät olleet käyneet hammashoidossa edellisen 12 kuukauden aikana. Suunhoidon tarvetta ja hoitotyytyväisyyttä koskevia kysymyssarjoja on käytetty Terveys 2000 ja 2011 -tutkimuksissa (Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012). Tutkimuskuntien 18–64-vuotiaan koko väestön aineistoa käytetään vertailukohtana niiden muuttujien osalta, joita on tutkittu vertailukelpoisesti ja raportoitu Terveys 2011 -tutkimuksessa.

Tulokset

Suosittelusten mukaan vähintään kaksi kertaa päivässä hampaansa harjaavien osuudet vaihtelivat ryhmien välillä (taulukko 7.2.1). Peräti 99 % somalialaistaustaisista ilmoitti harjaavansa hampaansa vähintään kaksi kertaa päivässä, mikä oli selvästi koko samanikäistä väestöä enemmän (79 %). Venäläistaustaisilla suositusten mukaan harjaavien osuus (83 %) vastasi koko väestöä. Sen sijaan kurditaustaisista vähintään kahdesti päivässä harjaavien osuus (70 %) oli koko väestöä pienempi. Kaikissa ryhmissä suositusten mukaan harjaavien osuus vaihteli sukupuolen mukaan (taulukko 7.2.2): koko väestön tapaan venäläis- ja kurditaustaiset naiset harjasivat miehiä ahkerammin, kun taas somalialaistaustaisissa miehet harjasivat naisia ahkerammin.

Viimeksi yli viisi vuotta sitten tai ei koskaan hammashoidossa käyneiden osuudet vaihtelivat ryhmien välillä (taulukko 7.2.1). Venäläistaustaisten osuus (6 %) vastasi koko samanikäistä väestöä (4 %), mutta somalialais- ja kurditaustaisista huomattavasti koko väestöä suurempi osuus ei ollut käyttänyt hammashoitopalveluja edellisen viiden vuoden aikana tai koskaan (16 % ja 8 %). Kaikissa ryhmissä miesten osuus oli suurempi kuin naisten (taulukko 7.2.2, kuvio 7.2.1). Joka viides somalialaistaustainen mies ei ollut käyttänyt hammashoitopalveluja edellisen viiden vuoden aikana tai koskaan. Venäläistaustaisilla hammashoitopalvelujen käyttö vaihteli iän mu-

Taulukko 7.2.1. Suunhoitotavat ja hoidon tarve (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä	83,1	98,5	70,3	79,2	<0,001	0,115	<0,001	0,001
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet	5,9	15,9	8,4	4,2	<0,001	0,141	<0,001	0,001
Koettu hammashoidon tarve	51,7	56,3	64,8	– ²	0,001	– ²	– ²	– ²
Tyydyttymättömän hammashoidon tarve	24,5	33,5	30,2	– ²	0,033	– ²	– ²	– ²

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

kaan siten, että 45–64-vuotiaista useampi ei ollut käyttänyt hammashoitopalveluja edellisen viiden vuoden aikana tai koskaan kuin nuoremmissa ikäryhmissä.

Tutkimushetkellä arvioitu hammashoidon tarve vaihteli ryhmien välillä (taulukko 7.2.1), ja kaikissa tutkituissa ryhmissä yli puolet arvioi tarvitsevansa hammashoitoa. Kurditaustaiset arvioivat tarvitsevansa hammashoitoa useammin (65 %) kuin somalialais- (56 %) tai venäläistaustaiset (52 %). Sukupuolten välillä oli eroa ainoastaan somalialaistaustaisten ryhmässä (taulukko 7.2.2, kuvio 7.2.2), jossa naiset arvioivat tarvitsevansa hammashoitoa selvästi miehiä useammin. Venäläistaustaisilla hammashoidon tarve näytti hieman kasvavan iän myötä. Myös tyydyttymättömän hammashoidon tarve vaihteli ryhmien välillä (taulukko 7.2.1). Somalialaistaustaisilla todettiin tyydyttymättömän hoidon tarvetta useammin (34 %) kuin kurdi- (30 %) ja venäläistaustaisilla (25 %). Sukupuolten välillä oli ero ainoastaan somalialaistaustaisten ryhmässä (taulukko 7.2.2), jossa naisista enemmän kuin kahdella kolmasosalla oli tyydyttämöntä hammashoidon tarvetta.

Taulukko 7.2.2. Suunhoitotavat ja hoidon tarve sukupuolittain (%¹).

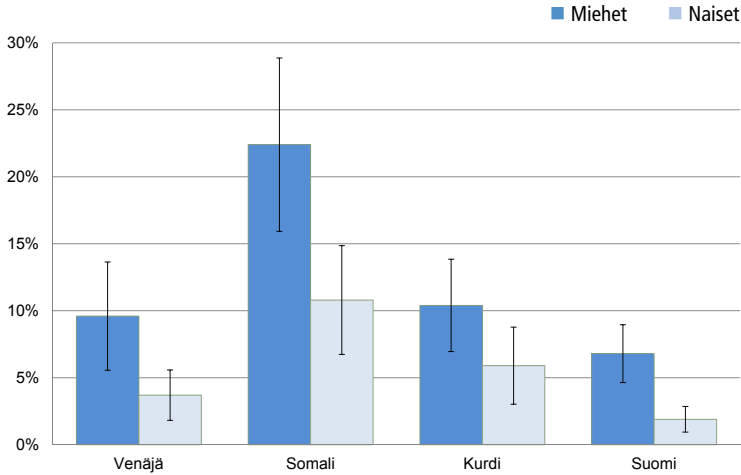
	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä	72,9	88,6	<0,001	99,8	97,3	0,015	62,9	80,2	<0,001	70,9	87,1	<0,001
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet	9,6	3,7	0,005	22,4	10,8	0,003	10,4	5,9	0,057	6,8	1,9	<0,001
Koettu hammashoidon tarve	50,3	52,5	0,667	40,8	69,7	<0,001	62,9	67,3	0,323	. ³	. ³	. ³
Tyydyttymätön hammashoidon tarve	28,0	22,5	0,232	22,0	43,6	<0,001	32,0	27,8	0,327	. ³	. ³	. ³
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi				
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä	0,001	0,925	<0,001	0,015	0,001	0,503	0,002	0,119				
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet	<0,001	0,207	<0,001	0,080	<0,001	0,069	<0,001	0,001				
Koettu hammashoidon tarve	<0,001	. ³	. ³	. ³	<0,001	. ³	. ³	. ³				
Tyydyttymätön hammashoidon tarve	0,143	. ³	. ³	. ³	<0,001	. ³	. ³	. ³				

¹ Luvut ikävakiotuja

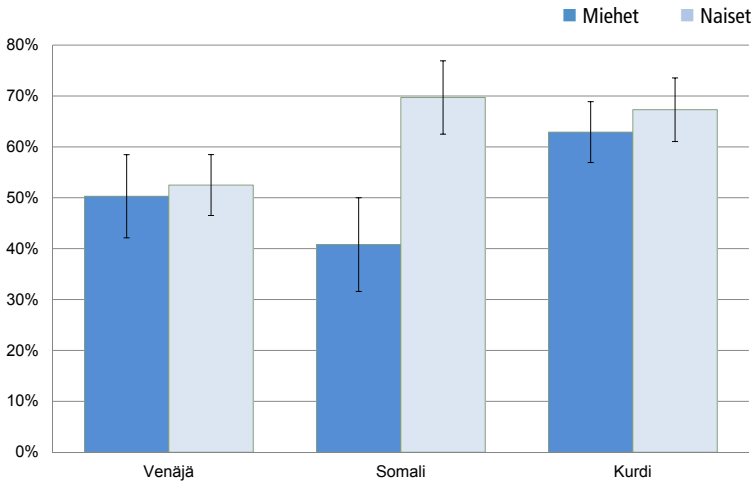
² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 7.2.1. Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneiden osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 7.2.2. Hammashoidon tarvetta kokevien osuus sukupuolittain (%).



Kaikissa tutkituissa ryhmissä 70–75 % tutkituista arvioi päässeensä hammashoittoon riittävän nopeasti (taulukko 7.2.3). Tiedonsaannin suunsa terveydentilasta koki riittämättömäksi joka viides venäläis- ja somalialaistaustainen ja joka kolmas kurditaustainen. Vastaavalla tavalla myös kuuntelemista ja hoitohenkilökunnan osoittamaa kiinnostusta koskevassa väittämässä kurditaustaiset olivat venäläis- ja somalialaistaustaisia tyytymättömpiä. Kaikissa ryhmissä hoitoaan koskeviin päätöksiin vaihtamisen mahdollisuuksiin oli tyytyväisiä 66–76 %. Hoidosta saatuun apuun olivat tyytyväisimpiä venäläistaustaiset (84 %) ja vähiten tyytyväisiä kurditaustaiset (70 %). Missään ryhmässä tyytyväisyydessä ei ollut eroja sukupuolten välillä (taulukko 7.2.4).

Taulukko 7.2.3. Tyytyväisyys hammaslääkärikäynteihin Suomessa¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	72,7	75,1	70,2	0,627
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	80,7	79,7	70,1	0,030
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	83,6	80,0	72,3	0,024
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	65,7	76,2	67,5	0,138
Saamastani hoidosta oli minulle apua (%)	83,5	76,5	69,7	0,006
Tyytymättömyys hammaslääkärikäyntiin (summapistemäärä, ka)	6,6	6,5	7,3	0,013

¹ Luvut ikävakioitujaTaulukko 7.2.4. Tyytyväisyys hammaslääkärikäynteihin Suomessa sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	67,2	75,3	0,224	81,5	71,2	0,240	67,1	73,6	0,277	0,164	0,715
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	79,8	81,1	0,821	83,4	77,5	0,479	67,9	72,5	0,452	0,110	0,267
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	88,0	81,5	0,250	79,0	80,6	0,848	71,7	73,0	0,825	0,081	0,221
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	71,9	62,7	0,200	72,6	78,4	0,513	63,5	71,8	0,184	0,421	0,072
Saamastani hoidosta oli minulle apua (%)	88,5	81,1	0,193	78,9	75,1	0,674	66,9	72,6	0,349	0,017	0,199
Tyytymättömyys hammaslääkärikäyntiin (summapistemäärä, ka)	6,5	6,7	0,510	6,4	6,6	0,708	7,5	7,1	0,369	0,021	0,325

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Pohdinta

Riittävällä ja suositusten mukaisella hampaiden harjauksella täytyy olla positiivisia vaikutuksia hammasterveyteen siitäkin huolimatta, että maahanmuuttajataustaiset eivät välttämättä käytä fluorihammastahnaa yhtä usein kuin kantäväestö, kuten on raportoitu Iso-Britanniassa (Dhawan & Bedi 2001). Somalialaistaustaisten ahkera hampaiden harjaaminen selittyy osittain sillä, että suun peseminen kuuluu rukouksen yhteydessä tehtävään peseytymiseen. On hyvin mahdollista, että uskonnollisista syistä tehtyyn hampaiden pesuun ei liity fluorihammastahnan käyttöä tai riittävää

hampaiden harjausta. Erityisesti kurditaustaisten miesten vähäiseen hampaiden harjaamiseen on syytä kiinnittää huomiota kuntien suun terveydenhuollossa.

Somalialais- ja kurditaustaisista huomattavasti koko samanikäistä väestöä suurempi osuus näyttää jääneen hammashoitopalvelujen ulkopuolelle. Lisäksi kaikissa ryhmissä enemmän kuin puolet tutkittavista arvioi tutkimushetkellä olevansa hammashoidon tarpeessa, ja peräti kaksi kolmasosaa somalialais- ja kurditaustaisista naisista arvioi olevansa hammashoidon tarpeessa. Myös aiempiin kansallisiin tutkimuksiin verrattuna maahanmuuttajataustaiset raportoivat enemmän hammashoidon tarvetta kuin suomalaiset aikuiset (Suominen-Taipale ym. 2004; 2005). Hammashoitopalvelujen ulkopuolelle jääminen ja korkea hammashoidon tarve voi selittyä sillä, että maahanmuuttajataustaisella väestöllä on koko väestöön verrattuna enemmän esteitä hoitoon hakeutumisessa ja heiltä puuttuu tietoa suun terveydenhuollonpalveluista ja niiden käytöstä. Suun terveydenhuollonpalveluihin ohjaamiseen on syytä kiinnittää huomiota etenkin niissä kunnissa, joissa näiden maahanmuuttajataustaisen ryhmien osuus on suuri.

Tässä julkaisussa koko väestön vertailutietoina käytetään Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksia tutkimuskuntien 18–64-vuotiasta koko väestöstä. On syytä huomioida, että tutkimuskuntien 18–64-vuotiaan koko väestön suun terveydentila ja suun terveydenhuollon palveluiden käyttö eroaa jossain määrin koko suomalaisesta väestöstä. Suurissa kaupungeissa asuvien suomalaisten suun terveys on parempi kuin muualla asuvien, ja palveluja on tarjolla enemmän ja monipuolisemmin kuin muualla Suomessa. Esimerkiksi koko suomalaisessa väestössä heidän osuus, jotka eivät ole käyneet hammashoidossa edeltävän viiden vuoden aikana tai koskaan on suurempi kuin tutkimuskuntien 18–64-vuotiasta koko väestöstä (Suominen-Taipale ym. 2004; 2005) ja vastaa keskimäärin suun terveydenhuollon palveluiden ulkopuolelle jääneiden somalialaistaustaisten naisten osuutta (11 %).

Venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset ovat varsin tyytyväisiä Suomessa saamiinsa suun terveydenhuollon palveluihin. Tämä siitä huolimatta, että he raportoivat runsaasti hoidon tarvetta ja noin kolmaosalla arvioitiin olevan myös tyydyttymättömyyttä hoidon tarvetta. Erityisesti somalialaistaustaisilla tyytyväisyyden ja koettujen palvelutarpeiden välinen epäsuhta on havaittu myös muiden ilmiöiden kuten koetun terveyden ja tyydyttymättömän hoidon tarpeen kohdalla (ks. luvut 4.1 ja 14.3). On mielenkiintoista, että osa koetun suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi arvioineista somalialaistaustaisista kuitenkin arvioi olevansa hammashoidon tarpeessa. Venäläis- ja kurditaustaisilla koettu suun terveys, hammassärkyjen ja vaivojen esiintyminen ja itsearvioitu hoidon tarve näyttäisivät olevan enemmän linjassa keskenään.

Kulttuurisen sopeutumisen myötä terveyserojen voi olettaa vähentyvän, mutta sopeutuminen voi olla myös riski terveydelle, jos omaksutaan uusia epäterveellisiä elintapoja. Tämä koskee erityisesti suun sairauksia, jotka ovat pitkälle hankittuja. Kulttuurisen sopeutumisen yhteyttä suun terveyteen on selvitetty vasta vähän. Norjalaisia ja tanskalaisia tuloksia sisältäneen tuoreen katsauksen mukaan kulttuurinen sopeutuminen on yhteydessä sekä hammashoitopalvelujen käyttöön että parempaan

suun terveyteen, joskin parempi suun terveys ei välttämättä liity palvelujen käyttöön (Gao & Mc Grath 2011).

Lähteet

- Dhawan N, Bedi R. Transcultural oral health care. The oral health of minority ethnic groups in the United Kingdom – a review. *Dent Update* 2001;28:30–34.
- Gao X-L, McCrath C. A review on the oral health impacts of acculturation. *J Immigrant Minority Health* 2011;13:203–213.
- Gissler M, Malin M, Matveinen P. Terveystenhuollon palvelut ja sosiaalihoollon laitospalvelut. Teoksessa: Gissler M, Malin M, Matveinen P, Sarvimäki M, Kangasharju A (toim.). Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus: 296. Helsinki: Työministeriö; 2006.
- Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- Kiyak HA, Kamoh A, Persson RE, Persson GR. Ethnicity and oral health in community-dwelling older adults. *Gen Dent* 2002;50:513–518.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Shelley D, Rusell S, Parikh NS, Fahs M. Ethnic disparities in self-reported oral health status and access to care among older adults in NYC. *J Urban Health* 2011;88:651–662.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisen aikuisen suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B16. Helsinki; 2004.
- Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A ja suunterveyden työryhmä. Suunterveys ja suunhoitotavat. Teoksessa: Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustuloksia 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B7. Helsinki; 2005.

8 LISÄÄNTYMISTERVEYS

8.1 Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys

Päivikki Koponen, Reija Klemetti, Heljä-Marja Surcel, Mulki Mölsä, Mika Gissler, Anneli Weiste-Paakkanen

- Luotettavien raskauden ehkäisymenetelmien käyttö oli vähäistä venäläistäustaisilla ja erityisen harvinaista somalialaistaustaisilla naisilla.
- Spontaanit raskauden keskenmenot olivat yleisiä erityisesti somalialaistaustaisilla naisilla.
- Raskauden keskeytykset olivat yleisiä venäläistäustaisilla naisilla.

Lisääntymisterveyteen liittyy suuria kulttuurisia eroja. Näihin vaikuttavat muun muassa erot naisten sosiaalisessa asemassa ja sukupuolten välisissä suhteissa (Malin 2011). Erityisesti moraaliset, uskonnolliset ja terveyteen liittyvät tulkinnat eroavat suhtautumisessa lasten hankintaan, raskauden keskeytyksiin ja ehkäisymenetelmiin (Väestöliitto 2006). Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveyttä ja erityisesti perinataaliterveyttä on tutkittu sekä kansainvälisesti (Gagnon ym. 2009) että Suomessa erilaisiin rekisteritietolähteisiin perustuen (Syntyneiden lasten rekisteri, Raskauden keskeytysrekisteri). Tutkimuksissa on todettu selkeitä eroja eri maahanmuuttajaryhmien ja kantaväestön välillä (Malin & Gissler 2008; Malin & Gissler 2009; Malin 2011; Small ym. 2008).

Somalialais- ja venäläistäustaisten naisten lisääntymisterveydestä on joitakin sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia. Lisäksi heidän erityistilanteensa nousevat esiin edellä mainituissa rekisteritutkimuksissa. Sen sijaan kurditaustaisten naisten lisääntymisterveydestä on erittäin vähän aiempaa tietoa. Rekisteritietojen perusteella somalialaistaustaisilla raskauden keskeytykset ja teiniraskaudet ovat harvinaisia, mutta heillä on paljon keisarileikkaussynnytyksiä ja korkea perinataalikuolleisuus (Malin & Gissler 2008; Malin & Gissler 2009; Small ym. 2008). Tutkimuksessa somalialaistaustaisten naisten ja miesten käsityksistä ja asenteista raskauden ehkäisyyn todettiin, että yli puolet miehistä vältti kondomin käyttöä ja vastusti naisten raskauden ehkäisymenetelmien käyttöä (Degni ym. 2008). Somalialaistaustaisista naisissa olevista naisista alle kolmasosa käytti raskauden ehkäisymenetelmiä ja valinta niiden käyttämisestä liittyi uskonnollisiin ja parisuhteeseen liittyviin tekijöihin (Degni ym. 2006).

Venäläistäustaustaisilla naisilla abortit ovat yleisempiä kuin suomalaisnaisilla keskimäärin (Malin & Gissler 2008). Pietarissa tehty väestötutkimus osoitti, että luotettavaa ehkäisymenetelmää (kondomi, ehkäisytabletit tai kierukka) käytti viimei-

simässä yhdynnässä vain puolet naisista, yleisin ehkäisymenetelmä oli kondomi. Keskeytysten yleisyys oli yhteydessä vähäiseen raskauden ehkäisymenetelmien käyttöön (Regushevskaya 2009; Regushevskaya ym. 2009a; 2009b).

Menetelmät

Lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset esitettiin haastattelussa pääsääntöisesti täysin samassa muodossa kuin aiemmissa suomalaisissa väestötutkimuksissa (Terveys 2000 ja 2011, Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012). Vertailuaineistona käytettiin haastattelu- tai kyselytietoja Terveys 2011 -tutkimukseen Maamu-paikkakunnilla osallistuneilta 18–54-vuotiailta naisilta. Kysymykset kohdennettiin haastattelussa kaikille naisille, mutta varsinkin raskauden ehkäisyä ja lapsettomuutta koskevia kysymyksiä oli jäänyt kysymättä erityisesti somalialais- ja kurdiryhmien naimattomilta naisilta. Pääosin näitä naisten kysymyksiä esittivät naishaastattelijat tai, jos muilta osin haastattelijana toimi mieshenkilö, lisääntymisterveyden kysymykset esitti naispuolinen tutkimushoitaja terveystarkastuksen yhteydessä. Tutkimuksen pilottivaiheessa todettiin, että miehille lastenhankintaa, lapsettomuutta ja raskauden ehkäisyä koskevat kysymykset olivat hankalia, joten ne jäivät pois varsinaisesta tutkimuksesta. Tässä luvussa esitetään tuloksia seuraavista naisten lisääntymisterveyteen liittyvistä kysymyksistä: raskauden ehkäisymenetelmien käyttö, syntyneiden lasten määrä (kuinka monta lasta on synnyttänyt), keskenmenojen ja raskauden keskeytysten yleisyys ja määrä, sekä viimeisimmän (nuorimman lapsen) imetyksen kesto. Naisilta kysyttiin kuinka monta keskenmenoja ja raskauden keskeytystä heillä oli ollut. Haastattelihoitoa pyydettiin tarvittaessa tarkentamaan, että keskenmeno on alkanut yllättäen ja keskeytys aiheutettu lääkkeellä tai toimenpiteellä. Syntyneiden lasten määrään neuvottiin laskettavan myös kuolleena syntyneet, keisarileikkaukset ja tavalliset alatiesynnytykset. Naisilta kysyttiin ensin, käyttääkö hän jotain menetelmää raskauden ehkäisyyn ja sen jälkeen tarkennettiin, mitä menetelmää hän on käyttänyt viime aikoina kumppaninsa kanssa. Ehkäisymenetelmiä voitiin kirjata useita. Ehkäisyä koskevat kysymykset esitettiin vain alle 55-vuotiaille naisille.

Tulokset

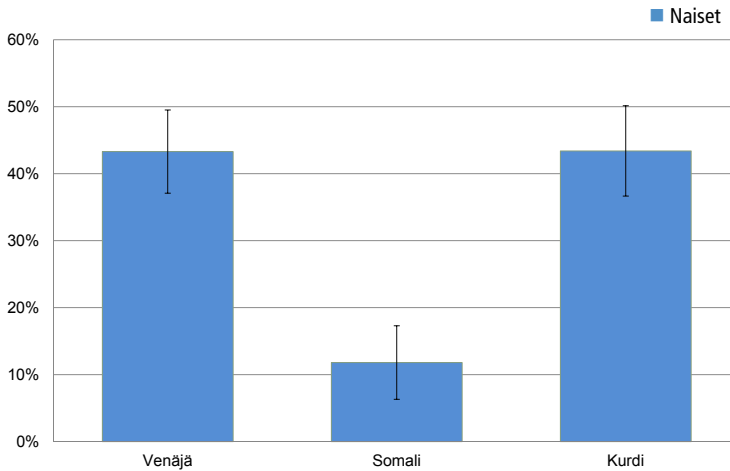
Noin 43 % venäläis- ja kurditaustaisista ja alle 12 % somalialaistaustaisista alle 55-vuotiaista naisista kertoi käyttävänsä nykyisin jotain menetelmää raskauden ehkäisyyn (taulukko 8.1.1, kuvio 8.1.1). Yli puolet 18–29-vuotiaista venäläistaustaisista ja 30–44-vuotiaista kurditaustaisista kertoi käyttävänsä raskauden ehkäisyä. Yksikään 45 vuotta täyttänyt somalialaistaustainen ei kertonut käyttävänsä raskauden ehkäisyä ja nuorimmistakin somalialaistaustaisista vain alle viidennes käytti raskauden ehkäisyä.

Taulukko 8.1.1. 18–54-vuotiaiden naisten käyttämät raskauden ehkäisymenetelmät (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Jokin ehkäisymenetelmä	43,4	11,8	43,4	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²
Ehkäisypilleri, -rengas tai -laastari	8,5	3,1	15,8	22,0	<0,001	<0,001	<0,001	0,094
Hormonikierukka tai tavallinen kierukka	10,5	4,7	13,4	21,3	<0,001	0,001	<0,001	0,024
Kondomi (kumppanin kanssa käytetty)	19,9	2,2	8,2	19,8	<0,001	0,978	<0,001	0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 8.1.1. Jotakin raskauden ehkäisymenetelmää käyttävien osuus 18–54-vuotiaista naisista (%).



Lähes kaikkien luotettavien raskauden ehkäisymenetelmien käyttö oli Maamu-tutkimukseen osallistuneilla naisilla selvästi harvinaisempaa kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa koko väestössä (taulukko 8.1.1). Vain venäläistaustaiset naiset kertoivat ehkäisymenetelmäkseen kondomin yhtä usein kuin koko samanikäisen väestön naiset (20 %), vaikka käyttivät muita luotettavia raskauden ehkäisymenetelmiä huomattavasti koko väestön naisia harvemmin. Kuitenkin nuorimmat venäläistaustaiset naiset käyttivät muita ikäryhmiä useammin hormoniehkäisyä. Somalialaistaustaisilla naisilla kaikki menetelmät olivat yhtä harvinaisia.

Somalialaistaustaisilla oli eniten syntyneitä lapsia. Alle 55-vuotiaat somalialaistaustaiset kertoivat synnyttäneensä keskimäärin 4,5 lasta ja kurditaustaiset 2,6 lasta, kun taas venäläistaustaiset lähes yhtä vähän kuin samanikäiset naiset tutkimuspaikkakunnilla keskimäärin (1,1 ja 1,0). 45 vuotta täyttäneillä somalialaistaustaisilla nai-

silla syntyneitä lapsia oli keskimäärin 8,2, kurditaustaisilla 4,3 ja venäläistaustaisilla 1,7.

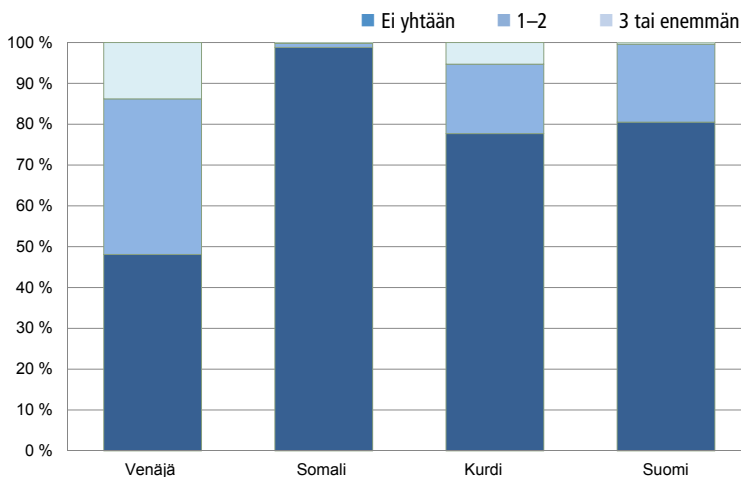
Kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä synnytykset ja spontaanit keskenmenot olivat yleisempiä kuin tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisen väestön naisilla (taulukko 8.1.2). Vain venäläistaustaisilla keskenmenojen yleisyys ei ollut merkittävästi suurempi kuin koko väestöllä. 45 vuotta täyttäneistä somaliaistaustaisista naisista jo yli puolet oli kokenut vähintään yhden keskenmenon. Raskauden keskeytykset olivat yli kaksinkertaisesti yleisempiä venäläis- kuin kurditaustaisilla tai koko samanikäisessä väestössä (52 %, 22 % ja 19 %). Somalialaistaustaisilla keskeytykset olivat harvinaisia (1 %), mutta voi olla mahdollista, ettei näitä aina ole raportoitu, koska keskeytyksiä ei ole yleisesti pidetty hyväksyttävänä. Venäläistaustaisilla keskeytykset olivat selvästi yleisimpiä 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä (77 %) ja myös tehtyjen keskeytysten lukumäärä oli heillä suurin: yli kolmannekselle oli tehty kolme tai useampia keskeytyksiä (kuvio 8.1.2).

Taulukko 8.1.2. Synnytyksen, keskenmenon tai raskauden keskeytyksen kokeneiden osuus 18–54-vuotiaista naisista (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Synnytys	69,0	84,5	80,9	57,5	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Keskenmeno	17,1	35,0	25,2	13,7	<0,001	0,248	<0,001	0,001
Raskauden keskeytys	52,1	1,2	22,1	19,2	<0,001	<0,001	<0,001	0,433

¹ Luvut ikävakioituja

Kuvio 8.1.2. Raskauden keskeytykset 18–54-vuotiailla naisilla (%).



Taulukko 8.1.3. Nuorimman lapsen imetyksen kesto kuukausina (ka¹).

VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
7,0	6,8	9,9	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä viimeisimmän (nuorimman) lapsen imetyksen keskiarvo oli yli puoli vuotta (taulukko 8.1.3). Terveys 2011 -tutkimuksesta ei ollut tähän raporttiin käytettävissä täysin vertailukelpoista tulosta imetyksen kestosta. Maamu-tutkimukseen osallistuneista pisin imetyksen kesto oli kurditaustaisilla naisilla, joilla imetyksen pituuden keskiarvoa nosti 45–64-vuotiaiden naisten pitkä imetysaika. Nuoremmissa ikäryhmissä imetyksen kesto oli kurditaustaisilla merkitsevästi lyhyempi kuin vanhimmilla (6,9 kk ja 12,0 kk). Vastaava ikäryhmien välinen ero näkyi somalialaistaustaisilla, mutta ei tilastollisesti merkitseväenä.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa todettu sekä venäläis- että somalialaistaustaisten naisten raskauden ehkäisymenetelmien käytön vähäisyys vastaa aiempia tutkimuksia (Degni ym. 2006; Degni ym. 2008; Regushevskaya 2009; Regushevskaya ym. 2009a; 2009b). Molemmista ryhmissä raskauden ehkäisyneuvontaan olisikin kiinnitettävä erityistä huomiota.

Somalialaistaustaisilla runsas synnytysten määrä ja tiuhaan toistuvat raskaudet ovat todennäköisesti syynä keskenmenojen yleisyyteen, jolloin tarvittaisiin neuvontaa lastenhankinnan ajoitukseen. Myös muut syyt keskenmenojen yleisyyteen somalialaistaustaisilla edellyttäisivät jatkotutkimuksia. Keskenmenojen yleisyyteen voivat olla yhteydessä muun muassa somalialaistaustaisten naisten ylipainon ja lihavuuden yleisyys (ks. luku 5.1) sekä erilaiset raskauskomplikaatiot (Gagnon ym. 2011). Venäläistaustaisilla keskeytysten yleisyys nostaa esiin tarpeen raskauden ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvontaan. Maamu-aineistossa ei ole tietoa siitä, onko keskeytyksiä tehty entisessä kotimaassa vai Suomessa. Suomessa tehtyjen eri maahanmuuttajaryhmien raskauden keskeytysten määrää olisi seurattava ja selvitettävä käyttämällä rekisteritietoja raskauden keskeytyksistä.

Kurditaustaisilla vähäinen kondomin käyttö voi olla myös huolestuttavaa, jos kumppaneita on useita ja yhdyntään liittyy tartuntatautiriski. Ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvonnan kehittämiseksi kaikista maahanmuuttajaryhmistä tarvitaan lisää tietoa sekä lastenhankintaan että raskauden ehkäisymenetelmien valintaan liittyvistä tiedoista ja käsityksistä. Maamu-tutkimusaineisto antaa mahdollisuuden

useisiin syventäviin tutkimuksiin lisääntymisterveyden ja muun terveyden ja hyvinvoinnin yhteyksistä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa vuosille 2007–2011 todettiin, että maahanmuuttajien ja pakolaisten kulttuuritaustan erityistarpeet tulisi huomioida seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa (STM 2007). Väestöliiton seksuaalipoliittinen ohjelma korostaa tarvetta kulttuurisensitiiviseen ja omakieliseen neuvontaan sekä maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen liittyvien erityistarpeiden huomioimiseen julkisen sektorin palveluissa (Väestöliitto 2006). Vaikka maahanmuuttajaryhmien välillä ja suhteessa suomalaisnaisiin on havaittu eroja ja todettu eri maahanmuuttajaryhmien palvelutarpeeseen liittyviä erityishaasteita, on yksilöllisten erojen huomioiminen tärkeää. Vuonna 2009 julkaistiin selvitys maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden nykytilanteesta ja toimintasuunnitelma palveluiden parantamiseksi (Apter ym. 2009). Siinä korostetaan, että pelkkä etnisyyden, kansalaisuuden tai uskonnon huomioon ottaminen ei riitä. Toimintasuunnitelma sisältää useita ehdotuksia muun muassa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien palvelujen ja neuvontamateriaalien sekä maahanmuuttajia työssään kohtaavien ammattilaisten koulutuksen kehittämiseksi.

Myös ”Imetyksen edistäminen Suomessa” -toimintaohjelmassa vuosille 2009–2012 (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009) todetaan Suomessa asuvien maahanmuuttajien imetyskäytäntöjä, terveydenhoidon ammattilaisten asenteita ja perheenjäsenten merkitystä koskevan tiedon tarve, jotta maahanmuuttajille kohdennettua imetysohjausta ja perhevalmennusta voidaan kehittää. Islamilaiseen terveyskulttuuriin kuuluu imetyksen arvostaminen, mutta somaliäidit luopuvat helposti imetyksestä tuen puutteen vuoksi (Akar & Tiilikainen 2009; Weiste-Paakkanen 2011). Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000 -tutkimuksessa (Uusitalo ym. 2012) kuusi kuukautta täyttäneistä lapsista 59 % oli imetettyjä ja noin vuoden iässä runsas kolmannes lapsista sai vielä äidinmaitoa. Maamu-tutkimuksessa ei ole tietoa, olivatko kaikki lapset syntyneet Suomessa ja onko imetys ollut täällä asuessa. Vaikka ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä vain kurditautaisilla, osoittaa imetysajan lyheneminen nuorimmissa ikäryhmissä sekä somalialais- että kurditautaisilla tarvetta kiinnittää huomiota imetysohjaukseen.

Jatkossa maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksiin onkin syytä sisällyttää kysymyksiä lisääntymisterveydestä, jotta tähän liittyvää seurantatietoa saadaan toimintaohjelmien arvioimiseksi ja palvelujen kehittämisen perusteeksi. Tämän aihepiirin kysymysten esittäminen edellyttää haastattelijoiden huolellista perehdyttämistä ja naishaastattelijoiden käyttöä ainakin somalialais- ja kurditautaisissa ryhmissä.

Lähteet

- Akar S, Tiilikainen M. Katsaus Islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Teoksessa: Lipsanen L (toim.). Väestötietosarja: 20. Helsinki: Väestöliitto; 2009.
- Apter D, Eskola M, Säävälä M, Kettu N. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma. Helsinki: Väestöliitto; 2009.
- Degni F, Koivusilta L, Ojanlatva A. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006;11:190–196.
- Degni F, Mazengo C, Vaskilampi T, Essén B. Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13:298–303.
- Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, ROAM Collaboration, Alexander S, Blondel B, Buitendijk S, Desmeules M, Di Lallo D, Gagnon A, Gissler M, Glazier R, Heaman M, Korfker D, Macfarlane A, Ng E, Roth C, Small R, Stewart D, Stray-Pederson B, Urquia M, Vangen S, Zeitlin J, Zimbeck M. Migration to Western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Soc Sci Med* 2009;69:934–946.
- Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chachamovich J, Bandyopadhyay M, Stray-Pedersen B, Stewart D, ROAM Collaboration. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011;25:575–592.
- Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Imetyksen edistäminen Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 32. Helsinki; 2009.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Malin M. Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveys vaatii erityishuomiota. *Suomen Lääkärilehti* 2011;44:3309–3314.
- Malin M, Gissler M. Induced abortions among immigrant women in Finland. *FJEM* 2008;3:2–12.
- Malin M, Gissler M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 2009;9:84.
- Raskauden keskeytysrekisteri. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tietoa/rekisteriselosteet/raskaudenkeskeytykset
- Regushevskaya E. Abortions and sexually transmitted infections among women in St. Petersburg in the early 2000s. Comparison by population-based surveys in Estonia and Finland. Academic dissertation. *Acta Universitatis Tamperensis*: 1450. Tampere; 2009.
- Regushevskaya E, Dubikaytis T, Laanpere M., Nikula M, Kuznetsova O, Haavio-Mannila E, Karro H, Hemminki E. Risk factors for induced abortions in St Petersburg, Estonia and Finland. Results from survey among reproductive age women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009a;14:176–186.
- Regushevskaya E, Dubikaytis T, Nikula M, Kuznetsova O, Hemminki E. Contraceptive use and abortion among women of reproductive age in St Petersburg, Russia. *PSRH* 2009b;41:51–58.
- Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier R, Haelterman E, Martens G, McDermott S, Urquia M, Vangen S. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG* 2008;115:1630–1640.
- STM. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu: 17. Helsinki; 2007.
- Syntyneiden lasten rekisteri. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheetain/rekisteriselosteet/syntyneet_lapset
- Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähdekorva S, Hakulinen-Viitanen T, Virtanen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 8. Helsinki; 2012.
- Väestöliitto. Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006.
- Weiste-Paakkanen A. Waxaa u bartay hooyaday waawa u muhiimnaaska caruurta. Äitini opetti, että rintamaito on tärkeää lapselle. Osallistava tutkimus auktoritatiivisen tiedon omaksumisesta somalikalulttuuritaustaisten naisten imetykäytännöissä. *Pro gradu*. Helsingin yliopisto; 2011.

8.2 Naisten ympärileikkaus

Päivikki Koponen, Mulki Mölsä

- Huomattava osa sekä somalialais- että kurditaustaisista naisista kertoi, että heille on tehty ympärileikkaus.
- Merkittävä osuus ympärileikatuista oli kokenut tästä aiheutuvia terveysongelmia.
- Ympärileikkausten vastaista neuvontatyötä tarvitaan aiempaa laajemmin myös muissa kuin somalialaistaustaisissa maahanmuuttajaryhmissä.

Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan kaikkia kulttuurisista tai muista ei-hoidollisista syistä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy naisten sukuelinten osittainen tai täydellinen poistaminen tai niiden vahingoittaminen jollain muulla tavalla (STM 2012). Tyttöjen ympärileikkaus on erityisesti afrikkalainen perinne, mutta ympärileikkauksia on raportoitu myös muissa Lähi-idän sekä Keski- ja Kaakkois-Aasian maissa, kuten Iranin ja Irakin kurdialueilla. Tyttöjen ympärileikkausten terveyshaitat riippuvat leikkauksen laajuudesta, käytetyistä välineistä, ympärileikkaajan taidoista sekä muista olosuhteista. Haittoja voivat olla muun muassa kuukautis- ja yhdyntäkivut, arpeutumisen jälkivaivat, krooniset virusinfektiot, virtsaamisongelmat, hedelmättömyys ja psykologiset ongelmat. Synnytykseen liittyviä ongelmia voivat olla esimerkiksi synnytyspelot, ponnistusvaiheen pitkittyminen, repeämät, turhat keisarileikkaukset sekä kroonisten infektioiden siirtyminen lapselle (WHO 2012).

Somalialaistaustaiset ovat olleet erityisenä kohderyhmänä Suomessa toteutetuissa hankkeissa tyttöjen ympärileikkausten vastustamiseksi. Vuonna 2004 tehtiin selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvistä asenteista ja aikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa. Se osoitti, että tyttöjen asenteissa oli tapahtunut huomattavaa muutosta ympärileikkauksen suhteen (Mölsä 2004). Norjassa on toteutettu ympärileikkauksen vastaista toimintaohjelmaa, jonka seurantaan liittyvässä Osllossa tehdyssä tutkimuksessa lähes kolmannes somalialaistaustaisista, useimmiten hiljattain maahan muuttaneista, kuitenkin kannatti ympärileikkauksen käytännön jatkamista (Gele ym. 2012).

Suomessa tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelmassa tavoitteiksi on asetettu muun muassa ympärileikkauksiin liittyviä terveyshaittoja koskevan tiedon lisääminen maahanmuuttajille (STM 2012). Lisäksi pidetään tärkeänä, että erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, poliisitoimessa ja vastaanottokeskuksissa työskentelevät tietävät ympärileikkauksiin liittyvät perusasiat. Toimintaohjelmassa todetaan myös tarve edistää aiheeseen liittyvää tutkimusta. Tutkimustietoa ympärileikkauksista tarvitaan myös ehkäisevän työn kohdentamiseksi sekä koulutus- ja muun materiaalin pohjaksi.

Menetelmät

Ympärileikkausta koskevat kysymykset suunniteltiin yhteistyössä aihepiiriin paneutuneen tutkijalääkärin (Mulki Mölsä) kanssa. Somalialais- ja kurditaustaisilta naisilta kysyttiin haastattelussa, onko heille tehty ympärileikkaus. Haastatteluun sisältyi kysymyksen esittämistä helpottamaan tarkoitettu asiaan johdatteleva lause ”Tiedetään, että somalien/kurdien keskuudessa tehdään tyttöjen ympärileikkauksia ja niillä voi olla vaikutusta naisten terveyteen.” Naisilta, jotka kertoivat, että heille on tehty ympärileikkaus, kysyttiin myös, onko heillä ollut ongelmia ympärileikkauksen vuoksi minkään raskauden tai synnytyksen aikana tai muita terveysongelmia. Muina terveysongelmina kysyttiin haluttomuutta synnyttää uudelleen synnytyksen vaikeuden vuoksi, tulehduksia, kipuja, vaikeuksia avioelämässä tai muita ongelmia. Pääosin kysymyksiä esittivät naishaastattelijat tai, jos muilta osin haastattelijana toimi mieshenkilö, ympärileikkausta koskevat kuten muutkin lisääntymisterveyden kysymykset esitti naispuolinen tutkimushoitaja terveystarkastuksen yhteydessä. Ympärileikkausta koskevat kysymykset olivat kuitenkin jääneet kysymättä muutamilta somalialais- ja kurditaustaisilta naisilta.

Tulokset

Lähes kolmannes kurditaustaisista ja noin seitsemän kymmenestä somalialaistaustaisista naisista kertoi, että heidät on ympärileikattu (taulukko 8.2.1, kuvio 8.2.1). Vaikka ympärileikkaukset olivatkin somalialaistaustaisilla sitä yleisempiä mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kysymys, myös nuorimmassa 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä yli puolet naisista kertoi, että heidät on ympärileikattu. Myös kurditaustaisilla noin neljännnes nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista oli ympärileikattu.

Noin neljännnes ympärileikatuista somalialaistaustaisista naisista ja hieman alle kolmannes kurditaustaisista ympärileikatuista naisista kertoi, että heillä oli ollut ainakin jotain ongelmia raskauden tai synnytyksen aikana tai muita terveysongelmia ympärileikkauksen vuoksi. Kaikista haastatelluista naisista jotain terveysongelmia oli ympärileikkauksen takia ollut noin 10 %:lla kurditaustaisista ja 17 %:lla somalialaistaustaisista naisista.

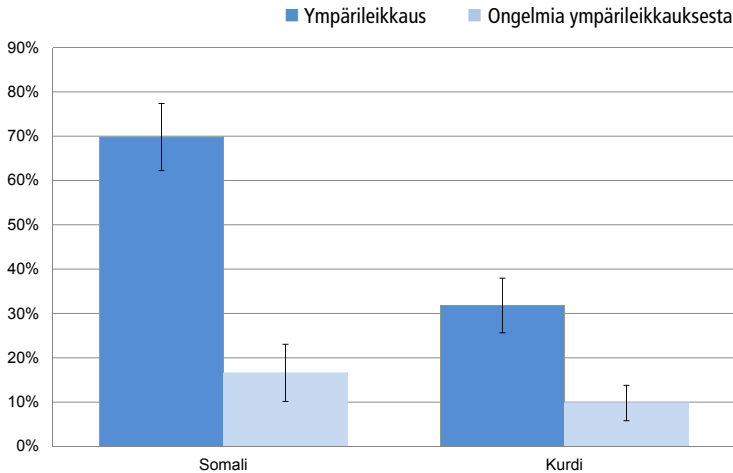
Tässä tutkimusaineistossa ympärileikkauksista aiheutuviin ongelmiin liittyviin kysymyksiin vastanneiden määrä oli niin pieni, ettei niiden perusteella voida päätellä mitään eri ongelmien yleisyydestä. Voidaan lähinnä todeta, että sekä raskauden ja synnytyksen aikaisia ongelmia että muita terveysongelmia raportoitiin lähes yhtä usein. Myös kaikkia kysymyksessä eriteltyjä muita ongelmia (haluttomuutta synnyttää uudestaan, tulehduksia, kipuja ja vaikeuksia avioelämässä) raportoivat sekä kurdi- että somalialaistaustaiset naiset.

Taulukko 8.2.1. Ympärileikkauksen ja siitä aiheutuvia ongelmia kokeneiden osuus naisista (%¹).

	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Ympärileikkaus	69,8	31,8	<0,001
Ongelmia ympärileikkauksesta	16,6	9,8	0,065

¹ Luvut ikävakioituja

Kuvio 8.2.1. Ympärileikkauksen ja siitä aiheutuvia ongelmia kokeneiden osuus naisista (%).



Pohdinta

Maamu-tutkimushaastatteluun ei voitu sen muun laajuuden vuoksi sisällyttää tarkempia kysymyksiä siitä, minkä ikäisenä ja missä ympärileikkaus oli tehty ja oliko se tehty jo ennen Suomeen muuttamista. Tulokset kuitenkin osoittavat, että ympärileikkaus oli varsin yleinen sekä somalialais- että kurditaustaisilla naisilla ja merkittävä osa heistä oli kokenut tästä aiheutuvia terveysongelmia. Tulokset ympärileikkauksen ja niistä aiheutuneiden terveysongelmien yleisyydestä voivat olla aliarvioita, sillä keskusteluissa (mm. kurdinkielisessä seminaarissa) on noussut esiin, ettei ympärileikkauksesta ole haluttu aina kertoa. Aliarvioepäilyjä vahvistaa myös se, että tietyistä Irakin kurdialueista tiedetään, että yli 70 %:lle naisista on tehty ympärileikkaus (Human Rights Watch 2011). Muutamia naisten haastatteluja teki mieshaastattelija, jolloin haastattelijan sukupuoli on voinut toimia esteenä ympärileikkauksen ja siihen liittyvien ongelmien raportoimiselle.

Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveyden edistämiseksi tarvitaan jatkossa seurantatietoa ja syventävää tutkimusta ympärileikkauksen yleisyydestä ja niistä aiheutuvista terveysongelmista Suomessa. Maamu-tutkimus osoittaa, että kysymyksiä voidaan esittää muun terveystutkimuksen tai -tarkastuksen yhteydessä, mutta se

edellyttää naishaastattelijoiden käyttöä ja heidän huolellista perehdyttämistä. Ympäristö- ja ihmiskäyttäytymisen vastainen neuvontatyö on edelleen ajankohtaista ja sitä tarvitaan aiempaa laajemmin myös muissa kuin somalialaistaustaisissa maahanmuuttajaryhmissä.

Lähteet

- Gele AA, Johansen EB, Hauge MI, Sundby J. When female circumcision comes to the West: attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health* 2012;12:697.
- Human Rights Watch. Iraq: Kurdistan: Law Banning FGM a Positive Step. 2011. Saatavilla: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4e37aac92.html>
- Mölsä M. Ajat ovat muuttuneet. Selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvistä asenteista ja aikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa. KoKoNainen-projekti. Ihmisoikeusliitto; 2004.
- STM. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu: 8. Helsinki; 2012.
- WHO. Female genital mutilation. 2012. Saatavilla: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en

9 MIELENTERVEYS

9.1 Psykkiset oireet

Anu E Castaneda, Riikka Lehtisalo, Carla Schubert, Antti Pakaslahti, Tapio Halla, Mulki Mölsä, Jaana Suvisaari

- Kurditaustaisista maahanmuuttajista 36 %:lla esiintyi ajankohtaisia vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita, mikä on huomattavan paljon verrattuna tutkimuspaikkakuntien samanikäisen koko väestön vajaan kymmeneen prosenttiin. Vakavia masennus- ja ahdistusoireita esiintyi kurditaustaisista naisilla enemmän kuin miehillä (50 % ja 25 %), mutta myös miehillä oireet olivat huomattavasti yleisempiä kuin miehillä koko väestössä keskimäärin (10 %).
- Joka neljännellä venäläistaustaisella naisella esiintyi vakavia masennus- ja ahdistusoireita, mikä on huomattavasti enemmän kuin naisilla koko samanikäisessä väestössä (8 %). Venäläistaustaisista naisista erityisesti vanhin ikäryhmä oireili psyykkisesti.
- Psykkinen hyvinvointi vaikuttaa keskeisesti yksilön kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Tästä syystä monikulttuurisuuden terveydenhuoltoon synnyttämien haasteiden tunnistaminen ja korjaaminen on äärimmäisen tärkeää.

Psykkinen hyvinvointi on yksi keskeisimmistä toimintakykyyn ja fyysiseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä (Prince ym. 2007). Kansainvälisten tutkimusten mukaan pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla on kantäväestöä enemmän mielenterveysoireita (Carta ym. 2005; Kirmayer ym. 2011). Muiden kuin pakolaisina maahan tulleiden maahanmuuttajien osalta on havaittu, että psykkinen oireilu on maahanmuuton jälkeen harvinaisempaa kuin kantäväestöllä, mutta ero kantäväestöön häviää maassaoloajan pidentyessä (Kirmayer ym. 2011). Mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä eri maissa vertailevissa tutkimuksissa on havaittu, että häiriöiden yleisyys vaihtelee eri kulttuureissa ja ikäryhmien välillä (Bromet ym. 2011). Esimerkiksi masennushäiriöt ovat useimmissa länsimaissa yleisimpiä nuorilla aikuisilla, mutta monissa kehittyvissä maissa ikääntyneillä.

Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyttä on tutkittu vasta hyvin vähän. Tilastokeskuksen toteuttamassa Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa havaittiin, että viimeisen kuukauden aikana koetut masennusoireet olivat yleisempiä kaikissa tutkituissa maahanmuuttajaryhmissä (venäläiset, virolaiset, somalialaiset, vietnamilaiset) kuin aiemmissa suomalaisissa tutkimuksissa oli todettu koko väestön osalta (Pohjanpää ym. 2003). Myös unettomuutta esiintyi maahanmuuttajilla enemmän kuin aiempien tutkimusten perusteella suomalaisessa väestössä, somalialaisia lukuun ottamatta. Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveydestä tarvitaan

kuitenkin tarkempaa tutkimustietoa kansallisen ja paikallisen päätöksenteon pohjaksi.

Menetelmät

Ajankohtaisten psyykkisten oireiden esiintyvyyttä tarkasteltiin terveystarkastuksen yhteydessä paperilomakkeelle täytettävällä Hopkins Symptom Checklist (HSCL, Derogatis ym. 1974) -menetelmän masennus- ja ahdistusoireita mittaavalla osiolla (HSCL-25), joka on arvioitu validiksi oiremittariksi useiden erilaisten kulttuurien edustajien keskuudessa (Hollifield ym. 2002). HSCL-25 sisältää 25 kysymystä erilaisen masennus- ja ahdistusoireiden esiintymisestä viimeisen viikon aikana. Kysymyksiin vastataan neliportaisella asteikolla (ei lainkaan, jonkin verran, melko paljon, erittäin paljon). Kysymyksistä muodostettiin alkuperäiseen vastauskaalaan (1–4) palautettu summapistemäärä, joka luokiteltiin kahdeksi niin, että vakavien masennus- ja ahdistusoireiden leikkauspisteeksi asetettiin yli 1,75 (Nettelbladt ym. 1993). Lisäksi yksittäisistä psyykkisistä oireista tarkempaan tarkasteluun valittiin ”alakuloisuus”, ”hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus” ja ”vaikeus nukahtaa tai unen katkonaisuus”. Nämä kolme kysymystä sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Maamutkimukseen osallistuneita verrataan tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneisiin 18–64-vuotiaisiin, joista käytetään nimitystä koko väestö.

Tulokset

Venäläis- ja kurditaustaisilla maahanmuuttajilla havaittiin vakavia masennus- ja ahdistusoireita huomattavasti enemmän kuin tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisessä väestössä (taulukko 9.1.1). Kun koko väestössä vakavia oireita havaittiin alle kymmeneksellä, oli niitä venäläistaustaisista lähes viidenneksellä ja kurditaustaisista jopa yli kolmanneksella. Somalialaistaustaisten vakavien masennus- ja ahdistusoireiden esiintyvyys ei eronnut koko väestön lukemasta. Yksittäisistä psyykkisistä oireista alakuloisuutta esiintyi myös somalialaistaustaisilla enemmän kuin koko samanikäisessä väestössä. Muutoin havainnot sekä alakuloisuudesta, hermostuneisuudesta että nukkumisvaikeuksista olivat samanlaisia kuin vakavissa masennus- ja ahdistusoireissa, eli venäläis- ja erityisesti kurditaustaisilla maahanmuuttajilla oireita esiintyi merkittävästi enemmän kuin koko väestössä.

Sukupuolten välisissä tarkasteluissa havaittiin, että kurditaustaisista maahanmuuttajista sekä miehillä että naisilla esiintyi sekä vakavia masennus- ja ahdistusoireita että kaikkia yksittäisiä oireita enemmän kuin koko samanikäisessä väestössä (taulukko 9.1.2). Venäläistaustaiset miehet eivät eronneet koko väestöstä, kun taas naisilla oireita esiintyi huomattavasti enemmän kuin naisilla koko väestössä. Somalialaistaustaisista naisilla esiintyi koko väestön naisia enemmän alakuloisuutta, mut-

ta muutoin kummankaan sukupuolen osalta ei esiintynyt eroja suhteessa koko väestön vastaaviin lukemiin.

Sukupuolieroja ryhmien sisällä tarkasteltaessa havaittiin, että venäläistaustaisista maahanmuuttajista naisilla esiintyi sekä vakavia masennus- ja ahdistusoireita että kaikkia yksittäisiä oireita enemmän kuin miehillä (taulukko 9.1.2, kuvio 9.1.1). Vakavia masennus- ja ahdistusoireita esiintyi venäläistaustaisista naisista jopa neljänneksellä. Kurditaustaisilla naisilla esiintyi miehiä enemmän sekä vakavia masennus- ja ahdistusoireita että alakuloisuutta ja hermostuneisuutta. Vakavia masennus- ja ahdistusoireita esiintyi naisista jopa puolella ja miehistäkin neljänneksellä. Nukkumis-

Taulukko 9.1.1. Psykkinen oireilu viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet	18,9	8,7	36,2	8,6	<0,001	<0,001	0,966	<0,001
Alakuloisuus	9,7	8,0	36,1	4,5	<0,001	<0,001	0,024	<0,001
Hermostuneisuus	14,9	5,4	28,7	7,5	<0,001	<0,001	0,190	<0,001
Nukkumisvaikeudet	20,1	12,9	28,6	13,2	<0,001	0,002	0,904	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 9.1.2. Psykkinen oireilu viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet	8,6	24,5	0,001	5,3	10,8	0,106	24,9	49,8	<0,001	10,0	7,5	0,222
Alakuloisuus	6,1	11,8	0,041	7,4	8,3	0,755	30,6	42,4	0,005	5,4	3,8	0,270
Hermostuneisuus	6,3	20,0	<0,001	4,6	5,9	0,569	23,4	34,7	0,004	7,8	7,3	0,800
Nukkumisvaikeudet	15,1	23,0	0,038	10,9	14,4	0,344	26,0	31,5	0,161	14,9	11,9	0,216
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet	<0,001	0,480	0,059	<0,001	<0,001	<0,001	0,136	<0,001	<0,001	0,136	<0,001	<0,001
Alakuloisuus	<0,001	0,936	0,649	<0,001	<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001
Hermostuneisuus	<0,001	0,516	0,155	<0,001	<0,001	<0,001	0,539	<0,001	<0,001	0,539	<0,001	<0,001
Nukkumisvaikeudet	0,001	0,921	0,192	0,005	<0,001	<0,001	0,327	<0,001	<0,001	0,327	<0,001	<0,001

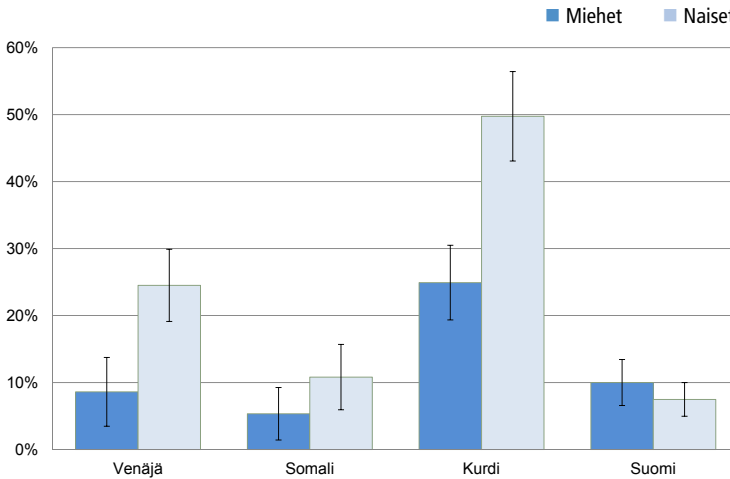
¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

vaikeuksia kurditaustaisilla miehillä ja naisilla esiintyi yhtä paljon. Somalialaistaisilla sukupuolten välistä eroa ei tullut esiin, mikä oli linjassa samanikäisen koko väestön tulosten kanssa.

Eryteisesti venäläistaustaisilla maahanmuuttajilla ajankohtaisten psyykkisten oireiden esiintyvyys oli yhteydessä ikään: 45–64-vuotiaista vakavia masennus- ja ahdistusoireita esiintyi 27 %:lla, 30–44-vuotiaista 16 %:lla ja 18–29-vuotiaista 11 %:lla. Suunta oli samanlainen myös yksittäisten oireiden osalta. Venäläistaustaisten sukupuoliero oli vahvimmillaan vanhimmissa ikäryhmässä, jossa naisista vakavia masennus- ja ahdistusoireita esiintyi jopa 34 %:lla, kun miehillä lukema oli vain 7 %. Kurditaustaisista ikäryhmien välinen ero tuli esiin ainoastaan alakuloisuuden osalta, jota vanhimalla 45–64-vuotiaiden ikäryhmällä esiintyi 44 %:lla, 30–44-vuotiaista 37 %:lla, ja 18–29-vuotiaista 26 %:lla. Kurditaustaisten sukupuoliero oli vahvimmillaan vanhemmissa ikäryhmissä sekä vakavien masennus- ja ahdistusoireiden että yksittäisten oireiden osalta. Esimerkiksi 45–64-vuotiaista vakavia masennus- ja ahdistusoireita oli naisista 56 %:lla, kun vastaava luku miehillä oli 22 %. Somalialaistaisilla ei esiintynyt ikäryhmien välisiä eroja.

Kuvio 9.1.1. Vakavista masennus- ja ahdistusoireista viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana kärsineiden osuus sukupuolittain (%).



Pohdinta

Ajankohtaisten vakavien masennus- ja ahdistusoireiden esiintymisessä erityisen huomionarvoista on kurditaustaisten maahanmuuttajien sekä venäläistaustaisten naisten yleisesti esiintyvät oireet. Erot koko samanikäisen väestön esiintyvyysslukemiin ovat todella merkittäviä. Lisäksi huomionarvoista on somalialaistaustaisten maahanmuuttajien oireiden esiintyvyyden yhtäläisyys koko väestön keskimääräisiin lukemiin, vaikka somalialaistaustaisten mielenterveyspalveluiden käyttö oli koko väestön lukemaa huomattavasti vähäisempää (ks. luku 9.3). Tämä saattaa kertoa tyydyttymättömistä mielenterveyspalvelujen tarpeista sekä vaikeudesta asianmukaisen hoidon saamisessa.

Kurditaustaisten maahanmuuttajien keskimääräistä yleisempi psyykinen oireilu on tullut esille myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Tagay ym. 2008; Taloyan ym. 2008). Psyykkisen oireilun yhtenä merkittävänä syynä lienee kurditaustaisten maahanmuuttajien yleiset traumakokemukset entisessä kotimaassa (ks. luku 9.2). Erityisen merkittävää oli tieto, että vakavien psyykkisten oireiden yleisyys jatkuu ajankohittaisena, vaikka maahanmuutosta ja traumatapahtumista on kulunut useita vuosia. Tämä kertoo todennäköisesti vaikeuksista saada asianmukaisia mielenterveyspalveluja. Hoidon tarpeen tunnistaminen saattaa olla perusterveydenhuollossa haasteellista, mikä uhkaa tarkoituksenmukaisten palvelujen saantia. Tämän lisäksi hoitoon liittyvät osittain kulttuurispesifitkin tekijät saattavat vaikuttaa hoidon tehokkuuteen. Psyykkisiä oireita saatetaan eri kulttuureissa kuvata hyvinkin eri tavoin (Miller ym. 2006), jolloin Suomessa tavallisesti käytössä olevat oiremittarit eivät välttämättä toimi samalla tavalla kuin kantäväestöä tutkittaessa. Toisaalta haasteena on, että traumakokemusten jälkeen psyykkiset oireet voivat olla niin sanotusti latenteja eli ”uinuvia”, kunnes ne jollain hetkellä aktivoituvat. Tällaisissa tapauksissa traumojen hoitoon ei ehkä pystytä vastaamaan kotoutumisaikana, vaan palvelujen tulee olla helposti saatavilla myös myöhemmin. Psyykkisiin häiriöihin liittyy myös usein muisti- ja keskittymisvaikeuksia, jotka voivat vaikeuttaa uuden kielen oppimista ja kulttuuriin sopeutumista, jotka nämä taas puolestaan entisestään vaikeuttavat mielenterveysongelmia.

Venäläistaustaisista vanhimman ikäryhmän naisilla esiintyi eniten vakavia masennus- ja ahdistusoireita. Samanlaisia tuloksia on saatu myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Mirsky ym. 2009). Tuloksessa pohdituttaa, onko naisilla suurempi riski sairastua mielenterveysongelmiin, suurempia vaikeuksia esimerkiksi uuteen maahan sopeutumisessa, vai onko heillä matalampi kynnyksen tunnistaa ja myöntää mielialaoireita. Nuoremmat maahanmuuttajat kenties kotiutuvat helpommin uuteen kulttuuriin ja omaksuvat nopeammin esimerkiksi uuden kielen. Lisäksi nuoremmalla ikäryhmän fyysisen terveydentilan havaittiin olevan parempi kuin vanhemmalla ikäryhmällä (ks. luvut 4 ja 5), mikä voi osaltaan vaikuttaa myös mielialaan. Myös tämän ryhmän psyykkisen hyvinvoinnin tila herättää joka tapauksessa huolta, ja sen syiden selvittäminen syvällisemmin on tärkeä jatkotutkimusten kohde.

Monikulttuurisuuden synnyttämien erityishaasteiden tunnistaminen ja korjaaminen on mielenterveydellisten palvelujen kohdalla äärimmäisen tärkeää. Terveyden-

huollon henkilöstö ja opiskelijat tarvitsevat koulutusta tunnistamaan ja hoitamaan asianmukaisesti hyvinkin erilaisin taustoin Suomeen muuttaneiden maahanmuuttajien mielenterveysongelmia. Terveystuollossa tarvittaneen myös erityisesti tietuille maahanmuuttajaryhmille räätälöityjä ratkaisuja. Monikulttuurisuuden mielenterveyspalveluille synnyttämiä haasteita pohditaan tarkemmin luvussa 9.3. Myös sosiaalisilla tekijöillä on vaikutusta mielenterveyteen, ja muun muassa syrjintä työmarkkinoilla ja koulutuksessa vaikeuttaa maahanmuuttajien tilannetta ja sitä kautta vahingoittaa myös psyykkistä hyvinvointia. Toisaalta terveydentilaan voisi vaikuttaa myönteisesti maahanmuuttajien työ- ja toimintamahdollisuuksia parantamalla. Samoin kaikinainen muu lisääntynyt kanssakäyminen maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä vaikuttaisi maahanmuuttajien terveydentilaa parantavasti.

Lähteet

- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demeynaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lépine JB, Levinson D, Matschinger H, Mora ME, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011;26:90.
- Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:13.
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974;19:1–15.
- Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, Stevenson J, Westermeyer J. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA* 2002;288:611–621.
- Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Hassan G, Rousseau C, Pottie K. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 2011;183:E959–967.
- Miller KE, Omidian P, Quraishy AS, Quraishy N, Nasiry MN, Nasiry S, Karyar NM, Yaqubi AA. The Afghan symptoms checklist: a culturally grounded approach to mental health assessment in a conflict zone. *Am J Orthopsychiatry* 2006;76:423–433.
- Mirsky J. Mental health implications of migration: a review of mental community studies on Russian-speaking immigrants in Israel. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:179–187.
- Nettelbladt P, Hansson L, Stefansson CG, Borgquist L, Nordström G. Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:130–133.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859–877.
- Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Brähler E, Snef W. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in Turkish-speaking patients in primary care. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58:155–161.
- Taloyan M, Sundquist J, Al-Windi A. The impact of ethnicity and self-reported health on psychological well-being: A comparative study of Kurdish-born and Swedish-born people. *Nord J Psychiatry* 2008;62:392–398.

9.2 Traumakokemukset

Anu E Castaneda, Carla Schubert, Riikka Lehtisalo, Antti Pakaslahti, Tapio Halla, Mulki Mölsä, Jaana Suvisaari

- Kurditaustaisista jopa 78 %, somalialaistaustaisista 57 % ja venäläistaustaisista 23 % oli kokenut jonkin merkittävän traumatapahtuman entisessä kotimaassaan. Kurdi- ja somalialaistaustaisten yleisimmät traumatapahtumat olivat sodan keskellä eläminen ja toisen ihmisen väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen. Venäläistaustaisilla niitä taas olivat vakavan fyysisen vahingon teon kohteeksi joutuminen ja toisen ihmisen väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen.
- Kurdi- ja venäläistaustaisista maahanmuuttajista miehet olivat kokeneet useimpia traumatapahtumia useammin kuin naiset. Somalialaistaustaisista maahanmuuttajista puolestaan naiset raportoivat kokeneensa useimpia traumatapahtumia yleisemmin kuin miehet.
- Entisessä kotimaassa koettujen traumatapahtumien tunnistamiseen ja asianmukaiseen hoitamiseen tulisi kiinnittää huomiota terveydenhuollossa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa kurditaustaisilla maahanmuuttajilla on havaittu kantaväestöä enemmän psyykkisiä oireita (Tagay ym. 2008; Taloyan ym. 2008), on niiden riskitekijöiksi todettu erityisesti traumatapahtumat ennen maahanmuuttoa, kuten eläminen sodan keskellä, väkivallan näkeminen ja kidutuskokemukset. Vakavan traumaattisiin kokemuksiin liittyvä tyypillinen psyykinen seuraus on post-traumaattinen stressioireyhtymä (Rothschild 2000). Tavallisia traumatisoitumisesta seuraavia oireita ovat esimerkiksi pakonomaiset ajatukset ja painajaisten näkeminen tapahtumasta, tapahtumasta muistuttavien tekijöiden aiheuttamat järkytksen tunne ja fyysiset oireet (mm. kiihtynyt syke, hikoilu, huimaus), nukkumisvaikeudet, krooniset pitkäaikaiset kiputilat, päänsärky, muisti- ja keskittymisvaikeudet, ahdistuneisuus, hermostuneisuus sekä säikkyminen. Traumaoireita voi esiintyä monenkin vuoden ajan traumatapahtuman jälkeen, ja toisinaan post-traumaattinen oirehdinta voi alkaa vasta pitkänkin ajan kuluttua traumatapahtumalle altistumisesta.

Pakolaiset ja osin myös muilla perusteilla Suomeen asettuneet maahanmuuttajat ovat usein asuneet entisessä kotimaassaan sodan keskellä tai muutoin epävakaassa tilanteessa, jolloin traumakokemukset ovat tavanomaista yleisempiä. Traumatisoituminen on kuitenkin monitahoinen paitsi fyysinen ja psyykinen myös kulttuurinen prosessi, jonka oireiden ilmiäisy on kulttuurisidonnaista (Kirmayer 2010). Länsimaisen kulttuuripiirin ulkopuolelta tulevat maahanmuuttajat voivat kokea traumaattisten tapahtumien vaikutukset eri tavoin kuin suomalainen väestö. Traumaattisten tapahtumien seuraukset voivat näyttäytyä eri kulttuuripiireissä esimerkiksi somaattisina tai epätyypillisinä oireina (Hinton & Lewis-Fernandez 2010). Psyykki-

set oireet voivat olla myös kulttuurisesti epäsuotuisia ja siksi aliraportoituja (Knifton ym. 2010).

Menetelmät

Entisessä kotimaassa koettuja traumaattisia tapahtumia kartoitettiin haastattelussa ensin kahdeksan erillisen kysymyksen avulla: ”Oletko kokenut seuraavia ikäviä asioita entisessä kotimaassasi: Joutunut keskelle sodan taistelua? Joutunut luonnonkatastrofin kuten maanjäristyksen, tulvan tai tulipalon uhriksi? Nähnyt jonkun väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen? Kokenut seksuaalista väkivaltaa? Ollut vakavan fyysisen hyökkäyksen tai vahingonteon kohteena? Ollut vangittuna tai kidnapattuna? Ollut kidutettuna? Kokenut jotain muuta kauheaa väkivaltaa?”. Tässä luvussa kysymyksiä tarkastellaan paitsi erillisinä traumatapahtumina, myös niistä muodostettuna yhdistettynä muuttujana ”kokenut jonkun traumatapahtuman”, joka kuvaa vähintään yhtä myönteistä vastausta edellä mainittuihin kysymyksiin. Kysymystä seksuaalisesta väkivallasta ei raportoida erikseen siihen liittyvien validiteettiongelmiensa vuoksi. Haastattelussa kartoitettiin lisäksi koko elämänaikaisia traumakokemuksia tavanomaisella psykiatrisessa diagnostiikassa käytetyllä post-traumaattisen stressioireyhtymän seulakysymyksellä.

Tulokset

Entisessä kotimaassa koettujen traumaattisten tapahtumien esiintyvyys erosi tutkittujen maahanmuuttajataustaisten ryhmien kesken voimakkaasti (taulukko 9.2.1). Kurditaustaisista maahanmuuttajista lähes neljä viidestä, somalialaistaustaisista lähes kolme viidestä ja venäläistaustaisista hieman yli yksi viidestä oli kokenut jonkun traumatapahtuman entisessä kotimaassaan. Tulokset olivat samansuuntaisia myös erillisten traumaattisten tapahtumien osalta. Kurditaustaisten kohdalla kaikkia traumatapahtumia voidaan kutsua suhteellisen yleisiksi, jopa kidutuksen kohteeksi joutumista, jota raportoi heistä jopa lähes neljännes. Somalialaistaustaisten osalta yleisimpiä traumatapahtumia olivat eläminen sodan keskellä ja toisen ihmisen väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen, joita heistä raportoi 38–41 %. Venäläistaustaisten yleisimpiä traumaattisia tapahtumia olivat toisen ihmisen väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen sekä vakavan fyysisen hyökkäyksen tai vahingonteon kohteeksi joutuminen, joita heistä raportoi 10–11 %.

Kurdi- ja venäläistaustaisista maahanmuuttajista miehet olivat kokeneet useimpia traumatapahtumia useammin kuin naiset, kun taas somalialaistaustaiset naiset raportoivat kokeneensa useimpia traumatapahtumia useammin kuin miehet (taulukko 9.2.2, kuvio 9.2.1). Erillisistä traumatapahtumista kurditaustaiset miehet olivat kokeneet naisia useammin väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkemistä, vakavaa fyysistä vahingontekoa, vangitsemista tai kidnappausta sekä kidutusta. Venäläis-

taustaiset naiset olivat miehiä useammin joutuneet kokemaan luonnonkatastrofin, mutta miehet olivat useammin nähneet väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen ja kokeneet vakavaa fyysistä vahingontekoa sekä vangitsemisen tai kidnappauksen. Somalialaistaustaiset miehet olivat kokeneet naisia useammin vangitsemisen tai kidnappauksen sekä joutuneet kidutetuiksi, mutta naisista suurempi osa oli kokenut sotaa (kuvio 9.2.2) ja luonnonkatastrofeja. Kidutuskokemusten osalta sukupuolten eroja tutkittaessa analyyseista poissuljettiin venäläistaustaisten ryhmä, koska heidän osaltaan tilastollinen analyysi ei ollut mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi.

Taulukko 9.2.1. Entisessä kotimaassa koetut traumaattiset tapahtumat (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Jokin traumatapahtuma	22,6	56,8	77,6	<0,001
Sota	1,6	38,0	61,0	<0,001
Luonnonkatastrofi	2,1	4,7	32,3	<0,001
Väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen	10,5	41,2	56,6	<0,001
Vakava fyysinen vahingonteko	10,1	9,8	26,3	<0,001
Vangitseminen tai kidnappaus	2,3	5,1	28,8	<0,001
Kidutus	0,5	6,4	22,7	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 9.2.2. Entisessä kotimaassa koetut traumaattiset tapahtumat sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Jokin traumatapahtuma	27,2	20,0	0,077	44,1	68,1	<0,001	81,9	71,5	0,005	<0,001	<0,001
Sota	3,3	0,8	0,067	18,0	55,4	<0,001	61,6	60,3	0,764	<0,001	<0,001
Luonnonkatastrofi	0,1	3,1	<0,001	0,8	8,1	<0,001	32,5	32,0	0,899	<0,001	<0,001
Väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen	17,7	6,7	<0,001	35,8	46,2	0,100	63,0	47,9	0,001	<0,001	<0,001
Vakava fyysinen vahingonteko	16,1	6,8	0,002	10,8	9,1	0,684	39,1	9,6	<0,001	<0,001	0,273
Vangitseminen tai kidnappaus	5,2	0,9	0,015	8,3	2,4	0,046	40,7	13,3	<0,001	<0,001	-.3
Kidutus	-.3	-.3	-.3	8,9	3,3	0,048	32,9	6,1	<0,001	<0,001	-.3

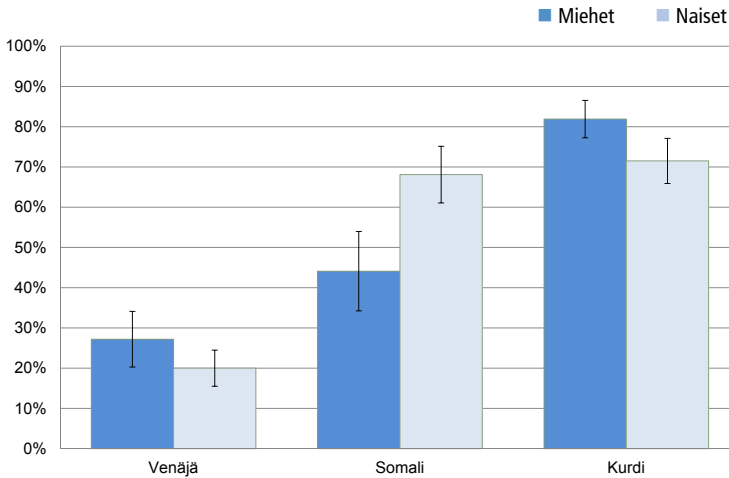
¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

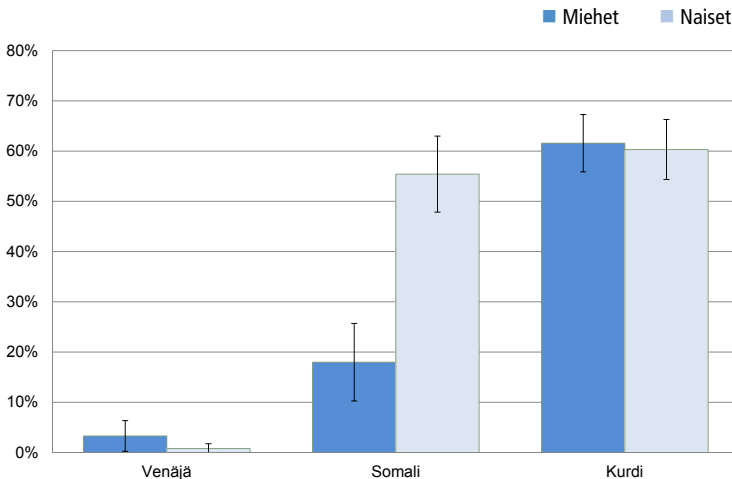
³ Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

Sekä venäläis- että erityisesti kurditaustaisilla traumatapahtumien esiintymisen erosi voimakkaasti ikäryhmittäin. Kurditaustaisten osalta 45–64-vuotiaiden ikäryhmästä jopa 98 % raportoi jonkin entisessä kotimaassaan koetun traumatapahtuman, kun 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä heitä oli 83 % ja 18–29-vuotiaissa 57 %. Nuorimmassa ikäryhmässä miehet raportoivat traumatapahtumia naisia enemmän, mutta vanhemmissa ikäryhmissä eroja sukupuolten välillä ei esiintynyt. Kurditaustaisilla samanlainen ikäryhmien välinen ero liittyi myös kaikkiin erillisiin traumatapahtumiin. Esimerkiksi kidutuksen kohteeksi joutuneita oli 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä 38 %, kun 30–44-vuotiaissa lukema oli 23 % ja 18–29-vuotiais-

Kuvio 9.2.1. Entisessä kotimaassaan traumatapahtuman kokeneiden osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 9.2.2. Entisessä kotimaassaan sodan kokeneiden osuus sukupuolittain (%).



sa 9 %. Venäläistaustaisten vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä, 30 % raportoi traumatapahtumia, 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä 25 % ja nuorimmassa, 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä 15 %. Ikäryhmien välinen ero oli saman suuntainen myös luonnonkatastrofien osalta. Somalialaistaustaisilla traumatapahtumien esiintyminen ei ollut sinänsä vahvasti yhteydessä ikään, mutta erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä naisten kokemat traumatapahtumat olivat huomattavasti yleisempiä kuin miehillä (30–64-vuotiailla naisilla 76–80 % ja miehillä 37–38 %), kun taas nuorimmassa ikäryhmässä sukupuolten välillä ei ollut eroa.

Pohdinta

Entisessä kotimaassa koettujen traumaattisten tapahtumien esiintyvyys oli hälyttävän suuri erityisesti kurditaustaisten maahanmuuttajien ryhmässä (78 %), kun verrataan venäläistaustaisten huomattavasti alhaisempaa esiintyvyyteen (23 %). Kurditaustaisista erityisesti vanhin ikäryhmä, 45–64-vuotiaat, raportoi lähes poikkeuksetta joutuneensa kokemaan traumaattisia tapahtumia entisessä kotimaassaan (98 %). Kurditaustaisilla jopa graaveimmat traumaattisten tapahtumien muodot, kuten kidutuksen kohteeksi joutuminen, olivat tapahtuman vahingoittava luonne huomioiden suhteellisen yleistä, erityisesti miehillä (33 %). Myös joidenkin muiden Suomen suurien maahanmuuttajaryhmien (esim. afgaanien) maahanmuuttoa edeltävä tausta on hyvin samanlainen kuin kurditaustaisilla ja heidän oireilunsa voi siten olettaa olevan myös yleistä. Somalialaistaustaisista traumaattisia tapahtumia raportoi kokeneensa noin kolme viidestä, mikä on linjassa kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden kanssa (Bentleyn ym. 2011). Somalialaistaustaisista erityisesti naiset olivat kokeneet traumatapahtumia entisessä kotimaassaan, mikä voi liittyä esimerkiksi siihen, että miehet ovat muuttaneet ensin pois sotatilassa olevasta kotimaastaan ja pakoon sotilaaksi joutumista, ja naiset vasta myöhemmin. Somalialaistaustaisten ryhmässä erityisesti naisten, mutta myös miesten, traumakokemusten yleinen esiintyvyys yhdistettynä lähes olemattomaan mielenterveyspalvelujen käyttöön (ks. luku 9.3) osoittaa, että tämä ryhmä ei ole joko löytänyt tarjolla olevia palveluja, saanut tarvitsemiaan palveluja niitä hakiessaan tai kokenut hyötyvänsä niistä.

Entisessä kotimaassa koettujen traumaattisten tapahtumien tunnistamiseen ja niiden asianmukaiseen hoitoon tulisi kiinnittää huomiota terveydenhuollossa. Mikäli traumahistoriaa ja siihen liittyviä oireita selvitetään perinteisillä kyselyillä, maahanmuuttajien traumatisoituminen ja siihen liittyvät seuraukset voivat olla vaarassa jäädä tunnistamatta ja siten myös vaille hoitoa. Viitteitä tästä oli huomattavissa myös tässä tutkimuksessa, jossa erillisten konkreettisten traumaattisten tapahtumien ohella traumatapahtumia selvitettiin myös abstraktimmalla post-traumaattisen stressioireyhtymän seulakysymyksellä, joka on terveydenhuollossa yleisesti käytetty kysymysmuoto. Erityisen mielenkiintoista oli, että jälkimmäiseen kysymykseen tuotettujen myöntävien vastausten määrä venäläistaustaisten keskuudessa lähente-

li yksittäisten traumaattisten kokemukseksymysten perusteella muodostettua tulosta (22 %), kun taas kurdi- ja somalialaistaustaisten osalta seulakysymyksen positiiviset vastaukset olivat huomattavasti konkreettisten kysymysten vastauksia alhaisempia (kurditaustaisilla 52 % ja somalialaistaustaisilla vain 10 %). Havaintojen ristiriitaisuutta korostaa entisestään se, että Maamu-tutkimuksen konkreettisilla traumatapahtumilla kartoitettiin ainoastaan entisessä kotimaassa koettuja traumatapahtumia, kun traumojen seulakysymyksellä kartoitettiin traumakokemuksia koko elämän aikaisesti, eli myös maastamuuton jälkeiseltä ajalta, jolloin positiivisten vastausten olisi voinut otaksua olevan jälkimmäisen kysymyksen kohdalla runsaslukuisempia. Tämä havainto voi kertoa siitä, että abstraktimmalla, yleisemmällä kysymyksellä ei kurdi- ja somalialaistaustaisten keskuudessa ehkä kunnolla tavoiteta haettavaa traumaattisten kokemusten ilmiötä. Havainto olisi syytä ottaa huomioon esimerkiksi perusterveydenhuollossa, jossa kyseisen kaltainen yleinen, abstraktimpi seulakysymys traumaattisten tapahtumien kartoittamiseksi lienee laajasti käytössä. Suomalaiselle terveydenhuollon henkilöstölle voi olla myös vaikeaa ottaa puheeksi esimerkiksi sotakokemuksia tai kidutusta, koska ne ovat tällä hetkellä meille kulttuurisesti etäisiä ja aiheina ahdistavia. Mielenterveyspalveluissa tulisi lisäksi osata entistä paremmin ottaa huomioon myös traumalle tyypilliset pitkäaikaiset hyvinvointia ja toimintakykyä lamauttavat vaikutukset.

Lähteet

- Bentley JA, Thoburn, JW, Stewart DG, Boynton LD. The indirect effect of somatic complaints on report of posttraumatic psychological symptomatology among Somali refugees. *J Trauma Stress* 2011;24:479–482.
- Hinton D, Lewis-Fernandez R. Idioms of distress among trauma survivors: subtypes and clinical utility. *Cult Med Psychiatry* 2010;34:209–218.
- Kirmayer L. Kulttuurinen lääketiede ja psykiatria. Teoksessa: Pakaslahti A, Huttunen M (toim.). *Kulttuuri ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim; 2010.
- Knifton L, Gervais M, Newbigging K, Mirza N, Quinn N, Wilson N, Hunkins-Hutchison E. Community conversation: addressing mental health stigma with ethnic minority communities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:497–504.
- Rothschild B. *The body remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton & Company; 2000.
- Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Brähler E, Snief W. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in Turkish-speaking patients in primary care. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58:155–161.
- Taloyan M, Johansson S-E, Sundquist J, Kocturk T, Johansson LM. Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden. *Scand J Public Health* 2008;36:190–196.

9.3 Mielenterveyspalvelut

Anu E Castaneda, Riikka Lehtisalo, Carla Schubert, Tapio Halla, Antti Pakaslahti, Mulki Mölsä, Jaana Suvisaari

- Mielenterveyspalvelujen käyttö oli kurdi- ja venäläistaustaisten ryhmissä yhtä yleistä kuin tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisessä väestössä, vaikka ajankohtaisten vakavien masennus- ja ahdistusoireiden esiintyvyys olikin näissä ryhmissä huomattavasti koko väestöä yleisempää. Tämä kertonee tyydyttymättömästä mielenterveyspalvelujen tarpeesta.
- Somalialaistaukset raportoivat käyttäneensä mielenterveyspalveluita vähemmän kuin koko väestö keskimäärin, vaikka he raportoivat ajankohtaiset psyykkiset oireensa yhtä yleisiksi kuin koko väestö. Myös somalialaistauksilla voi siten arvioida olevan tyydyttymätöntä mielenterveyspalvelujen tarvetta, vaikka se ei vastaajien omilla arvioilla tulekaan esiin.
- Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen kehittämisellä on kiire, sillä nykyinen palvelujärjestelmä ei tavoita kuin osan palveluja tarvitsevista.

Mielenterveysongelmat, etenkin post-traumaattinen stressihäiriö ja vakava masennus, ovat tavallisia erityisesti pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla (Carta ym. 2005). Mielenterveysongelmat heikentävät toimintakykyä ja aiheuttavat kärsimystä sekä potilaalle että hänen perheelleen. Aikuisten mielenterveysongelmat lisäävät lasten vastuuta ja stressiä sekä riskiä heidän omalle terveydelleen. Mielenterveyshäiriöt voivat vaikeuttaa uuden kielen oppimista ja uuteen kulttuuriin sopeutumista ja vaikuttavat siten haitallisesti maahanmuuttajien kotoutumisprosessiin ja altistavat maahanmuuttajia ja heidän perheitään syrjäytymiselle. Asianmukaisten palvelujen saaminen mielenterveysongelmiin on siis ensiarvoisen tärkeää yksilön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja kotoutumisen sekä työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi.

Suomessa on kiinnitetty huomiota siihen, että maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut on monin paikoin järjestetty sattumanvaraisesti ja niissä on suuria alueellisia eroja (Halla 2007; Rauta 2005). Eri kulttuureissa eri tavoin vallitsevat leimaavat käsitykset mielenterveysongelmista saattavat myös vaikeuttaa avun hakemista (Pavlish ym. 2010). Lisäksi kieli-ongelmat vaikuttavat palvelujen tarjontaan ja niihin hakeutumiseen (Jankovic ym. 2011).

Menetelmät

Mielenterveyspalvelujen käyttöä ja niiden koettua tarvetta kartoitettiin tutkimuksen haastatteluosiossa. Mielenterveyspalvelujen käytöstä kysyttiin, oliko vastaaja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttänyt mielenterveysongelmien takia terveyspalveluja Suomessa. Tämä kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Mielenterveyspalvelujen

tarpeen selvittämiseksi kysyttiin, arvioiko vastaaja tarvitsevansa tällä hetkellä jotain terveyspalveluja mielenterveydellisten ongelmien vuoksi. Koska mielenterveyspalvelujen oletettiin olevan osalle tutkittavista vaikeasti ymmärrettäviä, näitä kysymyksiä edelsi haastattelussa johdatteleva kuvaus, jossa kerrottiin, että mielenterveydellisiä ongelmia ovat esimerkiksi pitkään kestänyt ahdistuneisuus, unettomuus ja alakuloisuus. Samoja kysymyksiä käytettiin myös vuonna 2011 toteutetussa, koko Suomen väestön terveydentilaa kartoittaneessa Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012). Lisäksi näistä kahdesta kysymyksestä muodostettiin arvio tyydyttymättömästä mielenterveyspalvelujen tarpeesta laskemalla se osa vastaajista, joka arvioi tällä hetkellä tarvitsevansa mielenterveyspalveluja, mutta ei viimeisen vuoden aikana ollut käyttänyt terveyspalveluja Suomessa mielenterveydellisten ongelmien vuoksi. Maamu-tutkimukseen osallistuneita verrataan tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneisiin 18–64-vuotiaisiin, joista käytetään nimitystä koko väestö.

Tulokset

Mielenterveyspalvelujen käytössä somalialaistaustaiset erosivat tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisestä väestöstä (taulukko 9.3.1). Somalialaistaustaisten keskuudessa mielenterveyspalveluja oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt ainoastaan 2 %, kun koko väestöstä mielenterveyspalveluja oli käyttänyt hieman alle joka kymmenes. Venäläis- ja kurditaustaisten palvelujen käyttö ei eronnut koko väestön lukemasta. Kurditaustaisista 15 % koki olevansa mielenterveyspalvelujen ajankohtaisessa tarpeessa ja venäläistaustaisista 11 %. Niitä, jotka kokivat tarvitsevansa mielenterveyspalveluja, mutta eivät olleet niitä käyttäneet, oli kurditaustaisista 8 % ja venäläistaustaisista 7 %. Molemmat edellä mainitut lukemat olivat somalialaistaustaisilla alle prosentin.

Kurditaustaiset naiset olivat käyttäneet palveluja miehiä yleisemmin, mikä havaittiin myös koko väestössä (taulukko 9.3.2, kuvio 9.3.1). Kurditaustaisilla tämä

Taulukko 9.3.1. Terveyspalveluja mielenterveydellisten ongelmien vuoksi käyttäneiden osuus ja niiden koettu tarve (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12 kk)	6,4	1,7	12,0	9,1	<0,001	0,069	<0,001	0,118
Mielenterveyspalvelujen tarve (oma arvio)	10,8	0,7	15,1	-,2	<0,001	-,2	-,2	-,2
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve	6,9	0,3	8,2	-,2	0,004	-,2	-,2	-,2

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

sukupuolten välinen ero tuli esiin vahvimmin nuorimmissa ikäryhmissä. Vastava ero sukupuolten välillä tuli esiin venäläistaustaisista ainoastaan vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä (naisilla 7 % ja miehillä 1 %). Somalialaistaustaisilla sukupuolten välisiä eroja ei esiintynyt. Somalialaistaustaiset miehet raportoivat käyttäneensä mielenterveyspalveluja vähemmän kuin miehet koko samanikäisessä väestössä, mutta muita eroja miehillä ei mielenterveyspalvelujen käytössä ryhmien välillä esiintynyt. Naisista sen sijaan sekä venäläis- että somalialaistaustaiset olivat käyttäneet mielenterveyspalveluja koko samanikäisen väestön naisia vähemmän, kun kurditaustaiset olivat puolestaan käyttäneet niitä enemmän kuin koko väestössä naiset keskimäärin.

Omassa arvioissa mielenterveyspalvelujen tarpeesta sukupuolten välisiä eroja todettiin sekä venäläis- että kurditaustaisilla niin, että naiset raportoivat tarvetta huomattavasti miehiä enemmän (taulukko 9.3.2, kuvio 9.3.2). Sukupuolten välinen ero oli kurditaustaisilla huomattavin 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä (naisista 27 % ja miehistä 11 %). Kurditaustaisilla ajankohtaista mielenterveyspalvelujen tarvetta toivat esiin erityisesti vanhemmat ikäryhmät nuorimpaan verrattuna: yli 30-vuotiaiden ikäryhmissä tarvetta oli 18 %:lla ja alle 30-vuotiailla 9 %:lla.

Taulukko 9.3.2. Terveyspalveluja mielenterveydellisten ongelmien vuoksi käyttäneiden osuus ja niiden koettu tarve sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12kk)	5,2	7,2	0,341	1,3	2,0	0,566	6,7	18,8	<0,001	5,7	12,3	0,003
Mielenterveyspalvelujen tarve (oma arvio)	5,3	13,8	0,006	0,3	1,0	0,333	11,3	20,0	0,009	-.4	-.4	-.4
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve	2,9	9,3	0,022	-.3	-.3	-.3	8,0	8,7	0,797	-.4	-.4	-.4
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi				
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12kk)	0,093	0,637	0,009	0,904	<0,001	0,017	<0,001	0,016				
Mielenterveyspalvelujen tarve (oma arvio)	0,002	-.4	-.4	-.4	<0,001	-.4	-.4	-.4				
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve	0,052	-.4	-.4	-.4	0,895	-.4	-.4	-.4				

¹ Luvut ikävakioituja

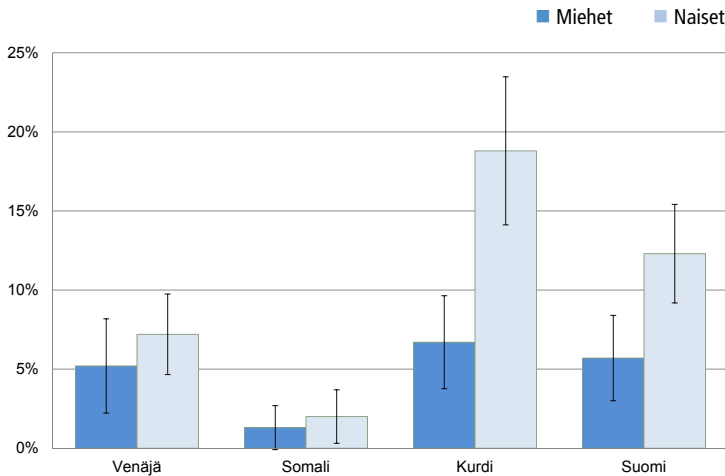
² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

³ Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

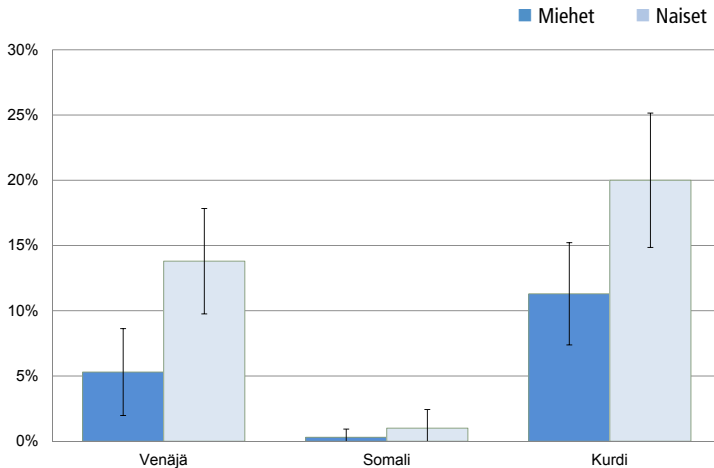
⁴ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kun tutkittiin sukupuolten välisiä eroja tyydyttymättömästä mielenterveyspalvelujen tarpeesta, analyysi suoritettiin poislukien somalialaistaustaisten ryhmä, koska tilastollinen analyysi ei tässä ryhmässä ollut mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi. Venäläistaustaisista erityisesti naiset raportoivat tyydyttymättömyyttä mielenterveyspalvelujen tarvetta, mutta kurditaustaisten ryhmässä eroja sukupuolten välillä ei esiintynyt (taulukko 9.3.2). Tyydyttymättömyyttä mielenterveyspalvelujen tarvetta toi venäläistaustaisista esiin erityisesti vanhin, 45–64-vuotiaiden ikäryhmä, jossa tarvetta esiintyi 13 %:lla, kun nuoremmilla ikäryhmillä lukema oli 3–4 %. Kurditaustaisista tyydyttymättömyyttä mielenterveyspalvelujen tarvetta toi eniten esiin 30–44-vuotiaiden ikäryhmä, jossa sitä raportoi 12 % ikäryhmästä, kun nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä näin raportoi 5 %.

Kuvio 9.3.1. Terveyspalveluja mielenterveydellisten ongelmien vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 9.3.2. Mielenterveyspalvelujen tarpeessa olevaksi itsensä kokevien osuus sukupuolittain (%).



Pohdinta

Mielenterveyspalvelujen käyttöä on syytä tarkastella erityisesti suhteessa aikaisempien lukujen (9.1 ja 9.2) osoittamiin psyykkisten oireiden ja traumakokemusten yleisyyteen. Vaikka kurditaustaisilla maahanmuuttajilla oli huomattava määrä traumakokemuksia ja ajankohtaisia psyykkisiä oireita, heistä vain naiset olivat käyttäneet mielenterveyspalveluja hieman koko samanikäistä väestöä enemmän. Venäjätaustaisilla naisilla esiintyi huomattavasti enemmän ajankohtaisia psyykkisiä oireita kuin naisilla koko väestössä. He olivat siitä huolimatta käyttäneet mielenterveyspalveluja koko väestön naisia vähemmän. Samoin somalialaistaustaiset olivat käyttäneet mielenterveyspalveluja koko väestöä vähemmän, vaikka he raportoivat yhtä paljon psyykkisiä oireita kuin koko väestö. Nämä tulokset viittaavat siihen, että kaikilla tutkituilla maahanmuuttajataustaisilla ryhmillä esiintyy tyydyttämätöntä mielenterveyspalvelujen tarvetta.

Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden mielenterveyspalvelujen saannissa liepee monentasoisia haasteita. Esteitä palveluihin hakeutumisessa voi olla sekä ulkoisissa (esim. kieliongelmat, taloudelliset ongelmat, tietämättömyys palveluista) että sisäisissä (esim. luottamuspula palveluihin, ennakkoluulot) tekijöissä (Jankovic ym. 2011). Ensimmäinen haaste liittyy mielenterveysongelmia kokevan henkilön kykyyn tunnistaa oireensa. Psyykkisten oireiden tunnistaminen ja nimeäminen itsessään, itsereflektio, voi olla tietyissä kulttuureissa epätyypillistä ja siksi tietyissä maahanmuuttajaryhmissä haastavaa. Tällöin mielenterveysongelmat saattavat näyttäytyä lähinnä somaattisina oireina, kuten vatsakipuna, päänsärkynä tai nukkumisvaikeuksina. Kulttuurisiin erityispiirteisiin saattaa liittyä myös lääketieteellisistä käsityksistä poikkeavia psyykkisten sairauksien selitysmalleja (Mölsä & Tiilikainen 2007; Mölsä ym. 2010). Esimerkiksi somalialaistaustaisten alhaiset lukemat mielenterveyspalvelujen käytön ja tarpeen osalta saattavat kertoa juuri mielenterveysongelmien nimeämisen vaikeuksista (Ingram 2009; McCrone ym. 2005). Somalikulttuurissa psyykkisiin oireisiin on käytetty usein perinteisiä hoitomenetelmiä, kun taas terveydenhuollon mielenterveyspalveluita ei psykiatristen sairaaloiden lisäksi juurikaan ole ollut heidän synnyinmaassaan (Mölsä & Tiilikainen 2007). Somalialaistaustaisten maahanmuuttajien vähäinen mielenterveyspalvelujen käyttö on tullut esiin myös muualla Euroopassa (McCrone ym. 2005) sekä Yhdysvalloissa (Ellis ym. 2010). Siksi somalialaistaustaisten maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoidossa kulttuurinen tieto onkin erityisen tärkeää. Toisaalta on huomioitava, että somaliyhteisön laajuus ja yhteisöstä saatava tuki voivat vähentää mielenterveysongelmista aiheutuvaa haittaa ja hoidontarvetta. Myös tieto omien traumatisoivien elämäkokemusten vaikutuksista mielenterveyteen, ja sitä kautta toimintakykyyn ja perheen hyvinvointiin laajemminkin, voi olla niukkaa ja sopivien palvelujen löytäminen myös siksi vaikeaa.

Toisena haasteena on mielenterveysongelmien tietyissä kulttuureissa toisia vahvempi stigmatisaatio eli leimalliseksi koettu luonne. Mielenterveyspalvelujen käyt-

töön ja niiden koettuun tarpeeseen liittyy keskimääräistä vahvempi leimautumisen pelko, mikä helposti johtaa aliraportointiin. Mielenterveysongelmien stigmatisaatioon liittyviä ongelmia on olemassa edelleen suomalaisessakin kulttuurissa, mutta erityinen ongelma se on tutkittaessa sellaisista kulttuureista tulevia ihmisryhmiä, joissa mielenterveysongelmien leimallinen luonne on erityisen vahva. Näin voidaan arvella olevan esimerkiksi somalialaisessa kulttuurissa (Pavlish ym. 2010), jonka vuoksi mielenterveysongelmien ja hoidontarpeen aliraportointi on tässä ryhmässä erityisen todennäköistä. Aliraportointi todennäköisesti korostuu entisestään Maamu-tutkimuksen asetelmassa, jossa haastattelijat edustivat tutkittavien kanssa samoja kulttuurisia lähtökohtia, jolloin oman ryhmän normi mielenterveysongelmien ja niihin käytettävien palvelujen leimallisuudesta on saattanut olla vielä tavanomaista voimakkaammin läsnä. Toisaalta leimautumisen pelolla on todennäköisesti yhtä lailla vaikutuksia yksilön ratkaisuihin myös todellisessa elämässä, ei ainoastaan tutkimuskysymykseen vastaamisessa. Toisin sanoen mielenterveyspalvelujen piiriin hakeutumiseen liittyy helposti samanlainen kynnys kuin niiden raportointiinkin.

Myös venäläistaustaisilla oman psykiatrisen hoidontarpeen arvioinnissa voidaan olettaa esiintyvän aliraportointia. Erityisesti vanhempien venäläistaustaisten maahanmuuttajien keskuudessa mielenterveysongelmien ja hoidontarpeen myöntämiseen voi osaltaan yhä vaikuttaa epäluottamus psykiatrisiin hoitolaitoksiin, joihin suljettiin systemaattisesti poliittisia toisinajattelijoita 70- ja 80-luvun entisessä Neuvostoliitossa. Tätä taustaa vasten on ymmärrettävää, että venäläistaustaisten maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistaminen on haasteellista (van Voren 2009). Lisäksi esimerkiksi venäläistaustaisilla miehillä voi miehinen identiteetti ja omanarvontunto estää tunnustamasta mielenterveysongelmia ja siten johtaa aliraportointiin. Myös kurditaustaisilla naisten ja miesten väliin eroihin mielenterveyspalvelujen tarpeessa saattaa vaikuttaa kulttuurille tyyppilliset naisille ja miehille ominaiset sukupuoliroolit (Tolin & Foa 2006).

Kolmantena haasteena maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen saamisessa voi olla Suomessa vielä puutteellinen terveydenhuollon henkilöstön tietotaito maahanmuuttajien mielenterveysongelmien erityispiirteistä, mikä myös vaikeuttaa niiden tunnistamista ja sitä kautta hoitoonohjausta. Tästä esimerkki on luvussa 9.2 kuvattu ristiriitainen ja sitä kautta erittäin merkityksellinen tulos mitattaessa traumakokemuksia joko konkreettisilla, erillisiä traumaattisia tapahtumia selvittävillä kysymyksillä, ja toisaalta yleisesti käytetyllä traumojen seulakysymyksellä. Seula-kysymykseen raportoidut positiiviset vastaukset olivat selvästi harvinaisempia kuin konkreettisiin, erillisiin kysymyksiin annetut vastaukset (ks. luku 9.2). Maahanmuuttajien traumojen ja psyykkisten oireiden tunnistamiseen tarvittaneen siis osittain erityisiä menetelmiä, käytäntöjä ja tietotaitoa, mikä puolestaan edellyttää hoitohenkilökunnan kouluttamista.

Neljäntenä vaikeutena voi olla, että mielenterveyspalveluja tarvitsevalla ei ole tarpeeksi tietoa palvelujen tarjonnasta ja niihin hakeutumisesta. Lisäksi niihin liittyvä byrokraatia saattaa muodostaa kynnyksen oikeiden palvelujen löytämisessä ja niiden

piiriin pääsemisessä. Jopa vastaanottoajan varaaminen voi olla vaikeaa kielitaidottomuuden vuoksi, kun ajanvaraus tapahtuu tavallisimmin puhelimitse tai internetin kautta, eikä ajan varaaja voi varata tulkkia. Myös esimerkiksi Kelan tukeman kuntouttavan psykoterapian saaminen yksityissektorilta on maahanmuuttajille vaikeaa. Erityisesti matalan kynnyksen palveluntarjontaa ja niiden kautta saatavia tukipalveluja tulisi kehittää oikeiden hoitotahojen löytämiseksi. Maahanmuuttajat tarvitsisivat myös selkeää tietoa mielenterveyshäiriöistä ja niiden hoitomahdollisuuksista.

Viidentenä haasteena voidaan mainita sellaisen hoidon saaminen, jossa otetaan huomioon mahdolliset kulttuurispesifit tekijät, jotka liittyvät esimerkiksi voimakkaaseen traumahistoriaan tai oireiden somatisaatiotaipumukseen. Tällaisia maahanmuuttajien erityistarpeita huomioivia mielenterveyspalveluja on Suomessa olemassa vasta vähän. Niiden järjestäminen on sattumanvaraista ja alueellisia eroja esiintyy paljon (Halla 2007; Rauta 2005). Tietyt maahanmuuttajille erityissairaanhoidoa tarjoavat tahot on puolestaan räätälöity tarkkaan rajatuille kohderyhmille, esimerkiksi kidutuksen uhreiksi joutuneille, jolloin asiakaskunta saattaa rajautua voimakkaasti, esimerkiksi miehiin. Joskus valitettavasti myös hoitohenkilökunnan asenteet maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan voivat vaikeuttaa optimaalisen hoidon saamista.

Myös kielelliset ongelmat voivat yhtenä tekijänä vaikuttaa mielenterveydellisten palveluntarpeiden tyydyttymättömyyteen. Kielitaitoon liittyvät vaikeudet korostuvat mielenterveydellisissä palveluissa, esimerkiksi psykoterapiassa, jossa keskustelu ja kieli ovat hoidossa hyvin keskeisessä asemassa. Tulkin käyttö on oleellista kaikissa terveyspalveluissa, jotta mielenterveysongelmat tulisivat ymmärretyiksi ja tunnistetuiksi potilaan tarkoittamalla tavalla ja hänet osattaisiin ohjata tarkoituksenmukaisen palveluiden piiriin. Nykyään tulkin käyttö lyhytkestoisissa mielenterveyspalveluissa toteutuu paremmin kuin psykoterapeuttisissa hoidoissa, jotka voivat kestää vuoden tai kauemmin. Tässä tulkkauksipalveluilla on erityinen haaste.

Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen kehittämisellä on kiire, sillä nykyinen palvelujärjestelmä ei tavoita kuin osan palveluja tarvitsevista, joilla on vakava uhka syrjäytyä. Lisätietoa ja uusia käytäntöjä tarvitaan sen selvittämiseksi, miten hoitojärjestelmä voisi parhaiten tavoittaa ne, jotka eivät ole saaneet apua mielenterveysongelmiinsa. Tähän tarvittaneen erityisesti räätälöityjä ratkaisuja terveydenhuollossa tietyille maahanmuuttajaryhmille (esimerkiksi psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille Tampereella) ainakin väliaikaisesti, kunnes monikulttuurisuustekijöiden huomioiminen on nykyistä paremmin vakiintunut osaksi peruspalveluja. Myös terveydenhuollon henkilöstölle ja opiskelijoille suunnattu koulutus on äärimmäisen oleellisessa asemassa, jotta hyvinkin erilaisin taustoin saapuneiden maahanmuuttajien mielenterveysoireet opitaan tunnistamaan ja hoitamaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Lähteet

- Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:13.
- Ellis HB, Lincoln AK, Charney ME, Ford-Paz R, Benson M, Strunin L. Mental health service utilization of Somali adolescents: Religion community and school as gateways to healing. *Transcult Psychiatry* 2010;47:789.
- Halla T. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. *Duodecim* 2007;123:469–475.
- Ingram J. The health needs of the Somali community in Bristol. *Community Pract* 2009;82:26–29.
- Jankovic J, Vidakovic I, Matanov A, Schützwohl A, Ljubotina D, Lesic-Tosevski, Priebe S. Reasons for not receiving treatment in people with posttraumatic stress disorder following war. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:100–105.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68.* Helsinki; 2012.
- McCrone P, Bhui K, Craig T, Mohamud S, Warfa N, Stansfeld SA, Thornicroft G, Curtis S. Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:351–357.
- Mölsä M, Tiilikainen M. Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Duodecim* 2007;123:451–456.
- Mölsä M, Hjelde KH, Tiilikainen M. Changing mental distress conceptions and practices among Somalis in Finland. *Transcult Psychiatry* 2010;47:276–300.
- Pavlish CL, Noor S, Brandt J. Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Soc Sci Med* 2010;71:353–361.
- Rauta A. *Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä: 3.* Helsinki; 2005.
- Tolin D, Foa E. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a qualitative review of 25 years of research. *Psychol Bull* 2006;132:959–922.
- van Voren R. Political abuse of psychiatry – an historical overview. *Schizophr Bull* 2010;36:33–35.

10 ELINTAVAT

10.1 Tupakointi sekä alkoholin ja kannabiksen käyttö

Ritva Prättälä, Heli Mustonen, Päivikki Koponen, Tiina Laatikainen

- Tupakointi oli venäläis- ja kurditaustaisilla miehillä yleisempää kuin tutkimuspaikkakuntien samanikäisellä koko väestöllä, mutta naisilla näissä ryhmissä harvinaisempaa kuin koko väestön naisilla. Venäläis- ja kurditaustaisista miehistä tupakoi päivittäin joka kolmas. Somalialaistaustaiset eivät tupakoineet juuri lainkaan. Kannabiksen käyttö oli huolestuttavan yleistä nuorimpien eli 18–29-vuotiaiden venäläistaustaisten keskuudessa. Heistä lähes 40 % ilmoitti joskus käyttäneensä kannabista.
- Venäläistaustaisten ryhmässä oli vähemmän raittiita ja enemmän sellaisia, jotka joivat kerralla vähintään kuusi annosta alkoholia muihin tutkittuihin ryhmiin verrattuna. Somalialaistaustaiset eivät juuri käyttäneet alkoholia.
- Selvästi kohonneita maksa-arvoja todettiin kurdi- ja venäläistaustaisilla lähes yhtä usein kuin tutkimuspaikkakuntien vastaavanikäisessä koko väestössä, somalialaistaustaisista vain yhdellä prosentilla.

Suomessa on vuonna 2002 tutkittu Maahanmuuttajien elinolututkimuksen yhteydessä myös elintapoja (Pohjanpää ym. 2003). Tutkimukseen osallistui somalialais- ja venäläistaustaisia maahanmuuttajia, mutta kurditaustaisten maahanmuuttajien elintavoista Suomessa ei tiettävästi ole aiempia tutkimuksia. Maahanmuuttajien elinolututkimuksessa päivittäin tupakoivien osuudet olivat samaa tasoa kuin koko väestössä (n. 20 %), lukuun ottamatta somalialaistaustaisia, joista tupakoi vain joka kymmenes. Somalialaistaustaiset olivat useimmin täysin raittiita (Pohjanpää ym. 2003; Mustonen & Simpura 2005). Raittiuden arvioitiin olevan yhteydessä uskontoon. Venäläistaustaisista raittiita oli vuonna 2002 yhtä suuri osa kuin koko Suomen väestöstä (n. 14 %). Alkoholin suuri kertakulutus oli venäläistaustaisten ryhmässä harvinaisempaa kuin koko väestössä. Miesten ja naisten väliset erot olivat tutkituissa maahanmuuttajaryhmissä samansuuntaisia kuin koko väestössä: alkoholin suuri kertakulutus (6 annosta tai enemmän kerralla) oli miesten keskuudessa yleisempää kuin naisten. Päivittäisen tupakoinnin sukupuolierot olivat suurempia maahanmuuttajaryhmissä kuin koko väestössä. Venäläistaustaisten koko väestöä vähäisempi alkoholinkäyttö johtui tutkimuksen mukaan aliraportoinnista ja valikoituneesta maastamuutosta; alkoholin suurkuluttajat eivät muuta maasta (Mustonen & Simpura 2005).

Väestötutkimuksia, joissa olisi selvitetty maahanmuuttajien veren maksa-arvoja, ei ole aiemmin Suomessa tehty. Maamu-tutkimuksessa otetuista verinäytteistä määritettiin seerumin gamma-glutamyyli-transferaasi (GGT), joka on maksan toimintaa

kuvaava entsyymi. Väestötutkimuksissa sitä on käytetty alkoholin suurkulutuksen ja maksan toimintahäiriöiden osoittimena (Vlasoff ym. 2008), mutta suurentuneet arvot voivat liittyä myös muun muassa ylipainoon, diabetekseen, lääkkeiden käyttöön tai ikään (Niemelä & Alatalo 2010; Tynjälä ym. 2012). Väestötutkimuksissa on osoitettu GGT-arvojen yhteys myös keskeisiin kansantauteihin kuten sydän- ja verisuonitauteihin, tyyppin 2 diabetekseen ja metaboliseen oireyhtymään. Jo melko vähäisen raportoidun säännöllisen alkoholin käytön on todettu nostavan GGT-arvoja, erityisesti yli 40-vuotiailla (Tynjälä ym. 2012). Karjalan tasavallassa, Venäjällä, tehdyissä väestötutkimuksissa (Vlasoff ym. 2008), on havaittu 10 vuoden aikana miehillä selvä lisäys niiden osuudessa, joilla oli kohonneita GGT-arvoja (miehillä 80 U/l tai yli, naisilla 50 U/l tai yli).

Menetelmät

Maamu-tutkimuksessa tupakointia sekä alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä selvitettiin yhteensä 17 kysymyksellä. Kysymykset päivittäisestä tupakoinnista, alkoholin käytöstä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana sekä alkoholin käytön useudesta sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Tässä julkaisussa tupakoinnista raportoidaan päivittäistupakoinnin yleisyys, joka on määritetty kysymyksestä: ”Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?”. Vastausvaihtoehtoina olivat päivittäin, satunnaisesti, ette lainkaan. Alkoholin käytöstä raportoidaan alkoholia viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus, alkoholia runsaasti kerralla käyttävien osuus sekä niiden osuus, joilla todettiin kohonneita GGT-arvoja. Suureksi kertakulutukseksi on määritetty vähintään kuuden alkoholiannoksen nauttiminen yhdellä kertaa kerran kuussa tai useammin. Kannabiksen käytöstä esitetään niiden vastaajien osuus, jotka ilmoittivat joskus käyttäneensä kannabista. Muista päihteistä vastaajat kertoivat niin vähän, ettei tuloksia raportoida.

Seerumin gamma-glutamyyli transferaasi (GGT) määritettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) analyttisen biokemian laboratoriossa fotometrisellä kiineettisellä menetelmällä (Architect laitteella). GGT-raja-arvoista väestötutkimuksissa ei ole yksimielisyyttä ja aiemmissa tutkimuksissa on käytetty erilaisia raja-arvoja (Tynjälä ym. 2012). Tässä raportissa esitetään niiden osuus, joilla todettiin selvästi kohonneita arvoja, käyttäen rajana miehillä 116 U/l ja naisilla 76 U/l.

Koko väestöä kuvaavaan ryhmään poimittiin samoilla paikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat, joilta GGT-arvot määritettiin yhtenevin menetelmin ja joille tupakointia ja alkoholin käyttöä koskevat kysymykset esitettiin samassa muodossa.

Tulokset

Venäläis- ja kurditaustaiset vastaajat tupakoivat päivittäin yhtä yleisesti kuin tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotias koko väestö (taulukko 10.1.1). Sen sijaan somaliaistaustaisten ryhmässä päivittäinen tupakointi oli hyvin harvinaista. Koko väestössä miesten ja naisten tupakointi oli lähes yhtä yleistä, mutta maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä miehet tupakoivat huomattavasti yleisemmin kuin naiset (taulukko 10.1.2, kuvio 10.1.1).

Venäläistaustaisista 86 % oli käyttänyt alkoholi juomia viimeksi kuluneen vuoden aikana (taulukko 10.1.1). Kurditaustaisista alkoholia oli käyttänyt 36 %, somaliaistaustaisista vain yksi sadasta. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroja venäläis- ja somaliaistaustaisissa ryhmissä, mutta kurditaustaiset miehet käyttivät alkoholia yleisemmin kuin kurdinaiset (taulukko 10.1.2). Venäläistaustaisista 14 % kertoi käyttävänsä alkoholia useammin kuin kerran viikossa, kun vastaava osuus samanikäisessä koko väestössä oli 29 % (kuvio 10.1.2). Kurditaustaisista ainoastaan 2 % kertoi käyttävänsä alkoholia useammin kuin kerran viikossa.

Koko väestöstä vajaat 40 % ilmoitti juovansa vähintään kerran kuussa suuren (6 annosta tai enemmän) alkoholiannoksen kerralla (taulukko 10.1.1). Venäläistaustaiset raportoivat alkoholin suurta kertakulutusta paljon vähemmän (14 %), mutta kuitenkin enemmän kuin kurditaustaiset (7 %). Koko väestön tapaan, sekä venäläisettä kurditaustaisilla miesten suuri kertakulutus oli odotetusti yleisempää kuin naisten (taulukko 10.1.2). Somaliaistaustaisten alkoholinkäyttö oli niin harvinaista, että tarkemmat tilastolliset analyysit eivät olleet mahdollisia.

Kohonneita GGT-arvoja todettiin eniten kurditaustaisilla (5 %) ja vähiten somaliaistaustaisilla, joilla kohonneita arvoja oli tilastollisesti merkitsevästi harvemmin (1 %) kuin koko väestössä (4 %) (taulukko 10.1.1). Miesten ja naisten välillä ei havaittu eroja kohonneiden GGT-arvojen esiintyvyydessä (taulukko 10.1.2).

Taulukko 10.1.1. Tupakointi, alkoholin ja kannabiksen käyttö (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Tupakoi päivittäin	16,1	5,0	19,0	19,2	<0,001	0,127	<0,001	0,944
Käyttänyt alkoholia (12 kk)	86,3	1,3	35,9	3	<0,001	3	3	3
Juo kerralla 6 annosta tai enemmän vähintään kerran kuussa	13,6	2	6,7	38,4	<0,001	<0,001	2	<0,001
Kohonneet maksa-arvot (S-GT miehillä ≥ 116, naisilla ≥ 76 U/l)	4,1	1,0	5,2	3,6	0,063	0,644	0,011	0,187
Käyttänyt joskus kannabista	18,7	0,0	3,7	3	<0,001 ⁴	3	3	3

¹ Luvut ikävakioituja

² Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

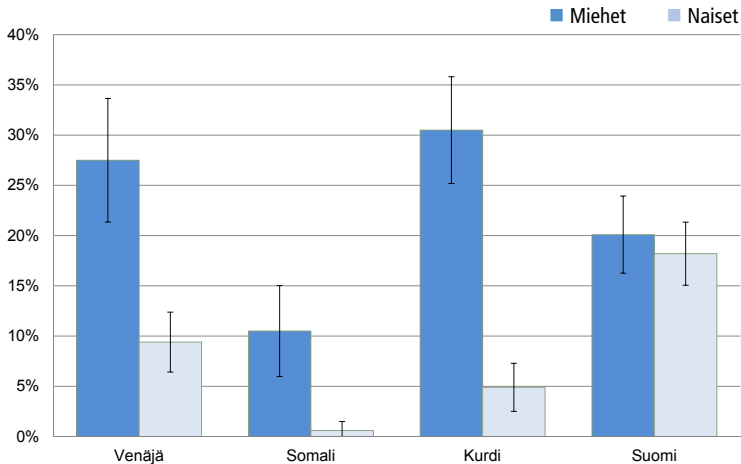
⁴ Ryhmien välisessä vertailussa mukana vain venäjä- ja kurdiryhmät

Taulukko 10.1.2. Tupakointi, alkoholin ja kannabiksen käyttö sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Tupakoi päivittäin	27,5	9,4	<0,001	10,5	0,6	<0,001	30,5	4,9	<0,001	20,1	18,2	0,458
Käyttäneet alkoholia (12 kk)	88,8	84,6	0,160	2,4	0,3	0,064	52,0	15,6	<0,001	-. ⁴	-. ⁴	-. ⁴
Juo kerralla 6 annosta tai enemmän vähintään kerran kuussa	26,2	6,1	<0,001	-. ³	-. ³	-. ³	11,0	0,7	0,004	52,8	25,4	<0,001
Kohonneet maksarvot (S-GT miehillä ≥ 116, naisilla ≥ 76 U/l)	5,1	3,7	0,544	0,9	1,1	0,902	5,8	4,5	0,553	3,2	4,0	0,474
Käyttäneet joskus kannabista	23,7	15,3	0,035	0,0	0,0	-. ³	5,4	1,0	0,025	-. ⁴	-. ⁴	-. ⁴
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet				Naiset							
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi				
Tupakoi päivittäin	<0,001	0,044	0,005	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
Käyttäneet alkoholia (12 kk)	<0,001	-. ⁴	-. ⁴	-. ⁴	<0,001	-. ⁴	-. ⁴	-. ⁴				
Juo kerralla 6 annosta tai enemmän vähintään kerran kuussa	<0,001	<0,001	-. ³	<0,001	<0,001	<0,001	-. ³	<0,001				
Kohonneet maksarvot	0,323	0,555	0,123	0,390	0,306	0,903	0,047	0,369				
Käyttäneet joskus kannabista	<0,001 ⁵	-. ⁴	-. ⁴	-. ⁴	<0,001 ⁴	-. ⁴	-. ⁴	-. ⁴				

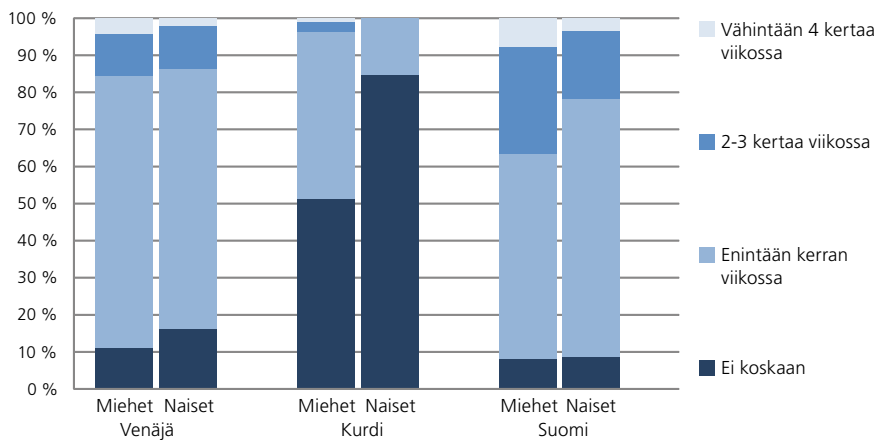
¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi⁴ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä⁵ Ryhmien välisessä vertailussa mukana vain venäjä- ja kurdiryhmät

Kuvio 10.1.1. Päivittäin tupakoivien osuus sukupuolittain (%).

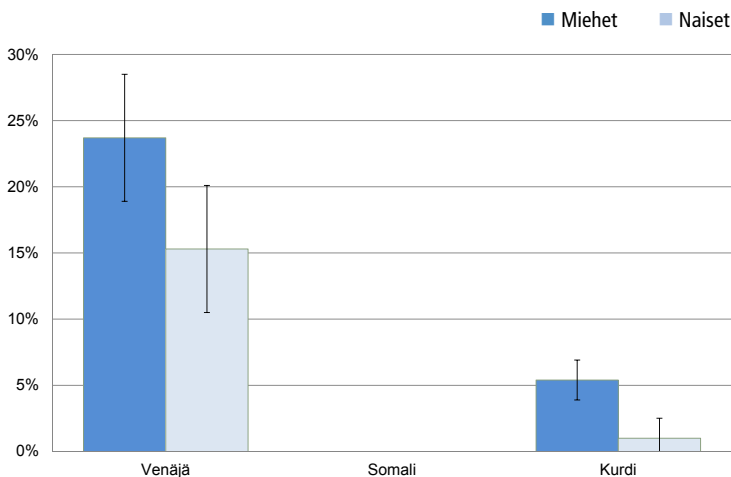


Somalialaistaustaisista kannabiksen käyttöä ei ilmoittanut kukaan ja kurditaustaisistakin vain alle 5 % (kuvio 10.1.3). Sen sijaan melkein joka viides venäläistäustainen kertoi joskus käyttäneensä kannabista. Kannabiksen käyttöä ilmoittivat erityisesti nuorimmat venäläistäustaiset: 18–29-vuotiaista miehistä kannabista oli käyttänyt 42 % ja naisista 33%.

Kuvio 10.1.2. Alkoholin käyttö sukupuolittain (%).



Kuvio 10.1.3. Joskus kannabista käyttäneiden osuus sukupuolittain (%).



Pohdinta

Maahanmuuttajataustaisten ryhmien välillä oli suuria eroja tupakoinnissa sekä alkoholin ja kannabiksen käytössä. Tutkimuspaikkakuntien koko väestöön verrattuna tupakointi oli yleistä erityisesti venäläis- ja kurditaustaisilla miehillä. Kun tupakointia koskevassa kysymyksessä kysyttiin vain poltettavia tupakkatuotteita, ei tupakoinnin yleisyys kerro muiden tupakkatuotteiden kuten esimerkiksi nuuskan ja purutupakan käytöstä. Eri maahanmuuttajataustaisten ryhmien välillä näiden käytössä voi olla merkittäviä eroja. Myös muiden kuin tässä tarkasteltujen päihteiden, alkoholin ja kannabiksen, käytössä maahanmuuttajataustaisten ryhmien väliset erot voivat olla merkittäviä. Erityisesti Afrikasta tulleilla maahanmuuttajilla Afrikassa luonnonvaraisena kasvavan, pureskeltavan khatin (*catha edulis*) käyttö voi olla yleisempää kuin Suomessa tyypillisesti käytettyjen huumaavien aineiden. Maamu-tutkimuksen haastattelu sisälsi kysymyksen khatin käytöstä, mutta kysymystä ei raportoida siihen liittyvien validiteettiongelmiensa vuoksi.

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen (AVTK) mukaan suomalaismiehistä 90 % ja naisista 86 % oli vuonna 2010 käyttänyt alkoholia (Helakorpi ym. 2011). Tähän verrattuna alkoholin käyttö oli kaikilla tutkituilla maahanmuuttajataustaisilla ryhmillä vähäistä, erityisesti somalialais- ja kurditaustaisten osalta. Sitä vastoin kannabiksen käyttö oli huolestuttavan yleistä nuorten venäläistaustaisten maahanmuuttajien ryhmässä. 18–29-vuotiaissa venäläistaustaisissa oli kaksi kertaa niin paljon kannabista käyttäneitä (40 %) kuin 15–24-vuotiaiden suomalaisten ryhmässä (20 %, Metso ym. 2012).

Kurditaustaisten maahanmuuttajien elintavoista tai minkään maahanmuuttajaryhmän kannabiksen käytöstä ei Suomessa ole aiemmin tehty laajoja väestötutkimuksia. Maamu-tutkimuksen tulokset alkoholista ja tupakasta vastaavat aiempaa suomalaista tutkimusta somalialais- ja venäläistaustaisista, paitsi että aiemmassa tutkimuksessa venäläistaustaisten alkoholinkäytön yleisyys oli samalla tasolla kuin koko väestön (Pohjanpää ym. 2003). Maamu-tutkimuksen venäläistaustaiset ilmoittivat vähemmän alkoholin suurta kertakulutusta ja enemmän raittiutta kuin tutkimuspaikkakuntien koko väestö. Venäläistaustaisten ja koko väestön väliseen eroon alkoholinkäytössä on suhtauduttava varauksella. WHO:n tuoreimpien tilastojen mukaan (WHO 2010) alkoholin kokonaiskulutus oli vuosina 2003–2005 Venäjällä yli 15 litraa puhdasta alkoholia 15-vuotta täyttäneitä asukasta kohden, kun vuonna 2005 Suomessa vastaava kulutus oli alle 13 litraa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006). Tilastojen perusteella olettaisi, että venäläistaustaisten alkoholinkäyttö olisi vähintään samalla tasolla kuin koko Suomen väestön. Odotusten vastainen tulos voi olla osittain seurausta tutkimusmenetelmistä. On myös mahdollista, että Suomeen muuttaneilla venäläisillä on jo kotimaassaan ollut keskimääräistä vähemmän alkoholinkäyttöä, jolloin odotusten vastainen tulos olisi osittain seurausta valikoituneesta muutosta (Pohjanpää ym. 2003).

Venäläisten ja suomalaisten alkoholinkäyttöä verrattiin vuonna 1997 Pohjois-Karjalassa ja Karjalan Tasavallassa (Laatikainen ym. 2002). Runsasta alkoholinkäyttöä kuvaava kohonnut CDT-arvo oli Karjalan tasavallan miehillä erittäin yleinen (37 %) ja naisillakin paljon yleisempi (18 %) kuin Suomessa (miehet 10 % ja naiset 9 %), vaikka tutkittujen itsensä ilmoittama alkoholinkulutus oli kummallakin alueella lähes sama. Tutkijat totesivat, että alkoholinkäyttöä ei Venäjällä voitu luotettavasti mitata vastaajaan oman arvion perusteella. Aliraportointi ei kuitenkaan ole vain venäläisten alkoholinkäyttöön liittyvä ongelma, vaan kyselytietoihin perustuvat kulutusarvot vastaavat yleensä 30–70 % myydystä alkoholimäärästä (Gmel & Rehm 2004; Huhtanen & Mäkelä 2010).

Tässä tutkimuksessa käytetyt seerumin GGT-arvojen rajat olivat tiukkoja ja raja-arvot ylittävien osuudet jäivät kaikissa tutkituissa ryhmissä pieniksi. Kuitenkin laboratoriotulokset vahvistavat näkemystä somalialaistaustaisten muita vähäisemmästä alkoholin käytöstä tai täysraittiuudesta. Se, että seerumin GGT-arvoissa venäläistaustaisilla ei havaittu eroa suhteessa koko väestöön, vahvistaa näkemystä siitä, että venäläistaustaisten tässä tutkimuksessa itse raportoima alkoholinkäyttö saattaa olla todellista käyttöä alhaisempaa. Tarkempia päätelmiä voidaan tehdä syventävien tutkimusten perusteella, joissa voidaan käyttää matalampia GGT-rajaa- arvoja ja analyseissa voidaan ottaa huomioon näiden arvojen yhteys myös ylipainoon, diabetekseen, lääkkeiden käyttöön ja kroonisiin maksasairauksiin.

Lähteet

- Gmel G, Rehm J. Measuring alcohol consumption. *Contemp Drug Probl* 2004;31:467–540.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 15. Helsinki; 2011.
- Huhtanen P, Mäkelä P. Miten juomatapatutkimuksen aineistot on muodostettu? Teoksessa: Mäkelä P, Mustonen H, Tigerstedt C (toim.). Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2010.
- Laatikainen T, Alho H, Vartiainen A, Jousilahi P, Sillanaukee P, Puska P. Self-reported alcohol consumption and association to carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase in a random sample of the general population of the Republic of Karelia, Russia and North Karelia, Finland. *Alcohol Alism* 2002;37:282–288.
- Metso L, Winter T, Hakkarainen P. Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 17. Helsinki; 2012.
- Mustonen H, Simpura J. Maahanmuuttajien hillityt juomatavat. Teoksessa: Paananen S (toim.). Maahanmuuttajien elämää Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus; 2005.
- Niemelä O, Alastalo P. Mitä maksaentsyymit kertovat kansanterveydestä? Suomen Lääkärilehti 2010;65:903–906.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamiläisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Stakes; 2006.
- Tynjälä J, Kangastupa P, Laatikainen T, Aalto

- M, Niemelä O. Effect of Age and Gender on the Relationship between Alcohol Consumption and Serum GGT: Time to Recalibrate Goals for Normal Ranges. *Alcohol Alcsm* 2012;47:558–562.
- Vlasoff T, Laatikainen T, Korpelainen T, Uhanov M, Pokusajeva S, Rogacheva A, Tossavainen K, Vartiainen E, Puska P. Ten year trends in chronic disease risk factors in the Republic of Karelia, Russia. *Eur J Public Health* 2008;18:666–673.
- WHO. European Status Report on Alcohol and Health 2010. Copenhagen; 2010.

10.2 Ruokatottumukset

Ritva Prättälä

- Venäläis- ja somalialaistaustaiset söivät ruisleipää yhtä yleisesti kuin tutkimuspaikkakuntien samanikäinen koko väestö. Kurditaustaiset söivät ruisleipää harvemmin kuin muut, mutta naiset useammin kuin miehet.
- Somalialaistaustaiset eivät syöneet päivittäin tuoreita kasviksia ja hedelmiä. Somalialaistaustaisten ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia tulisi pikaisesti tutkia tarkemmin, jotta puutteellisen ravitsemuksen riskit voitaisiin arvioida.
- Lukuun ottamatta somalialaistaustaisten huolestuttavan vähäistä kasvien ja hedelmien käyttöä, maahanmuuttajataustaisten ruokatottumukset eivät ratkaisevasti eronneet koko väestön tottumuksista.

Suomessa ei ole aiemmin tehty väestötutkimuksia maahanmuuttajataustaisten ruokatottumuksista. Suomalaisten ravitsemusterapeuttien tekemät havainnot (Paranen ym. 2012) viittaavat siihen, että maahanmuuttajien ravitsemukseen liittyviä ongelmia ovat ylipainoisuus, metabolinen oireyhtymä sekä tyyppin 2 diabetes. Ravitsemusterapeutin vastaanotolle tulleiden maahanmuuttajien on havaittu käyttävän runsaasti rasvaa ruoanlaitossa, juovan ruokajuomana veden sijasta mehua tai virvoitusjuomia sekä syövän vähän kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Kansainvälisten tutkimusten mukaan muutto matalan elintason maasta korkean elintason maahan vaikuttaa ruokavalioon, mutta muutoksen suunta ja suuruus riippuvat muun muassa lähtömaan ja uuden kotimaan ruokakulttuurien välisistä eroista, muuttajan kielitaidosta ja koulutustasosta, sekä ruoan hankkimiseen ja valmistamiseen vaikuttavista ympäristötekijöistä, kuten elintarviketarjonnasta ja ruokapalveluista. Useimmat säilyttävät joitakin lähtömaansa ruokakulttuurin piirteitä, eivätkä kaikki uudessa kotimaassa omaksutut ruokatottumukset ole terveyden kannalta haitallisia (Brussaard ym. 2001; Satia 2010; Delisle 2010). Maahanmuuttajien ravitsemusongelmina tuodaan esiin lihominen (Brussaard ym. 2001; Regev-Tobias 2012), palkokasvien ja perinteisten viljavalmisteiden osuuden väheneminen ruokavaliossa ja korvautuminen rasvaisilla liharuoilla, vähäinen kasvien ja hedelmien mutta runsas voin, sekä soke-ria sisältävien ruokien ja juomien käyttö (Wandel ym. 2008; Delisle 2010).

Menetelmät

Haastattelussa tutkittavilta kysyttiin tavallisten suomalaisten elintarvikkeen käyttöä: leivän päällä käytettävä rasva, ruoanvalmistusrasva, juusto, ruisleipä, tuoreet kasvikset, hedelmät ja marjat, kala sekä nestemäiset maitovalmisteet. Suomalaisissa ravintosuosituksissa on jo pitkään korostettu muun muassa kasvien, marjojen ja hedelmien sekä ruisleivän merkitystä vitamiinien, hivenaineiden ja kuidun lähteenä. Tässä

luvussa tarkastellaan, kuinka suuri osa tutkituista maahanmuuttajataustaisista ryhmistä söi ruisleipää, tuoreita kasviksia sekä hedelmiä tai marjoja päivittäin.

Yksittäisistä ruokatottumuksista ei voi päätellä ruoan ravintoainesisältöä tai kokonaisuutta. Ruokatottumuksiin kohdistuvat kysymykset sopivat ruokavalion ”terveellisyyden” arviointiin: ruisleipää, kasviksia ja hedelmiä päivittäin syövien ruokavalion voidaan arvioida olevan kokonaisuudessaankin lähempänä ravintosuosituksia kuin muiden vastaajien ruokavalion. Ruisleivän, kasvien ja hedelmien syöntiä kysyttiin kolmella kysymyksellä: ”Montako ruisleipäviipaleta syötte tavallisesti päivittäin?”, ”Miten usein olette syönyt vihanneksia ja juureksia (ei perunaa) viimeksi kuluneen viikon (7 pv) aikana sellaisenaan, raasteena tai tuoresalaattina?” ja ”Miten usein olette syönyt hedelmiä ja marjoja viimeksi kuluneen viikon (7pv) aikana?”. Päivittäiskäyttö tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että vastaaja ilmoitti syövänsä kysyttyä ruokaa 6–7 päivänä viikossa. Vihanneksista ja juureksista käytetään jatkossa nimitystä ”kasvikset”, marjoista ja hedelmistä nimitystä ”hedelmät”. Siltä osin kuin samoja kysymyksiä esitettiin Terveys 2011 -tutkimuksessa, vertailuaineistona ovat samoilla paikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistunut 18–64-vuotias koko väestö.

Tulokset

Venäläistaustaiset söivät useammin ruisleipää kuin somalialais- tai kurditaustaiset (taulukko 10.2.1). Venäläistaustaisten ruisleivän käyttö oli yhtä yleistä kuin vastaavankäisen koko väestön, kurditaustaisten harvinaisempaa. Miehet ja naiset söivät yhtä usein ruisleipää, lukuun ottamatta kurditaustaisia: kurditaustaiset naiset söivät useammin ruisleipää kuin miehet (taulukko 10.2.2). Somalialaistaustaisten ruisleivän käyttö vaihteli iän mukaan: alle 30-vuotiaat söivät ruisleipää vähemmän kuin heitä vanhemmat.

Venäläistaustaiset söivät tuoreita kasviksia ja hedelmiä kaikkein useimmin ja useammin kuin koko väestö (taulukko 10.2.1, kuvio 10.2.1). 30 vuotta täyttäneistä venäläistaustaisista joka toinen söi tuoreita kasviksia ja hedelmiä päivittäin. Koko väestössä sekä myös kurditaustaisista päivittäiskäyttäjiä oli noin 40 %. Venäläis- ja kurditaustaiset naiset olivat miehiä useammin kasvien ja hedelmien päivittäiskäyttäjiä. Somalialaistaustaisista kukaan ei syönyt tuoreita kasviksia ja hedelmiä päivittäin.

Taulukko 10.2.1. Ruisleipää, kasviksia ja hedelmiä tai marjoja päivittäin syövät (%).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Ruisleipä	80,1	75,9	59,2	82,2	<0,001	0,387	0,029	<0,001
Kasvikset (yli 29-vuotiaat)	63,6	0,0	46,9	63,7	<0,001 ³	0,966	-. ²	<0,001
Hedelmät tai marjat (yli 29-vuotiaat)	63,6	0,4	68,6	50,8	<0,001	0,001	0,001	0,001
Sekä kasvikset että hedelmät tai marjat (yli 29-vuotiaat)	48,7	0,0	39,2	39,4	0,008³	0,004	-. ²	0,941

¹ Luvut ikävakioituja

² Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

³ Ryhmien välisessä vertailussa mukana vain venäjä-, kurdi- ja suomiryhmät

Taulukko 10.2.2. Ruisleipää, kasviksia ja hedelmiä tai marjoja päivittäin syövät sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Ruisleipä	79,1	80,6	0,704	81,3	70,9	0,040	48,4	73,9	<0,001	81,7	82,7	0,738
Kasvikset (yli 29-vuotiaat)	60,5	65,1	0,434	0,0	0,0	-. ³	40,0	55,3	0,006	60,0	67,1	0,027
Hedelmät tai marjat (yli 29-vuotiaat)	50,5	70,1	0,001	0,3	0,5	0,742	61,1	77,6	0,001	41,6	59,2	<0,001
Sekä kasvikset että hedelmät tai marjat (yli 29-vuotiaat)	41,3	52,3	0,063	0,0	0,0	-. ³	33,0	46,6	0,013	33,5	44,9	0,001
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Ruisleipä	<0,001	0,711	0,828	<0,001	0,004	0,369	0,001	0,007	<0,001	0,268 ⁴	0,129	-. ³
Kasvikset (yli 29-vuotiaat)	<0,001 ⁴	0,948	-. ³	<0,001	0,043⁴	0,583	-. ³	0,010	<0,001	0,110	<0,001	<0,001
Hedelmät tai marjat (yli 29-vuotiaat)	<0,001	0,110	<0,001	<0,001	<0,001	0,008	<0,001	<0,001	<0,001	0,268 ⁴	0,129	-. ³
Sekä kasvikset että hedelmät tai marjat (yli 29-vuotiaat)	0,268 ⁴	0,129	-. ³	0,990	0,177 ⁴	0,069	-. ³	0,763	<0,001	0,110	<0,001	<0,001

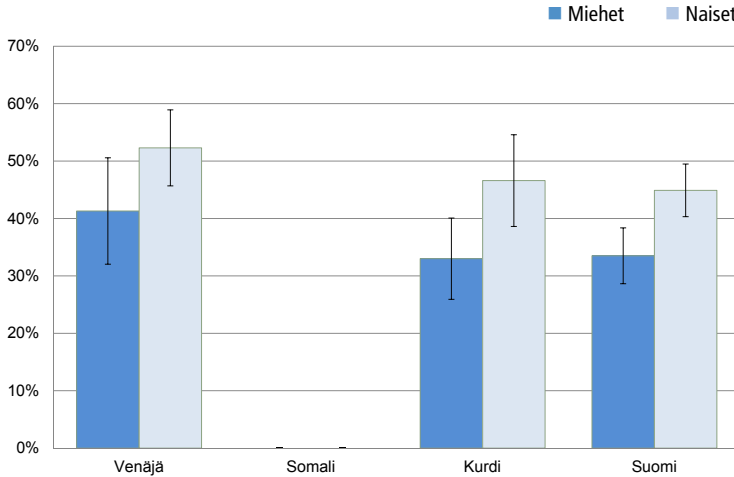
¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

³ Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

⁴ Ryhmien välisessä vertailussa mukana vain venäjä-, kurdi- ja suomiryhmät

Kuvio 10.2.1. Sekä kasviksia että hedelmiä tai marjoja päivittäin syövien osuus yli 29-vuotiaista sukupuolittain (%).



Pohdinta

Venäläistaustaisten ruokatottumukset olivat lähimpänä koko väestön tottumuksia. Tämä on ymmärrettävää jo Suomen ja Venäjän ruokakulttuurien ja naapuruuden vuoksi. Ruisleipä kuuluu perinteiseen venäläiseen ja suomalaiseen ruokavalioon. Venäläiselle ruokakulttuurille on ollut myös tyypillistä kasvien (kaali, sipuli, suolakurkut, juurekset, marjat, sienet) monipuolinen käyttö, varsinkin säilöttynä. Pohjois-Karjalan suomalaisten ja Karjalan Tasavallan venäläisten ruokatottumuksia vertailevassa tutkimuksessa todettiin, että kasvien ja hedelmien kulutus kasvoi Karjalan tasavallassa sitä mukaa, kun tuotteiden saatavuus alkoi parantua 1990-luvun alussa (Paalanen ym. 2010). On mahdollista, että Suomeen muuttaneet venäläiset ovat nopeasti alkaneet suosia tuoreita kasviksia ja hedelmiä, sillä näitä on kaupungeissa saatavilla ympäri vuoden.

Yllättävän monet kurdi- ja somalialaistaustaiset kertoivat syövänsä ruisleipää päivittäin, vaikka ruisleipä tuskin kuuluu näiden ryhmien perinteiseen ruokakulttuuriin. Tämä voi liittyä esimerkiksi siihen, että ruisleipää on usein tarjolla koulujen ja oppilaitosten ruokaloissa ja muissa ruokapalveluissa. Norjalaisessa maahanmuuttajatutkimuksessa kävi ilmi, että Pakistanista ja Sri Lankasta muuttaneet omaksuivat norjalaisten tavan syödä säännöllisesti leipää aamupalalla ja lounaan yhteydessä (Wandel ym. 2008).

Somalialaistaustaisten kasvien ja hedelmien käyttö oli huolestuttavan vähäistä. Perinteinen afrikkalainen ruokavalio edistää terveyttä, silloin kun siinä on runsaasti palkokasveja, täysjyväviljaa, kasviksia ja hedelmiä, mutta vähän rasvaista lihaa, sokeria ja rasvaa. Eräissä afrikkalaisiin maahanmuuttajiin kohdistuvissa tutkimuksissa kasvien ja hedelmien käyttö on todettu erittäin vähäiseksi, mutta sokerinsaanti

virvoitusjuomien takia suureksi, mistä on seurannut ylipainoisuutta ja muita ravitsemusongelmia (Brussaard ym. 2001; Delisle 2010; Regev-Tobias ym. 2012) Suomen somialaistaustaisten ruokavaliosta tulee tehdä tarkempi ruoankäyttötutkimus, jonka perusteella voidaan arvioida mahdollisia ravitsemuksen puutteita ja näistä aiheutuvia terveyshaittoja.

Lähteet

- Brussaard JH, van Erp-Baart, MA, Brants HAM, Hulshof KFAM, Löwik MRH. Nutrition and health among migrants in the Netherlands. *Public Health Nutr* 2001;4:659–664
- Delisle H. Findings on dietary patterns in different groups of African origin undergoing nutrition transition. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010;35:224–228.
- Paalanen L, Prättälä R, Palosuo H, Laatikainen T. Socio-economic differences in the consumption of vegetables, fruit and berries in Russian and Finnish Karelia: 1992–2007. *Eur J Pub Health* 2010;21:35–42.
- Partanen R, Juntunen S, Saukkonen T. Maahanmuuttajat ravitsemusterapeutin vastaanotolla Helsingissä. *Bolus* 2012;3:8–10.
- Regev-Tobias H, Reifen R, Endevelt R, Havkin O. Dietary acculturation and increasing rates of obesity in Ethiopian women living in Israel. *Nutrition* 2012;28:30–34.
- Satia JA. Dietary acculturation and the nutrition transition: an overview. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010;35:219–223.
- Wandel M, Råberg M, Kumar B, Holmboe-Ottesen. Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: The effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite* 2008;50:376–385.

10.3 Kuntoliikunnan harrastaminen, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys

Tomi Mäkinen

- Somalialais- ja kurditaustaiset harrastivat vähemmän kuntoliikuntaa kuin tutkimuspaikkakuntien samanikäinen koko väestö.
- Somalialaistaustaiset miehet ja naiset sekä kurditaustaiset naiset raportoivat työn ruumiillista rasittavuutta tutkimuspaikkakuntien samanikäistä koko väestöä vähemmän.
- Kurditaustaiset, erityisesti naiset, kokivat itsensä väsyneeksi muita ryhmiä useammin.

Fyysinen aktiivisuus tarkoittaa kaikkea lihastyötä, joka lisää energiankulutusta lepotasosta. Liikunnalla sen sijaan tarkoitetaan säännönmukaisesti tehtyä fyysistä aktiivisuutta, jonka tavoitteena voi olla esimerkiksi nautinto, ilo tai terveyshyödyt. Tässä luvussa tarkastellaan vapaa-ajan kuntoliikunnan harrastamista ja työn ruumiillista rasittavuutta sekä kokemusta unen riittävydestä. Terveyden kannalta riittävä fyysinen aktiivisuus on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ja yhteiskunnallisista haasteista (Husu ym. 2011; Mäkinen 2010; WHO 2009). Aikaisempien THL:n väestötutkimusten perusteella (Husu ym. 2011) suomalaisten työikäisten tulisi harrastaa enemmän lihaskuntoharjoittelua. Riittävä uni on oleellista päivän fyysisistä ja henkisistä rasituksista toipumiseen. Uni voi vaikuttaa myös terveystottumuksiin kuten tupakointiin, alkoholin käyttöön ja liikuntaan sekä voi olla yhteydessä terveydentilaan. Suomalaiset miehet nukkuvat hieman pidempään kuin naiset (Kronholm ym. 2007).

Kansainvälisestä tutkimuksesta Euroopassa ja Yhdysvalloissa tiedetään, että maahanmuuttajataustaiset liikkuvat vähemmän ja heidän liikuntansa vastaa harvemmin terveysliikuntasuosituksia verrattuna kantaväestöön (Lindström ym. 2003; Marshall ym. 2007; Zaninotto ym. 2007). Suomessa asuvia maahanmuuttajia on tutkittu aikaisemminkin, mutta tutkimuksessa tarkasteltiin vain vapaa-ajan liikunnan useutta. Vapaa-ajan liikunnan harrastamien oli melko yleistä venäläisillä, virolaisilla, somalialaisilla ja vietnamilaisilla (Pohjanpää ym. 2003). Suomessa asuvien maahanmuuttajien fyysisen aktiivisuuden intensiteetin tasosta vapaa-ajalla ja työssä sekä koetusta unen riittävydestä ei kuitenkaan tiedetä tarpeeksi.

Menetelmät

Kuntoliikunnan harrastamista, työn ruumiillista rasittavuutta ja unen riittävyttä selvitettiin haastattelussa. Kysymys kuntoliikunnan harrastamisesta sisältyi myös lyhyt-haastatteluun. Kuntoliikunnan harrastamista vapaa-ajalla tiedusteltiin kysymyksellä

”Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa”. Vastausvaihtoehdot olivat ”Luen, katselen televisiota ja suoritan askareita, joissa en paljonkaan liiku ja jotka eivät rasita minua ruumiillisesti”, ”Liikun kävellen, pyöräillen, tai teen kevyttä puutarhatyötä yms. useita tunteja viikossa” tai ”Harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai kilpaurheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia, tai pallopelejä useita tunteja viikossa”. Tässä luvussa tarkastellaan viimeisimmän vastausvaihtoehdon valinneiden, kuntoliikuntaa harrastavien osuutta.

Työn ruumiillista rasittavuutta tiedusteltiin kysymyksellä ”Miten rasittavaa työnne on ruumiillisesti? Työllä tarkoitetaan tässä myös kotityötä ja/tai muuta palkatonta työtä.” Vastausvaihtoehdot olivat ”Työni on pääasiallisesti istumatyötä, enkä kävele paljonkaan työaikani”, ”Kävelen työssäni melko paljon, mutta en joudu nostelemaan tai nousemaan portaita tai ylämäkeä”, ”Joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan paljon tai nousemaan portaita tai ylämäkeä” tai ”Työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudun nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapioimaan tai hakkaamaan, jne.” Mikäli tutkittava ei ollut työssä, haastattelijat oli ohjeistettu valitsemaan ensimmäisen vastausvaihtoehdon. Tässä luvussa tarkastellaan vähintään melko rasittavaa työtä tekeviä (3. ja 4. vastausvaihtoehdon valinneet yhteensä). Vapaa-ajan kuntoliikuntaa ja työn ruumiillista rasittavuutta mittaavat kysymykset on havaittu toimiviksi aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutuksia ja väestöryhmittäisiä eroja (Mäkinen 2010; Hu ym. 2005; Welin ym. 2003). Kuntoliikunnan harrastamisen ja työn ruumiillisen rasittavuuden kysymyksissä vertailuaineistona ovat samoilla paikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistunut 18–64-vuotias koko väestö.

Unen riittävyttä tiedusteltiin kysymyksellä ”Oletko yleensä enemmän väsynyt päiväsaikaan muihin ikäisiin verrattuna?”. Vastausvaihtoehdot olivat lähes aina, usein (ainakin viikoittain), en tai en tiedä. Vastausvaihtoehdon aina tai usein valinneet on määritelty itsensä väsyneeksi kokeviksi.

Tulokset

Kuntoliikunnan harrastaminen vaihteli tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 10.3.1, kuvio 10.3.1), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain (taulukko 10.3.2). Joka viides somalialaistaustainen ja joka neljäs kurditaustainen harrasti kuntoliikuntaa, mikä oli tutkimuspaikkakuntien samanikäistä koko väestöä vähemmän. Venäläistaustaisista lähes joka kolmas harrasti kuntoliikuntaa, mikä vastasi samanikäistä koko väestöä. Koko väestön tapaan, kurditaustaiset miehet harrastivat kuntoliikuntaa naisia useammin (30 % ja 18 %). Sen sijaan venäläistaustaisilla sukupuolten välillä ei ollut eroa (33 % ja 28 %). Somalialaistaustaiset miehet harrastivat kuntoliikuntaa naisia useammin (23 % ja 15 %), ja ero oli lähes tilastollisesti merkitsevä.

Myös työn ruumiillista rasittavuutta raportoivien osuus vaihteli tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 10.3.1), ja ryhmät erosivat toisistaan sukupuolittain (tauluk-

ko 10.3.2). Venäläistaustaisista 18 % raportoi työn ruumiillista rasittavuutta, miehet naisia useammin (25 % ja 14 %). Osuudet vastasivat työn ruumiillista rasittavuutta raportoivien osuuksia samanikäisessä koko väestössä (27 % ja 19 %). Kurditaustaisista 16 % raportoi työn ruumiillista rasittavuutta, miehet selvästi naisia useammin (21 % ja 10 %). Somalialaistaustaisista harvempi kuin yksi kymmenestä raportoi työn ruumiillista rasittavuutta, eikä sukupuolten välillä havaittu eroa (10 % ja 7 %). Somalialais- ja kurditaustaiset naiset altistuivat työn ruumiilliselle rasitukselle selvästi harvemmin kuin naiset koko väestössä. Vastaavasti somalialaistaustaiset miehet altistuivat työn ruumiilliselle rasitukselle koko väestön miehiä harvemmin.

Kurditaustaisista peräti 40 % koki itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna, ja osuus oli selvästi suurempi kuin venäläis- ja somalialaistaustaisilla (20 % ja 23 %, taulukko 10.3.1). Kaikissa ryhmissä naiset kokivat itsensä väsyneemmäksi miehiin verrattuna (taulukko 10.3.2). Naisista lähes joka toinen kurditaustainen, joka kolmas somalialaistaustainen ja joka neljäs venäläistaustainen koki itsensä väsyneeksi. Miehistä itsensä väsyneeksi koki joka kolmas kurditaustainen, joka kymmenes somalialaistaustainen ja 15 % venäläistaustaisista.

Taulukko 10.3.1. Kuntoliikunnan harrastaminen vapaa-ajalla, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa	29,7	19,0	24,6	31,2	<0,001	0,534	<0,001	0,009
Työ ruumiillisesti vähintään melko rasittavaa	18,4	8,0	16,2	22,5	<0,001	0,099	<0,001	0,013
Kokee itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna	19,8	22,9	40,2	- ²	<0,001	- ²	- ²	- ²

¹ Luvut ikävakioituja

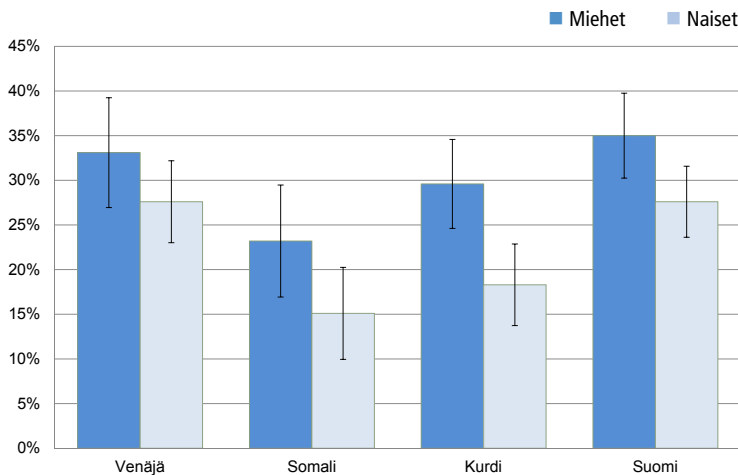
² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Taulukko 10.3.2. Kuntoliikunnan harrastaminen vapaa-ajalla, työn ruumiillisen rasittavuuden ja unen riittävyys sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa	33,1	27,6	0,160	23,2	15,1	0,051	29,6	18,3	0,001	35,0	27,6	0,017
Työ ruumiillisesti vähintään melko rasittavaa	25,4	14,4	0,005	9,5	6,5	0,430	21,1	10,1	0,001	26,5	18,6	0,008
Kokee itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna	14,7	22,7	0,047	10,7	33,8	<0,001	35,0	47,1	0,007	.. ³	.. ³	.. ³
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet				Naiset							
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa	0,011	0,355	0,002	0,043	0,003	0,717	0,006	0,019				
Työ ruumiillisesti vähintään melko rasittavaa	0,009	0,981	0,003	0,260	0,001	0,106	0,002	0,004				
Kokee itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³	<0,001	.. ³	.. ³	.. ³				

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 10.3.1. Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa harrastavien osuus sukupuolittain (%).



Pohdinta

Erityisesti somalialaistaisen väestön fyysisen aktiivisuuden edistäminen olisi tärkeää, sillä heistä varsinkin naisten kuntoliikunnan harrastaminen oli vähäistä ja ylipainoisuus yleistä (ks. luku 5.1). Voi olla, että taustalla ovat monet kulttuuriset, perhetilanteeseen ja elinoloihin liittyvät tekijät, joiden takia kuntoliikunnan harrastaminen ei ole arvostettua eikä aina mahdollistakaan. Terveysliikuntasuositusten toteutumista arvoitaessa on otettava huomioon, että terveyden kannalta riittävä fyysisen aktiivisuuden määrä voidaan saavuttaa myös hyötyliikunnassa, jonka määrää tässä tutkimuksessa ei ole kattavasti arvioitu. Myös kurditaustaisten fyysinen aktiivisuus poikkesi koko väestöstä, joskin ero koko väestöön ei ollut yhtä suuri somalialaistaisiin verrattuna. Venäläistaisen väestön liikuntatottumukset vastasivat koko väestöä. Kurditaustaisten, erityisesti naisten unen riittävyttä pitäisi tutkia syvällisemmin, sillä riittämätön uni voi liittyä esimerkiksi psyykkiseen oireiluun (ks. luku 9.1) ja kipuoireisiin (ks. luku 4.5).

Lähteet

- Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Barengo NC, Peltonen M, Jousilahti P. The effects of physical activity and body mass index on cardiovascular, cancer and all-cause mortality among 47 212 middle-aged Finnish men and women. *Int J Obes* 2005;29:894–902.
- Husu P, Paronen O, Suni J, Vasankari T. Suomalaisen fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja: 15. Helsinki; 2011.
- Kronholm E, Härmä M, Hublin C. Uni ja Nukkuminen. Teoksessa: Prättälä R, Paalanen L (toim.). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B2. Helsinki; 2007.
- Lindström M, Moghaddassi M, Merlo J. Social capital and leisure-time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmö, Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:23–28.
- Marshall SJ, Jones DA, Ainsworth BE, Reis JP, Levy SS, Macera CA. Race/ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:44–51.
- Mäkinen T. Liikunta-aktiivisuuden sosioekonomisten erojen trendit ja selitykset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimussarja: 41. Helsinki; 2010.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Welin L, Bresater LE, Eriksson H., Hansson PO, Welin C, Rosengren A. Insulin resistance and other risk factors for coronary heart disease in elderly men. The Study of Men Born in 1913 and 1923. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:283–288.
- WHO. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. Saatavilla: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- Zaninotto P, Mindell J, Hirani V. Prevalence of cardiovascular risk factors among ethnic groups: results from the Health Surveys for England. *Atherosclerosis* 2007;195:48–57.

11 TOIMINTA- JA TYÖKYKY

11.1 Fyysinen toimintakyky ja liikkumisen apuvälineet

Shadia Rask, Päivi Sainio, Sari Stenholm, Mariitta Vaara, Tuula Hurnasti

- Toimintakykymittauksissa keskimääräisesti parhaiten suoriutuivat venäläistaustaiset, kun taas heikoiten suoriutuivat somalialaistaustaiset.
- Koetut vaikeudet liikkumisessa olivat yleisimpiä kurditaustaisilla miehillä ja naisilla sekä somalialaistaustaisilla naisilla, ja heidän osaltaan vaikeudet olivat selvästi yleisempiä kuin tutkimuskuntien 18–64-vuotiaassa koko väestössä. Kurdi- ja somalialaistaustaisista 45 vuotta täyttäneistä naisista yli 60 % koki vaikeuksia portaiden nousussa.
- Kaikissa kolmessa tutkitussa ryhmässä liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuudet olivat vähäisiä.

Toimintakyky muodostuu ihmisen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista edellytyksistä selviytyä elinympäristössään hänen itsensä ja muun ympäristön hänelle asettamien vaatimusten mukaisesti (TOIMIA-tietokanta). Kansainvälisessä toimintakykyluokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health) toimintakyky jäsennetään kehon rakenteiksi ja toiminnoiksi, niiden varaan osaltaan perustuviksi suorituksiksi ja näiden suoritusten sekä muiden tekijöiden mahdollistamaksi osallistumiseksi yhteisön elämään (ICF 2004). Tässä luvussa käsitellään toimintakykyä mitatun ja koetun fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta, kun taas psyykkistä toimintakykyä käsitellään psyykkisten oireiden ja mielenterveyden näkökulmasta luvussa 9.1. ja sosiaalista toimintakykyä luvussa 11.3. Lisäksi tässä luvussa kuvataan myös liikkumisen apuvälineiden käytön yleisyyttä.

Suomalaisen väestön toimintakyky on parantunut merkittävästi jo 1970-luvulta alkaen (Aromaa & Koskinen 2002; Koskinen ym. 2012), mutta myönteisestä kehityksestä huolimatta toimintarajoitteiden yleisyydessä on yhä huomattavia eroja muun muassa iän, sukupuolen, koulutuksen, siviilisäädyn ja asuinalueen mukaan (esim. Aromaa & Koskinen 2002; Martelin ym. 2005; Sainio ym. 2007; Laitalainen ym. 2010). Suomalaisessa väestössä liikkumisen apuvälineiden käyttö lisääntyy selkeästi iän myötä (Koskinen ym. 2012), naisilla jyrkemmin kuin miehillä.

Suomessa asuvan maahanmuuttajataustaisen väestön fyysisestä toimintakyvystä tai apuvälineiden käytöstä on niukasti tietoa. Eri maahanmuuttajataustaisten ryhmien toimintakyvystä on vähän tietoa myös kansainvälisesti. Kansainvälisissä tutkimuk-

sisä heikomman terveydentilan ja toiminnanrajoitusten on havaittu olevan hieman yleisempiä etnisten vähemmistöjen keskuudessa kuin muussa väestössä (esim. Andersen & Brownson 2000; Mendes de Leon ym. 1995). Lihavuudella on yhteys koettuihin toiminnanrajoituksiin ja vaikeuksiin päivittäisissä toimissa (esim. Jensen & Hsiao 2010; Al Snih ym. 2010; Stenholm ym. 2007), ja lihavuuden yleisyydessä tiedetään olevan eroja etnisten ryhmien välillä (esim. Ogden ym. 2006). Myös maahanmuuttajataustalla ja maassa olon ajalla tiedetään olevan yhteys lihavuuteen (esim. Goel ym. 2004). Amerikkalaisessa väestötutkimuksessa havaittiin, että korkeammasta lihasmassaosuudesta huolimatta afroamerikkalaiset ja latinotaustaiset suoriutuvat fyysisen toimintakyvyn mittauksissa valkoista väestöä heikommin (Araujo ym. 2010). Afroamerikkalaiset myös kokevat toimintakyvynsä testisuorituksiinsa verrattuna huonommaksi kuin valkoinen väestö (Spencer ym. 2008). Koetut kävelyvaikeudet ovat yleisempiä afroamerikkalaisilla ja latinotaustaisilla valkoiseen väestöön verrattuna, ja afroamerikkalaisilla liikkumisen apuvälineiden käyttö on valkoista väestöä yleisempää (Resnik ym. 2006).

Menetelmät

Fyysistä toimintakykyä kartoitettiin terveystarkastuksessa mittausten ja kysymyssarjojen avulla. Toimintakykymittauksina oli kolme tasapainoa ja voimaa mittaava testiä, jotka soveltuvat työikäisen väestön toimintakyvyn arviointiin (Curb ym. 2006). Tasapainotestissä tutkittavaa pyydettiin seisomaan yhdellä jalalla ilman kenkiä, kantapää vastakkaisen jalan polvitaipeen korkeudella. Testiasennossa jalkaterä lepäsi säären sisäsivua vasten, polvi oli kiertyneenä ulospäin ja kädet olivat vapaana sivulla. Tutkittavaa pyydettiin seisomaan mahdollisimman liikkumatta enintään 60 sekunnin ajan, ja käyttämään käsiään tasapainon säilyttämiseen vain tarvittaessa. Tutkittava sai yrittää maksimaalista suoritusta kaksi kertaa, paitsi jos tutkittava jo ensimmäisessä suorituksessaan saavutti maksimiajan. Tuloksena käytettiin parempaa arvoa. Mittausta ei tehty, jos tutkittavalla oli vaikea huimaus tai voimakkaita selän ja alaraajojen kipuoireita. Tasapainotestiin osallistumisessa oli eroja ryhmien välillä, joiden mahdollisia syitä pohditaan tämän luvun lopussa. Aktiivisimmin osallistuivat venäläistaustaiset (99 %) ja somalialaistaustaiset (95 %), ja vähiten aktiivisesti kurditaustaiset (91 %). Tasapainotestin tuloksista on rajattu pois raskaana olevat naiset.

Puristusvoima mitattiin kahdesti dominoivasta kädestä Smedley Hand Dynamometer -mittarilla. Kolmas mittaus tehtiin, jos kahden ensimmäisen mittauksen ero oli yli 10 %. Suoritusten välillä pidettiin 30 sekunnin tauko. Tuloksena käytettiin parempaa arvoa. Mittauksen ajan tutkittava istui standardoidulla tuolilla ryhdikkäässä asennossa selkä suorassa ja jalat tukevasti lattialla. Mitattavan käden olkaparsi oli kevyesti kiinni vartalossa. Tutkittavaa kannustettiin maksimaaliseen suoritukseen. Mittausta ei tehty, jos käteen oli tehty laajempi leikkaus viimeksi kuluneiden 6 kuukauden aikana tai jos käsi oli turvonnut, tulehtunut tai siinä oli voimakasta kipua.

Puristusvoimatesti tehtiin lähes kaikille: venäläistaustaisista yli 99 %:lle, somalialaistaustaisista 99 %:lle ja kurditaustaisista 97 %:lle.

Tuolilta nousu -testissä tutkittavaa pyydettiin nousemaan standardoidulta tuolilta seisomaan kymmenen kertaa ilman käsien apua mahdollisimman nopeasti (Csuka & McCarty 1985). Pystyasennossa tutkittavan tuli ojentaa polvet ja istuma-asennossa selän tuli koskettaa selkänojaan. Suoritukseen kulunut aika mitattiin. Mitasta ei tehty, jos tutkittavalla henkilöllä oli heikko seisomatasapaino tai jos hän tarvitsi apua seisomaan nousussa. Myös tähän testiin osallistumisessa oli eroja ryhmien välillä: venäläis- ja somalialaistaustaisista 98 % ja kurditaustaisista 92 % osallistui. Testiin osallistuneista 99 % pystyi tekemään testin kokonaan eli nousemaan tuolilta kymmenen kertaa.

Raskaana olevia naisia ei ole rajattu puristusvoimatestin ja tuolilta nousu -testin tuloksista pois, koska raskaudessaan pidemmällä olleet ja suorituksen siitä syystä hankalaksi kokeneet naiset useimmiten kieltäytyivät osallistumasta testiin. Tutkimushoitajia myös ohjeistettiin jättämään kaikki sellaiset testit tekemättä, jotka pitkällä olevan raskauden tai muiden syiden vuoksi olisivat tutkittavalle epämukavia.

Kysymyssarjojen avulla kartoitettiin tutkittavan kokemia vaikeuksia seuraavissa liikkumiskykyä vaativissa toiminnoissa: sadan metrin juoksu, puolen kilometrin kävely, usean kerrosvälin nouseminen portaita levähtämättä ja viiden kilon painoisen ostokassin kantaminen sadan metrin matkan. Neljän vastausvaihtoehdon avulla tutkittava arvioi, pystyykö hän toimintoon vaikeuksista, onko vaikeuksia jonkin verran, onko toiminto erittäin vaikeaa, vai eikö hän pysty siihen lainkaan. Liikkumisen apuvälineiden käytöstä esitettiin yleinen seulakysymys, johon myönteisesti vastanneilta kysyttiin erikseen, minkälaisesta apuvälineestä oli kyse (kävelykeppi, kävelysauvat, rollaattori, erikoispolkupyörä, pyörätuoli, vammaisvarustettu auto, nosto- tai siirtolaite, jokin muu liikkumisen apuväline). Liikkumisen apuvälineiden käyttöä, sadan metrin juoksua, puolen kilometrin kävelyä ja portaiden nousua koskevat kysymykset olivat mukana myös lyhythaastattelussa. Vastaavia kysymyksiä on käytetty Terveys 2000 ja 2011 -tutkimuksissa (Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012), ja niiden lähtökohtana on niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin väestötutkimuksissa käytetyt kysymysmuodot (McWhinnie ym. 1981; Aromaa ym. 1989). Tutkimuskuntien 18–64-vuotiaan koko väestön aineistoa käytetään vertailukohtana niiden muuttujien osalta, joita on tutkittu vertailukelpoisesti ja raportoitu Terveys 2011 -tutkimuksessa.

Tulokset

Tasapainotestissä maksimaalisen ajan (60 sekuntia) saavuttaneiden osuudet erosivat vertailtavien ryhmien välillä, etenkin naisten osalta (taulukot 11.1.1 ja 11.1.2). Testiin osallistuneista 51–71 % saavutti maksimajan, joten testi osoittautui melko helpoksi, eikä se erotellut parhaiten suoriutuneita tutkittavia. Erityisen hyvin tasapainotestissä suoriutuivat venäläistaustaiset naiset, joista yli 80 % pysyi mitta-asennossa maksi-

miajan. Miesten suorituksissa ei ollut eroja ryhmien välillä: kaikissa ryhmissä hieman yli puolet saavutti maksimiamajan. Miesten ja naisten väliset erot tasapainossa olivat erilaisia tutkituissa ryhmissä. Venäläistaustaiset naiset suoriutuivat kaikissa ikäryhmissä selvästi venäläistaustaisia miehiä paremmin. Somalialaistaustaisten suoritukset eivät vaihdelleet sukupuolittain koko 18–64-vuotiaassa väestössä, mutta ikäryhmittäin tarkasteltuna somalialaistaustaiset naiset suoriutuivat miehiä paremmin 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä, kun taas 45–64-vuotiaiden keskuudessa miesten tasapaino (41 %) oli naisia (15 %) parempi. Kurditaustaiset naiset suoriutuivat testissä hieman kurditaustaisia miehiä paremmin (66 % ja 57 %), mutta ero näkyi vain 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä, kun taas kahdessa vanhemmassa ryhmässä sukupuolten välisiä eroja ei ollut. Kaikissa tutkituissa ryhmissä tasapaino oli 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä selvästi heikompi kuin sitä nuoremmilla.

Maksimaalinen puristusvoima vaihteli ryhmien välillä (taulukko 11.1.1), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain tarkasteltuna (taulukko 11.1.2, kuvio 11.1.1). Venäläistaustaiset, sekä miehet että naiset, saivat keskimääräisesti parhaimmat puristusvoimatulokset, kun taas somalialaistaustaisilla puristusvoima oli heikoin. Kaikissa ryhmissä miehillä oli selvästi parempi puristusvoima kuin naisilla.

Taulukko 11.1.1. Mitattu fyysinen toimintakyky¹.

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Tasapainotestissä maksimiamajan saavuttaneiden osuus (%)	70,9	51,1	60,7	<0,001
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	33,9	26,0	35,5	<0,001
Kymmeneen tuolilta nousuun kulunut aika (s, ka)	21,4	25,2	23,6	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

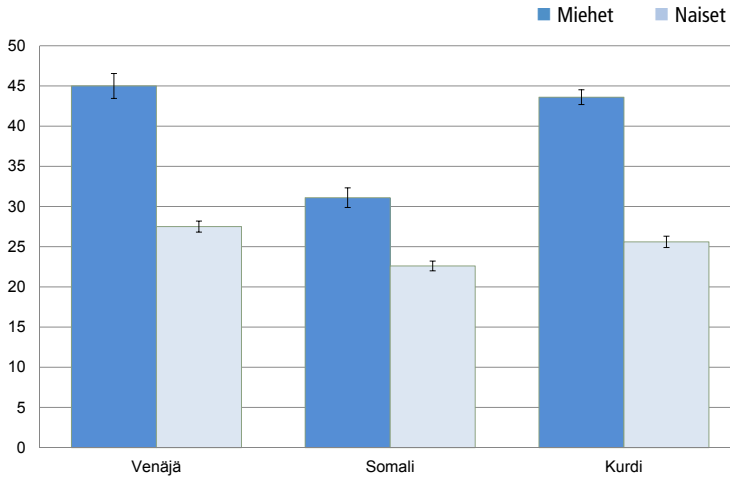
Taulukko 11.1.2. Mitattu fyysinen toimintakyky sukupuolittain¹.

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Tasapainotestissä maksimiamajan saavuttaneiden osuus (%)	57,6	81,9	<0,001	51,3	50,3	0,846	57,2	65,6	0,049	0,477	<0,001
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	45,0	27,5	<0,001	31,1	22,6	<0,001	43,6	25,6	<0,001	<0,001	<0,001
Kymmeneen tuolilta nousuun kulunut aika (s, ka)	20,3	22,0	<0,001	23,8	26,1	0,003	22,8	24,6	0,002	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 11.1.1. Maksimaalinen puristusvoima sukupuolittain (kg, keskiarvo).



Puristusvoima vaihteli ikäryhmittäin tilastollisesti merkitsevästi venäläis- ja kurditaustaisilla, mutta selkeää iänmukaista heikkenemistä tuloksissa ei ollut havaittavissa. Somalialaistaustaisten puristusvoimatuloksilla ei ollut yhteyttä ikään.

Tuolilta nousu -testiin käytetty aika vaihteli ryhmien välillä (taulukko 11.1.1), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain tarkasteltuna (taulukko 11.1.2). Nopeimmin kymmenestä noususta suoriutuivat venäläistaustaiset (21 s), kun taas somalialaistaustaisilla testin suorittaminen vei eniten aikaa (25 s). Kaikissa ryhmissä suoritukset hidastuivat iän myötä, ja miehet suoriutuivat testistä keskimääräisesti naisia nopeammin. Tutkittujen ryhmien väliset erot olivat samanlaiset kaikissa ikäryhmissä. Nuorimmassa ikäryhmässä (18–29-vuotiaat) somalialaistaustaisilla keskimääräinen tulos oli 22 s, kurditaustaisilla 20 s ja venäläistaustaisilla 19 s. Vanhimmissa ikäryhmässä (45–64-vuotiaat) somalialaistaustaisten keskimääräinen tulos oli 28 s, kurditaustaisten 26 s ja venäläistaustaisten 25 s.

Sadan metrin juoksussa vaikeuksia kokevien osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 11.1.3): venäläistaustaisista 86 % suoriutui siitä oman arvionsa mukaan vaikeuksista, somalialaistaustaisista 74 % ja kurditaustaisista 67 %. Ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain tarkasteltuna (taulukko 11.1.4). Juokseminen tuotti vaikeuksia yleisimmin kurditaustaisille naisille, joista peräti 43 % arvioi, ettei selviydy siitä ilman vaikeuksia. Myös somalialaistaustaisista naisista useampi kuin joka kolmas ilmoitti vaikeuksista, kun taas venäläistaustaisista naisista vaikeuksista kertoi 17 %. Kurditaustaisista miehistä joka neljäs koki vaikeuksia, kun vastaavat osuudet venäläis- ja somalialaistaustaisilla miehillä olivat 8 ja 12 %. Kaikissa tutkituissa ryhmissä vaikeudet sadan metrin mittaisen matkan juoksemisessa lisääntyivät iän myötä ja olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Naisten ja miesten välinen ero oli erityisen suuri 45–64-vuotiailla.

Taulukko 11.1.3. Liikkumiskykyä vaativista toiminnoista vaikeuksista suoriutuvien ja liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Sadan metrin juoksu	86,2	74,2	67,0	..2	<0,001	..2	..2	..2
Puolen kilometrin kävely	96,3	87,2	71,1	95,6	<0,001	0,579	<0,001	<0,001
Usean kerrosvälin nouseminen portaita	89,8	72,3	65,4	91,2	<0,001	0,343	<0,001	<0,001
Ostokassin kantaminen (5 kg) sadan metrin matkan	93,7	85,1	66,2	93,7	<0,001	0,972	<0,001	<0,001
Liikkumisen apuvälineitä käyttävät	0,6	3,5	1,3	..2	0,011	..2	..2	..2

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Taulukko 11.1.4. Liikkumiskykyä vaativista toiminnoista vaikeuksista suoriutuvien ja liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus sukupuolittain (%¹).

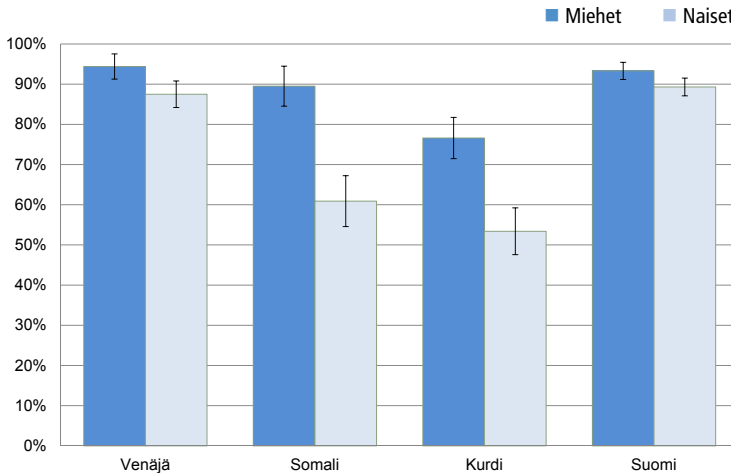
	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Sadan metrin juoksu	91,7	83,3	0,004	87,7	64,8	<0,001	75,8	57,1	<0,001	..3	..3	..3
Puolen kilometrin kävely	96,0	96,4	0,834	96,3	81,2	0,006	78,3	63,7	0,003	96,2	95,0	0,401
Usean kerrosvälin nouseminen portaita	94,4	87,5	0,009	89,5	60,9	<0,001	76,6	53,4	<0,001	93,3	89,3	0,013
Liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus	1,0	0,3	0,338	2,6	4,1	0,524	1,8	0,9	0,430	..3	..3	..3
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Sadan metrin juoksu	<0,001	..3	..3	..3	<0,001	..3	..3	..3	<0,001	..3	..3	..3
Puolen kilometrin kävely	<0,001	0,913	0,964	<0,001	<0,001	0,376	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Usean kerrosvälin nouseminen portaita	<0,001	0,538	0,189	<0,001	<0,001	0,351	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Liikkumisen apuvälineitä käyttävät	0,738	..3	..3	..3	0,006	..3	..3	..3	0,006	..3	..3	..3

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 11.1.2. Portaiden noususta (useita kerrosvälejä) vaikeuksista suoriutuvien osuus sukupuolittain (%).



Portaiden nousemisessa vaikeuksia kokevien osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 11.1.3), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain tarkasteltuna (taulukko 11.1.4, kuvio 11.1.2,). Noin joka kymmenes venäläistaustainen koki vaikeuksia nousta portaita useita kerrosvälejä, naisista hiukan suurempi osuus kuin miehistä. Tämä vastasi vaikeuksia kokevien osuutta vastaavan ikäisessä koko väestössä. Sen sijaan sekä somalialais- että kurditaustaisilla vaikeuksien kokeminen oli huomattavasti koko väestöä yleisempää. Somalialaistaustaisista tutkittavista vaikeuksia koki yli neljännes (naisista 39 % ja miehistä 11 %). Kurditaustaisista peräti kolmannekselle portaiden nousu tuotti vaikeuksia, naisista liki puolelle ja miehistä lähes neljännekselle. Kaikissa ryhmissä naiset kokivat vaikeuksia miehiä yleisemmin, ja vaikeuksien kokeminen yleistyi iän myötä. Kaikkein yleisimpiä vaikeudet olivat 45–64-vuotiailla somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla, joista 60–65 % ilmoitti vaikeuksia portaiden nousussa.

Puolen kilometrin kävelystä suoriutumisen tuloksia analysoitiin vain 30 vuotta täyttäneiltä. Venäläistaustaisilla kävelyvaikeudet olivat yhtä harvinaisia (4 %) kuin koko väestössä (3 %), mutta somalialais- ja kurditaustaisilla ne olivat selvästi yleisempiä (13 % ja 29 %, taulukko 11.1.3). Erityisesti kurditaustaisilla miehillä sekä somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla kävelyvaikeudet olivat yleisempiä kuin koko väestössä (taulukko 11.1.4). Sukupuolten välillä ei ollut eroa koko väestössä eikä venäläistaustaisilla, mutta somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla koetut kävelyvaikeudet olivat selvästi yleisempiä kuin miehillä. Kaikissa ryhmissä kävelyvaikeuksia oli enemmän 45–64-vuotiailla kuin 30–44-vuotiailla.

Myös viiden kilon ostokassin kantamista sadan metrin matkan ajan tarkasteltiin vain 30–64-vuotiailla. Vaikeuksia kokevien osuus vaihteli ryhmien välillä: venäläistaustaiset kokivat vaikeuksia saman verran kuin koko väestö (6 %), mutta so-

malialais- ja kurditaustaiset kokivat vaikeuksia selvästi useammin (15 % ja 34 %, taulukko 11.1.3). Kaikissa ryhmissä kantamisvaikeudet olivat yleisempiä 45–64-vuotiailla kuin 30–44-vuotiailla, esimerkiksi vanhemman ikäryhmän kurditaustaisista naisista yli puolet kertoi kantamisvaikeuksista.

Kaikissa kolmessa maahanmuuttajataustaisessa ryhmässä liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuudet olivat vähäisiä (taulukko 11.1.3 ja 11.1.4). Eniten liikkumisen apuvälineitä käyttivät somalialaistaustaiset (4 %) ja heistä erityisesti 45–64-vuotiaat (11 %). Heidän käytössään oli kävelykeppejä ja -sauvoja. Kurdi- ja venäläistaustaisista liikkumisen apuvälineitä käytti enintään 1 %.

Pohdinta

Somalialaistaustaisen väestön muita tutkittuja ryhmiä selvästi heikommat toimintakyymittausten tulokset tulee ottaa vakavasti. Heistä etenkin naiset myös kokevat liikkumiskykynsä huonommaksi kuin tutkimuskuntien työikäinen väestö. Huolestuttavaa on myös se, että kurditaustaisen väestön koettu liikkumiskyky oli muita tutkittuja ryhmiä selvästi heikompi. Liikkumisvaikeudet heikentävät elämänlaatua ja osallistumista sekä itsenäistä selviytymistä. Heikentynyt tasapaino lisää kaatumisriskiä, joka puolestaan voi johtaa lonkkamurtumaan, liikkumiskyvyn heikkenemiseen ja sairaalassa oloon (Bradley 2011). Myös heikentyneen puristusvoiman ja tuolilta nousu -testin tuloksen on osoitettu ennustavan vakavampien toimintarajoitteiden ilmaantumista ja jopa ennenaikaista kuolemista (Guralnik ym. 1994; Bohannon 2008). Mikäli arjen toiminnoissa tarvittava liikkumiskyky kuten portaiden nouseminen tai lyhyehköjen matkojen kävely on vaikeutunut jo työssä, ongelmat kasaantuvat iän myötä toimintakyvyn edelleen heikentyessä. Avun ja palveluiden tarve tulee todennäköisesti lisääntymään merkittävästi, kun nyt työssä toimintarajoitteista kärsivät maahanmuuttajataustaiset ryhmät tulevat vanhuusikään. Kasvavaan palvelutarpeeseen varautuminen edellyttää panostusta etenkin niissä kunnissa, joissa näiden maahanmuuttajataustaisten ryhmien osuus on suuri. Lisäksi terveyden edistämisen toimenpiteitä, palveluita ja vapaaehtoistyötä tulisi suunnata rohkaisemaan maahanmuuttajataustaista väestöä, ja etenkin naisia, huolehtimaan fyysisestä kunnostaan.

Somalialaistaustaisten naisten heikentyneitä fyysisistä toimintakykyä voi selittää lihavuuden yleisyys (ks. luku 5.1). Myös huono kunto ja kuntoliikunnan vähäinen harrastaminen voivat osin selittää liikkumisongelmia (ks. luku 10.3). Mielenkiintoista on, että heikoista toimintakyymittausten tuloksista ja koetuista liikkumisvaikeuksista huolimatta, somalialaistaustaiset arvioivat terveytensä parhaimmaksi tutkituista ryhmistä (ks. luku 4.1), ja he ilmoittivat vähiten pitkäaikaissairauksia (ks. luku 4.2). Venäläistaustaiset puolestaan suoriutuivat tutkituista ryhmistä parhaiten fyysisen toimintakyvyn tutkimuksesta, mutta pitkäaikaissairastavuus ja heikko koettu terveys oli heillä koko väestöä yleisempää (ks. luku 4.1 ja 4.2). Toisaalta venäläistaustaiset

arvioivat koetun elämänlaatunsa selvästi koko väestöä paremmaksi (ks. luku 12.1). Kurditaustaisilla tulokset liikkumisvaikeuksien yleisyydestä ovat sopusuunnassa koettua terveyttä ja sairastavuutta koskevien tulosten kanssa (ks. luku 4.1 ja 4.2). Kurditaustaisten heikkoon koettuun fyysiseen toimintakykyyn voivat liittyä muun muassa kipukokemusten (ks. luku 4.5), psyykkisen oireilun (ks. luku 9.1) sekä traumakokemusten yleisyys (ks. luku 9.2). Mielenkiintoisina jatkotutkimusaiheina on selvittää, selittävätkö esimerkiksi elintavat, eräät yksittäiset sairaudet (esimerkiksi diabetes ja alaraajojen nivelrikko), masennus ja matala D-vitamiinitaso fyysisen toimintakyvyn vaihtelua ryhmien välillä, kuten aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu (esim. Rantanen ym. 2000; Visser ym. 2003).

Toimintakyvyn fyysisiä edellytyksiä mittaavat testit ja tutkittavien omat arviot liikkumiskyvystään täydentävät fyysisestä toimintakyvystä saatavaa kuvaa (Guralnik ym. 1994; Sainio ym. 2006). Testeissä selvitetään tutkittavan maksimaalista suorituskykyä vakioympäristössä tietyllä hetkellä, kun taas arvioidessaan toimintakykyään tutkittava suhteuttaa sitä siihen fyysiseen, sosiaaliseen ja asenneympäristöön, jossa elää ja toimii (ICF 2004). Kulttuuriset tekijät tulee ottaa huomioon tulkittaessa sekä mitatun että koetun fyysisen toimintakyvyn tuloksia. Fyysisen toimintakyvyn rajoitteet voivat heijastaa erinäisiä kotoutumiseen ja maahanmuuttoon liittyviä tekijöitä, kuten asuin- ja elinympäristöön liittyviä pelkoja, pelkoa ja osallistumattomuutta aiheuttavaa syrjintää, psykosomaattista oireilua ja traumatisoituneisuutta, kulttuurisidonnaisia sukupuolirooleja sekä liikuntaan liittyvää tottumattomuutta, ja ne voivat tulla eri tavoin esiin toimintakykymittauksissa ja tutkittavan omissa arvioissa toimintakyvystään. Tärkeä jatkotutkimusaihe on selvittää myös näiden tekijöiden merkitystä fyysisen toimintakyvyn kannalta.

Kulttuuriset tekijät vaikuttavat myös siihen, millä tavoin tutkittava suhtautuu ja motivoituu tekemään toimintakykytestejä. Kenttähenkilöstön haastatteluissa kävi ilmi, että toimintakykytestit aiheuttivat tutkittavissa eniten ihmetystä (ks. luku 17.1), ja toisinaan tutkimushoitajalle jäi mielikuva, ettei tutkittava yrittänyt testissä parasnaan. Ryhmien välisten toimintakykytesteihin osallistumisen erojen pohjalta näyttää siltä, että epäröivä tai kielteinen suhtautuminen oli yleisintä kurditaustaisilla tutkittavilla. Tutkimushoitajien rooli toimintakykymittauksiin motivoinnissa on erittäin keskeinen. Kouluttautuminen testien suorittamiseen vaati intensiivistä opetusta ja harjoittelua, sillä toimintakyvyn mittaamisen merkitys oli useimmiten myös tutkimushoitajille vieras.

Näyttää siltä, että venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten liikkumisen apuvälineiden käyttö on samansuuntaista kuin koko väestössä, joskaan suoria vertailuja ei aineistojen erilaisuuden vuoksi voi tehdä. Vaikka Maamu-tutkimuksen haastattelu oli mahdollista tehdä tutkittavan kotona ja liikuntarajoitteisille tutkittaville tarjottiin taksikuljetus terveystarkastuspaikalle, on mahdollista, että osa liikkumisen apuvälineitä käyttävistä tutkimukseen kutsutuista on jättänyt heikon kunnan vuoksi osallistumatta tutkimukseen. Liikkumisen apuvälineiden käyttö on kaiken kaikkiaan harvinaista työikäisessä väestössä. Joidenkin tutkittujen ryhmien muita heikompi

liikkumiskyky enteilee kuitenkin sitä, että näissä ryhmissä liikkumisen apuvälineiden tarve saattaa lisääntyä iän myötä jyrkemmin kuin muilla.

Maamu-tutkimuksen monipuolinen aineisto tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden selvittää toimintakykytestien ja kysymysten soveltumista maahanmuuttajataustaisen väestön tutkimiseen. Maahanmuuttajataustaisen väestön kasvaessa tarvitaan seurantatietoa myös heidän toimintakyvystään, jotta voimavaroja pystytään kohdentamaan tarkoituksenmukaisesti. Kansallinen TOIMIA-tietokanta (www.toimia.fi) koottaa kaikkien saataville tietoa ja suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta eri käyttötilanteissa. Maamu-hankkeessa käytetyt ja eri tutkimuskielille käännettyt menetelmät viedään tietokantaan vaiheittain. Maamu-aineistoa sekä muuta tutkimustietoa hyödyntäen maahanmuuttajataustaisen väestön toimintakyvyn mittaamisesta tullaan laatimaan tietokannassa julkaistava suositus, joka yhtenäistää ja helpottaa maahanmuuttajataustaisten toimintakyvyn seurantaa tulevaisuudessa (ks. luku 16).

Lähteet

- Al Snih S, Graham J, Kuo Y-F, Goodwin J, Markides K, Ottenbacher K. Obesity and Disability: Relation Among Older Adults Living in Latin America and the Caribbean. *Am J Epidemiol* 2010;171:1282–1288.
- Andresen E, Brownson R. Disability and health status: ethnic differences among women in the United States. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:200–206.
- Araujo A, Chiu G, Kupelian V, Hall S, Williams R, Clark R, McKinlay J. Lean mass, muscle strength, and physical function in a diverse population of men: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010;10:508–515.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kallimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveysstudion perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL 32. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 1989.
- Aromaa A, Koskinen S (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B3. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2002.
- Bohannon R. Hand-Grip Dynamometry Predicts Future Outcomes in Aging Adults. *J Geriatr Phys Ther* 2008;31:3–10.
- Bradley S. Falls in Older Adults. *Mt Sinai J Med* 2011;78:590–595.
- Csuka M, McCarty DJ. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *Am J Med* 1985;78:77–81.
- Curb J, Ceria-Ulep C, Rodriguez B, Grove J, Guralnik J, Willcox B, Donlon T, Masaki K, Chen R. Performance-Based Measures of Physical Function for High-Function Populations. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:737–742.
- Goel M, McCarthy E, Phillips R, Wee CC. Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA* 2004;292:2860–2867.
- Guralnik J, Simonsick E, Ferrucci L, Glynn R, Berkman L, Blazer D, Scherr P, Wallace R. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994;49:85–94.
- Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes; 2004.
- Jensen G, Hsiao P. Obesity in older adults: relationship to functional limitation. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010;13:46–51.

- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Laitalainen E, Helakorpi S, Martelin T, Uutela A. Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa väestöryhmissä. Suomen Lääkärilehti 2010;41:3295–3301.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S. Koulutuksen ja siviilisäädyn mukaiset erot 30–64-vuotiaiden suomalaisten toimintakyvyssä. Kuntoutus 2005;28:12–26.
- McWhinnie JR. Disability assessment in population surveys: results of the OECD. Common Development Effort. Rev Epidemiol Santé Publique 1981;29:413–419.
- Mendes de Leon C, Fillenbaum G, Williams C, Brock D, Beckett L, Berkman L. Functional Disability among Elderly Blacks and Whites in Two Diverse Areas: The New Haven and North Carolina EPESE. Am J Public Health 1995;85:994–998.
- Ogden C, Carroll M, Curtin L, McDowell M, Tabak C, Flegal K. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. JAMA 2006;295:1549–1555.
- Rantanen T, Penninx B, Masaki K, Lintunen T, Foley D, Guralnik J. Depressed mood and body mass index as predictors of muscle strength decline in old men. J Am Geriatr Soc 2000;48:613–617.
- Resnik L & Allen S. Racial and Ethnic Differences in Use of Assistive Devices for Mobility: Effect Modification by Age. J Aging Health 2006;18:106–124.
- Sainio P, Martelin T, Koskinen S, Heliövaara M. Educational differences in mobility: the contribution of physical workload, obesity, smoking and chronic conditions. J Epidemiol Community Health 2007;61:401–408.
- Spencer M, Albert S, Bear-Lehman J, Burkhardt A. Relevance of Race and Ethnicity for Self-Reported Functional Limitation. J Am Geriatr Soc 2008;56:553–557.
- Stenholm S, Sainio P, Rantanen T, Alanen E, Koskinen S. Effect of co-morbidity on the association of high body mass index with walking limitation among men and women aged 55 years and older. Aging Clin Exp Res 2007;19:277–283.
- TOIMIA-tietokanta. Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa. Työryhmä: Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Helsinki; 2011. Saatavilla: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>
- Visser M, Deeg D, Lips P. Longitudinal Aging Study Amsterdam. Low vitamin D and high parathyroid hormone levels as determinants of loss of muscle strength and muscle mass (sarcopenia): the Longitudinal Aging Study Amsterdam. J Clin Endocrinol Metab 2003;88:5766–5772.
- www.toimia.fi. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.

11.2 Näkö ja kuulo

Seppo Koskinen, Shadia Rask, Päivi Sainio

- Kurditaustaisessa väestössä koetut näkövaikeudet olivat kuusi kertaa niin yleisiä kuin tutkimuspaikkakuntien koko väestössä. Myös somalialaistaustaisilla, etenkin naisilla, koetut näköongelmat olivat yleisiä.
- Näkövaikeudet yleistyivät iän mukana, ja 45–64-vuotiaista kurditaustaisista henkilöistä vain 42 % ilmoitti pystyvänsä vaikeuksitta lukemaan sanomalehtitekstiä.
- Kurditaustaisessa väestössä varsinkin naisilla myös koetut kuulovaikeudet olivat yleisiä.

Suomessa maahanmuuttajataustaisen väestön näkö- ja kuulovaikeuksista on erittäin rajallisesti tietoa. Isossa-Britanniassa näkövaikeuksien yleisyydessä on havaittu eroja etnisen taustan mukaan (Hayward ym. 2002). Yhdysvalloissa iäkkäämmät maahanmuuttajat raportoivat näkö- ja kuulovaikeuksia hieman harvemmin kuin syntyperäiset amerikkalaiset: vuonna 2007 iäkkäistä maahanmuuttajista 15 % raportoi pitkäaikaisista näkö- ja kuulo-ongelmista vastaavan osuuden ollessa 17 % syntyperältään yhdysvaltalaisessa väestössä (Terrazas 2009). Vammaisten maahanmuuttajien tukikeskuksen (HILMA) tekemässä kartoituksessa havaittiin, että Helsingissä ja Espoossa näkövammaiset olivat neljän yleisimmän vamman joukossa vammaispalveluita tai kehitysvammaisten erityishuolto-ohjelman mukaisia palveluita käyttäneillä maahanmuuttajilla (Vammaisten maahanmuuttajien tukikeskus 2008). Kelan kuntoutuspalveluista tehdyn rekisteritutkimuksen mukaan silmän ja korvan sairaudet kuntoutukseen hakemisen perusteena olivat vieraskielisillä jonkin verran yleisempiä kuin suomen- tai ruotsinkielisillä (Härkää ym. 2012).

Menetelmät

Terveystarkastuksen yhteydessä tutkittavilta kysyttiin ”Onko näköne kyllin hyvä (silmälaseilla) tavallisen sanomalehtitekstin lukemiseen?”. Kysymykseen oli kolme vastausvaihtoehtoa: ”pystyn vaikeuksitta”, ”pystyn lukemaan, mutta lukeminen tuottaa vaikeuksia” ja ”en pysty lukemaan lainkaan”. Alla olevissa tuloksissa tarkastellaan hyvän itse ilmoitetun näön yleisyyttä, jolla viitataan ensimmäisen vastausvaihtoehdon valinnoihin. Kuulovaikeuksia arvioitiin kysymyksellä ”Pystyttekö vaikeuksitta kuulemaan, mitä useamman henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)?”, ja tähänkin kysymykseen oli vastaavat kolme vastausvaihtoehtoa. Kuulon arvioitiin olevan hyvä niillä henkilöillä, jotka pystyivät vaikeuksitta kuulemaan usean henkilön välistä keskustelua. Tutkimuspaikkakuntien koko väestöä edustavasta otoksesta oli käytettävissä vastaavat tiedot Terveys 2011 -tutkimuksesta

(Koskinen ym 2012). Haastattelussa tiedusteltiin myös ”Onko lääkäri joskus todennut Teillä kroonisen silmäsairauden tai näkövian?” ja ”Entä kuulovian, kuulovamman tai kuuloa heikentävän sairauden?”. Kaikki neljä kysymystä esitettiin myös lyhythaastattelussa.

Tulokset

Heikentyneestä näöntarkkuudesta johtuvia vaikeuksia sanomalehtitekstin lukemisessa ilmoitti joka kahdeskymmenes tutkimuspaikkakuntien koko 18–64-vuotiaasta väestöstä (taulukko 11.2.1 ja 11.2.2, kuvio 11.2.1). Venäläistaustaisessa väestössä näkövaikeudet olivat yhtä harvinaisia. Somalialaistaustaisille, etenkin naisille, sanomalehtitekstin näkeminen tuotti vaikeuksia selvästi yleisemmin, mutta kaikkein yleisimpiä näköongelmat olivat kurditaustaisilla, joista lähes joka kolmas arvioi huonon näkökyvyn vaikeuttavan sanomalehden lukemista. Kaikissa väestöryhmissä näkövaikeudet yleistyivät iän mukana, ja 45–64-vuotiaista kurditaustaisista henkilöistä vain 42 % ilmoitti pystyvänsä vaikeuksista lukemaan sanomalehtitekstiä. Lääkäriin toteaman silmäsairauden tai näkövian ilmoitti venäläistaustaisista lähes joka toinen, kurditaustaisista lähes joka neljäs, mutta somalialaistaustaisista vain joka kolmastoista.

Taulukko 11.2.1. Näkö ja kuulo (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Lääkäriin toteama silmäsairaus tai näkövika	45,7	7,8	23,5	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²
Lääkäriin toteama kuulovika	4,6	4,3	9,4	.. ²	0,002	.. ²	.. ²	.. ²
Näkee sanomalehtitekstin vaikeuksista	95,7	81,6	69,3	94,7	<0,001	0,376	<0,001	<0,001
Kuulee usean henkilön keskustelun vaikeuksista	97,6	93,5	88,2	93,7	<0,001	<0,001	0,878	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

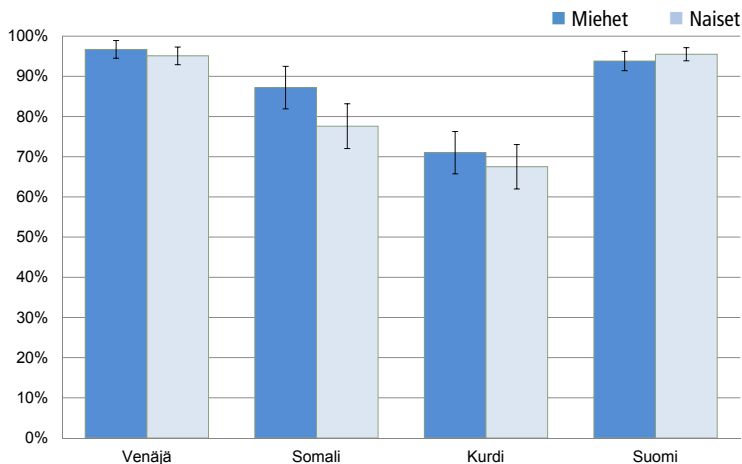
Venäläistaustaisilla kuulovaikeudet olivat harvinaisempia (2 %) ja somalialaistaustaisilla yhtä yleisiä kuin tutkimuspaikkakuntien koko väestössä (6 %, taulukko 11.2.1 ja 11.2.2, kuvio 11.2.2). Sen sijaan kurditaustaisten ryhmässä (12 %) kuulovaikeudet olivat kaksi kertaa niin yleisiä kuin koko väestössä. Kurditaustaiset naiset (16 %) ilmoittivat kuulemisen vaikeuksista paljon yleisemmin kuin miehet (8 %), kun taas tutkimuspaikkakuntien koko väestössä sukupuolten välinen ero oli päinvastainen. Venäläis- ja somalialaistaustaisilla sukupuolten välillä ei ollut eroa. Kaikissa väestöryhmissä kuulovaikeudet olivat 45–64-vuotiaiden keskuudessa yleisempiä kuin nuori-

Taulukko 11.2.2. Näkö ja kuulo sukupuolittain (%).

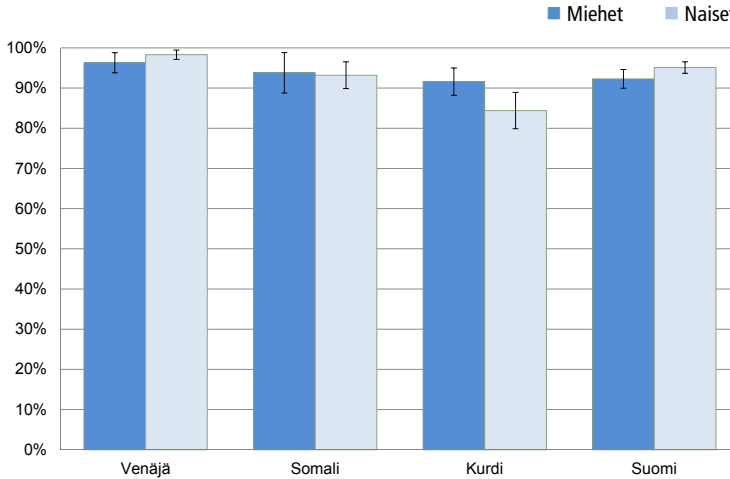
	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Lääkärin toteama silmäsairaus tai näkövika	43,2	47,2	0,359	8,7	7,0	0,551	20,5	27,0	0,070	..3	..3	..3
Lääkärin toteama kuulovika	5,8	4,0	0,286	2,1	6,1	0,083	9,0	9,9	0,708	..3	..3	..3
Näkee sanomalehtitekstin vaikeuksista	96,7	95,1	0,331	87,2	77,6	0,018	71,0	67,5	0,365	93,8	95,5	0,215
Kuulee usean henkilön keskustelun vaikeuksista	96,3	98,3	0,107	93,8	93,2	0,841	91,6	84,4	0,014	92,3	95,1	0,032
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Lääkärin toteama silmäsairaus tai näkövika	<0,001	..3	..3	..3	<0,001	..3	..3	..3	<0,001	..3	..3	..3
Lääkärin toteama kuulovika	0,023	..3	..3	..3	0,018	..3	..3	..3	0,018	..3	..3	..3
Näkee sanomalehtitekstin vaikeuksista	<0,001	0,104	0,027	<0,001	<0,001	0,766	<0,001	<0,001	<0,001	0,766	<0,001	<0,001
Kuulee usean henkilön keskustelun vaikeuksista	0,257	0,042	0,457	0,988	<0,001	0,004	0,182	<0,001	<0,001	0,182	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 11.2.1. Sanomalehtitekstin vaikeuksista näkevien osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 11.2.2. Usean henkilön keskustelun vaikeuksista kuulevien osuus sukupuolittain (%).



remmissä ikäryhmissä. Lääkäriin toteaman kuulovian, kuulovamman tai kuuloa heikentävän sairauden ilmoitti somalialaistaustaisista 4 %, venäläistaustaisista 5 % ja kurditaustaisista 9 %.

Pohdinta

Kurditaustaisessa väestössä näkö- ja kuulo-ongelmat olivat erityisen yleisiä. Myös somalialaistaustaisten ryhmässä näkövaikeudet olivat etenkin naisilla selvästi yleisempiä kuin tutkimuspaikkakuntien koko väestössä. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida arvioida, missä määrin koetut näkö- ja kuulovaikeudet olisivat korjattavissa asianmukaisilla silmälasilla, muilla näön apuvälineillä ja kuulon apuvälineillä. Voi olla, että korjattavissa olevia ongelmia on jäänyt tunnistamatta ja tarvittavia apuvälineitä hankkimatta, sillä kurdi- ja somalialaistaustaiset ovat käyneet muita harvemmin terveystarkastuksissa ja myös näön tarkastuksessa (ks. luku 14.1).

Olisi tärkeää selvittää, mistä itse ilmoitettujen näköongelmien yleisyys kurdi- ja somalialaistaustaisten joukossa johtuu. Syynä voivat olla näkökykyä heikentävien silmäsairauksien yleisyys, niiden hoidon puutteet ja/tai silmälasien ja muiden näön apuvälineiden liian vähäinen käyttö. Näköongelmat voivat tutkituissa väestöryhmissä olla havaittuakin yleisempiä, koska Terveys 2000 -tutkimuksessa havaittiin, että terveystarkastukseen osallistuneiden näöntarkkuus oli parempi kuin terveystarkastuksesta pois jääneiden (Laitinen ym. 2005). Näköongelmien havaittua yleisyyttä voi jossakin määrin selittää sekin, että näköongelmien ohella myös lukutaitoon liittyvät ongelmat ovat saattaneet vaikuttaa vastattaessa sanomalehtitekstin lukemista koskevaan kysymykseen, vaikka kysymyksessä tiedusteltiin, onko näköne kyllin hyvä (silmläseilla) tavallisen sanomalehtitekstin lukemiseen. Lukutaidon puute oli somalialais- ja kurdi-

taustaisilla naisilla melko yleistä, ja suomen ja ruotsin kielen ymmärtämisvaikeudet sitäkin yleisempiä (ks. luku 11.3). Myös ”sanomalehtitekstin” määrittäminen ja tulkinta voi poiketa ryhmissä eri maiden lehtien ja tekstityyppien mukaan.

Myös kuulovaikeuksien yleisyyttä kurditaustaisten ryhmässä pitäisi tutkia tarkemmin, muun muassa audiometriaa käyttäen. Jos itse ilmoitettujen kuulo-ongelmien taustalla on kuulokynnyksen heikkeneminen, ongelmia voidaan helpottaa kuulon apuvälineillä. Melu on tärkein vaikutettavissa oleva kuulo-ongelmien syy ja niitä pahentava tekijä (Marttila 2005), joten melualtistuksen vähentämiseen erityisesti kurditaustaisten ryhmässä pitäisi kiinnittää huomiota. Melualtistuksen ohella kuulovaikeuksien yleisyys voi selittyä lähtömaan olosuhteilla kuten sotakokemuksilla ja hoitamattomilla korvatulehduksilla.

Lähteet

- Hayward L, Burden M, Burden A, Blackledge A, Raymond N, Botha J, Karwatowski W, Duke T, Chang Y. What is the prevalence of visual impairment in the general and diabetic populations: are there ethnic and gender differences? *Diabetic Med* 2002;19:27–34.
- Härkäpää K, Vuorento M, Buchert U, Lehkoinen T. Maahanmuuttajat Kelan kuntoutuspalveluissa: kuntoutusta hakeneet, kuntoutuspäätökset ja myönnetty toimenpiteet. *Kuntoutus* 2012;2:13–29.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68.* Helsinki; 2012.
- Laitinen A, Koskinen S, Härkänen T, Reunanen A, Laatikainen L, Aromaa A. A nationwide population-based survey on visual acuity, near vision and self-reported visual function in the adult population in Finland. *Ophthalmology* 2005;112:2227–2237.
- Marttila T. Kuulovammat. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.). *Suomalaisten terveys.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2005.
- Terrazas A. Older Immigrants in the United States. Migration Policy Institute. 2009. Saatavilla: <http://globalaging.org/elder-rights/us/2009/immigrants.pdf>
- Vammaisten maahanmuuttajien tukikeskus. *Kartoitus: Vammaiset maahanmuuttajat vähemmistönä vähemmistössä – vammaispalveluiden ja kehitysvammaisten erityishuoltoohjelman mukaisten palveluiden käyttäjät vuosina 1998–2002* Espoossa Helsingissä ja Vantaalla. Saatavilla: http://www.tukikeskushilma.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=7

11.3 Sosiaalinen toimintakyky

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Shadia Rask

- Noin joka kymmenes somalialais- ja kurditaustaisista naisista osasi lukea vain huonosti tai ei lainkaan, miehistä puolestaan vain pari prosenttia. Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtämisessä oli suuria vaikeuksia lähes joka kolmannella somalialaistaustaisella naisella ja joka viidennellä kurditaustaisella naisella.
- Kurditaustaisista henkilöistä useampi kuin joka viides koki itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti.
- Lähes kolmasosa venäläis- ja kurditaustaisista henkilöistä, ja somalialaistaustaisista joka kuudes, ilmoitti pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioimisen tuottavan vaikeuksia. Internetin käytön vaikeudet olivat yleisimpiä somalialaistaustaisilla naisilla (28 %) ja kurditaustaisilla naisilla (15 %).

Sosiaaliselle toimintakyvyllä ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, mutta se viittaa henkilön suoriutumiseen yhteisössä, niin yhteiskunnan jäsenenä kuin omissa lähiyhteisöissään. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee muun muassa vuorovaikutuksena sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina (TOIMIA-tietokanta). Sosiaalinen toimintakyky rakentuu osittain fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn varaan ja siihen vaikuttavat olennaisesti myös ympäristön ominaisuudet. Etenkin vieraaseen maahan muuttaneilla henkilöillä kyky kommunikoida sujuvasti kohdemaassa käytetyllä kielellä on keskeinen sosiaalisen toimintakyvyn perusta. Työikäisten ikäryhmässä työelämässä suoriutumista voidaan pitää yhtenä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueena. Nämä tulokset raportoidaan tässä teoksessa luvussa 11.4. Sosiaalisen toimintakyvyn kannalta olennaisia ovat myös sosiaalista osallistumista ja vuorovaikutusta sekä luottamusta ja vastavuoroisuutta koskevat tulokset, jotka esitetään luvussa 12.2.

Suomen tai ruotsin kielen oppiminen vaikuttaa merkittävästi maahanmuuttajan kotoutumiseen (Väänänen ym. 2009). Puutteellinen kielitaito voi muodostaa esteitä kotoutumisen ja työllistymisen etenemiselle ja hankaloittaa arkitoimista suoriutumista kodin ulkopuolella (TEM 2012). Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa joka kuudes venäläinen ja joka kolmas somalialainen arvioi suomen tai ruotsin kielen taitonsa melko tai erittäin huonoksi ystävien kanssa keskustellessa (Pohjanpää ym. 2003). Vuonna 2009 julkaistussa Maahanmuuttajabarometrissa 43 % venäläisistä vastaajista arvioi suullisen suomen tai ruotsin kielen taitonsa melko tai erittäin huonoksi tai kokonaan puuttuvaksi (Maahanmuuttajabarometri 2009). Opetushallituksen vuoden 2006 arvion mukaan Suomessa asuu 1 200–1 500 luku- ja kirjoitustaidotonta aikuista maahanmuuttajaa, joista suurin osa on naisia (Opetushallitus 2006).

Luku- ja kirjoitustaidottomuuden käsite on monimuotoinen, ja tässä raportissa käytetty termi huono tai kokonaan puuttuva lukutaito viittaa primaarilukutaidottomiin. Primaarilukutaidoton henkilö ei osaa lukea millään kielellä (Opetushallitus 2006).

Maahanmuuttajien kokemaa yksinäisyyttä on tutkittu aiemmin muun muassa Maahanmuuttajien uhritutkimuksessa sekä Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa. Molemmista tutkimuksista havaittiin, että venäläiset ja somalialaiset naiset ovat yksinäisempiä kuin samasta maasta lähtöisin olevat miehet. Maahanmuuttajien elinolotutkimukseen osallistuneista venäläis- ja somalialaisnaisista joka kuudes ja miehistä 8–10 % ilmoitti olevansa usein yksinäinen (Pohjanpää ym. 2003). Maahanmuuttajien uhritutkimuksessa lähes joka viides venäläinen koki yksinäisyyttä vähintään usein (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Suomalaisista 20–74-vuotiaista miehistä 6–7 % ja naisista 10 % koki itsensä yksinäiseksi jatkuvasti tai melko usein Alueellisen terveyst- ja hyvinvointitutkimuksen vuoden 2010 tulosten mukaan (www.thl.fi/ath).

Maahanmuuttajien arkitoimista suoriutumisesta ja asiointivaikeuksista on hyvin niukasti tietoa Suomessa. Tiedetään, että kirjallinen asiointi on usein merkittävä ongelma maahanmuuttajille, joilla on heikko suomen kielen taito (Peltola & Metso 2008). Sähköisen asiointin yleistyessä pankissa ja muissa virastoissa asiointi vaatii usein kirjallisen kielitaidon lisäksi myös atk- ja tietojenkäsittelytaitoja. Peruspalvelujen työntekijöiden odotukset maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden asiointitaitoja kohtaan voivat usein olla liian korkeita tai jopa epärealistisia, ja asiointi voi päättyä jo ajanvaraukseen, mikäli maahanmuuttajataustainen asiakas ja varauksista vastaava työntekijä eivät ymmärrä toisiaan (Peltola & Metso 2008).

Menetelmät

Haastatteluun sisältyi useita sosiaalista toimintakykyä kuvaavia kysymyksiä. Tässä luvussa tarkastellaan sosiaalista toimintakykyä kielitaitoa, yksinäisyyden kokemista ja eräistä arkitoimista suoriutumista koskevien kysymysten valossa. Kolme kysymystä käsittelee kielitaitoa: ”Kuinka hyvin te omasta mielestänne luette omalla äidinkiellänne tai sillä kielellä, jota teille opetettiin koulussa lapsena?”, ”Luetteko suomeksi/ruotsiksi...” ja ”Ymmärrättekö puhuttua suomen/ruotsin kieltä...”. Vastausvaihtoehdot olivat ”ette lainkaan”, ”huonosti”, ”kohtalaisesti” ja ”hyvin”. Suomen/ruotsin kielen ymmärtämistä koskeva kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Lukutaito luokiteltiin huonoksi tai puuttuvaksi, jos vastaaja ilmoitti osaavansa lukea huonosti tai ei lainkaan sekä äidinkielistä että suomen- ja ruotsinkielistä tekstiä. Puheen ymmärtämisen osalta tarkastellaan vastaavalla tavalla luokiteltua puhutun suomen- ja ruotsinkielen ymmärtämistä koskevaa kysymystä.

Koettua yksinäisyyttä mitattiin kysymyksellä ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”en koskaan”, ”hyvin harvoin”, ”joskus”, ”melko usein” ja ”jatkuvasti”. Jommankumman kahdesta viimeksi mainitusta vaihtoehdosta valinneet luokiteltiin yksinäisiksi.

Arkitoimista suoriutumista koskevista kysymyksistä valittiin tarkastelun kohteeksi kolme toimintoa, joiden voidaan olettaa kuvaavan kykyä olla vuorovaikutuksessa, kykyä selviytyä sosiaalisista tilanteista tai kykyä olla yhteisön jäsenenä. Haastattelussa tiedusteltiin ”Miten selviydytte nykyisin seuraavista toimista”, ja yksi näistä toimista oli ”pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioiminen”. Vastausvaihtoehdot olivat ”pystyn siihen vaikeuksitta”, ”pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran”, ”pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa” ja ”en pysty siihen lainkaan”. Jonkin kolmesta viimeksi mainitusta vaihtoehdosta valinneilla luokiteltiin olevan vaikeuksia pankissa tai muussa virastossa asioimisessa. Kysymykseen ”Entä kykenettekö matkustamaan junalla, linja-autolla tai raitiovaunulla?” oli tarjolla samat vastausvaihtoehdot, jotka luokiteltiin kuten edellä. Haastattelussa kysyttiin myös ”Osaatteko käyttää Internetiä?”, johon oli kaksi vastausvaihtoehtoa: ”ei” ja ”kyllä”.

Yksinäisyyttä sekä pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asiointia koskevien kysymysten osalta käytettävissä on myös tutkimuspaikkakuntien koko samanikäistä väestöä koskevat tiedot Terveys 2011 -tutkimuksesta (Koskinen ym. 2012). Pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioinnista suoriutumista koskevat tiedot saadaan Terveys 2011 -aineistosta ainoastaan 30 vuotta täyttäneiden ikäryhmästä, joten tämän ilmiön osalta tarkastellaan muissakin väestöryhmissä 30–64-vuotiaita. Yksinäisyyttä koskeva kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun.

Tulokset

Venäläistaustaisilla henkilöillä ei ollut ongelmia lukutaidossa, mutta somalialais- ja kurditaustaisista 6–7 %:lla oli huono tai kokonaan puuttuva lukutaito (taulukko 11.3.1). Somalialaistaustaisilla naisilla (12 %) ja kurditaustaisilla naisilla (8 %) lukutaito-ongelmat olivat huomattavasti yleisempiä kuin miehillä (1 % ja 3 %, taulukko 11.3.2). Suomen- ja ruotsinkielisen puheen huono tai puuttuva ymmärtäminen oli kaikissa tutkituissa ryhmissä selvästi yleisempää kuin lukutaidon ongelmat. Joka viides somalialaistaustainen, joka kuudes kurditaustainen ja joka kymmenes venäläistaustainen ilmoitti ymmärtävänsä suomen- ja ruotsinkielistä puhetta huonosti tai ei lainkaan. Etenkin somalialaistaustaisten ryhmässä puheen ymmärtämisen vaikeudet olivat tuntuvasti yleisempiä naisten (29 %) kuin miesten (7 %) keskuudessa. Kurditaustaisten ryhmässä sukupuolten välinen ero oli samansuuntainen mutta ei yhtä jyrkkä. Sen sijaan venäläistaustaisten joukossa puhutun suomen- ja ruotsinkielien ymmärtämisen vaikeudet olivat yleisempiä miesten (13 %) kuin naisten (7 %) keskuudessa. Venäläistaustaisten keskuudessa ei ollut merkitseviä ikäryhmien välisiä eroja suomen- tai ruotsinkielien ymmärtämisessä, mutta vanhimpaan, 45–64-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvista kurditaustaisista henkilöistä 22 % ilmoitti vaikeuksia suomen- ja ruotsinkielien ymmärtämisessä, kun vastaava osuus oli nuorimmassa, 18–29-vuotiaiden ryhmässä puolta pienempi (11 %). Somalialaistaustaisten keskuudessa vastaava ikäryhmien välinen ero oli vielä suurempi (43 % ja 10 %), etenkin

vanhimpaan ikäryhmään kuuluvilla somaliaaustaustaisilla naisilla suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtämisen vaikeudet olivat yleisiä (64 %).

Venäläis- ja somaliaaustaustaisista naisista ja miehistä 5–7 % koki itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti (taulukko 11.3.3 ja 11.3.4). Tutkimuspaikkakuntien koko samanikäisessä väestössä koettu yksinäisyys oli hieman yleisempää (9 %). Kurditaustaisilla henkilöillä yksinäisyyden kokeminen oli puolestaan huomattavasti yleisempää kuin muissa ryhmissä; heistä peräti 22 % ilmoitti tuntevansa itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti (kuvio 11.3.1). Sukupuolten välillä ei ollut missään väestöryhmässä tilastollisesti merkitsevää eroa yksinäisyyden kokemisessa. Venäläis-taustaisten ryhmässä yksinäisyyden kokeminen oli vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden

Taulukko 11.3.1. Kielitaito (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Lukutaito huono tai puuttuva ²	– ³	6,8	5,6	0,481
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva	9,5	19,2	16,3	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Sekä äidinkieli että suomi tai ruotsi

³ Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

Taulukko 11.3.2. Kielitaito sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Lukutaito huono tai puuttuva ²	– ³	– ³	– ³	0,8	11,8	<0,001	3,4	8,4	0,022	0,051	0,207
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva	13,2	7,4	0,018	6,9	29,0	<0,001	12,9	20,4	0,015	0,057	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

³ Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

Taulukko 11.3.3. Yksinäiseksi itsensä kokevat (%¹).

VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
				Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
5,7	6,4	21,8	8,7	<0,001	0,033	0,134	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

ikäryhmässä (9 %) selvästi yleisempää kuin nuorimmassa, 18–29-vuotiaiden ryhmässä (2 %). Somalialaistaustaisilla ikäryhmien välinen ero oli täsmälleen päinvastainen: vanhimmissa vain 2 % mutta nuorimmista 10 % koki itsensä yksinäiseksi. Kurditaustaisilla yksinäisyys oli puolestaan yleisempää 30–44-vuotiaiden keskuudessa (28 %) kuin nuoremmassa (14 %) ja vanhemmassa ikäryhmässä (22 %).

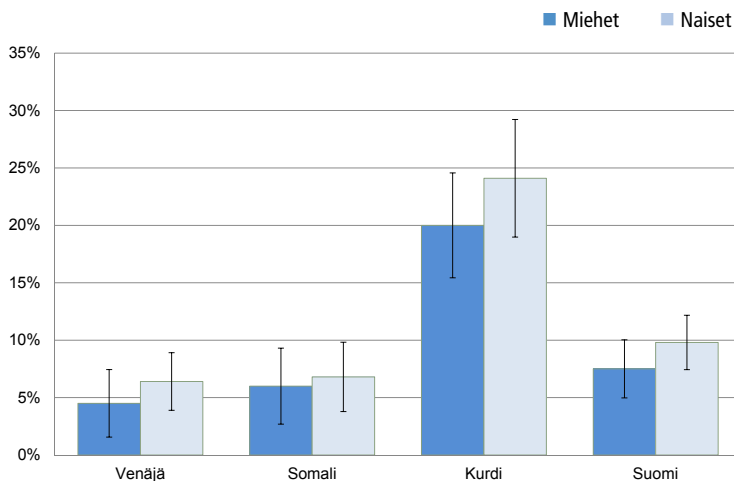
Taulukko 11.3.4. Yksinäiseksi itsensä kokevat sukupuolittain (%¹).

VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
4,5	6,4	0,384	6,0	6,8	0,727	20,0	24,1	0,240	7,5	9,8	0,193
Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
Miehet						Naiset					
Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
<0,001	0,163	0,401	<0,001	<0,001	0,059	0,190	<0,001				

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 11.3.1. Yksinäiseksi itsensä kokevien osuus sukupuolittain (%).



Tutkimuspaikkakuntien koko 30–64-vuotiaan väestön keskuudessa vaikeudet pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioimisessa olivat erittäin harvinaisia; niitä ilmoitti vain 3 %. Venäläis- ja kurditaustaisten ryhmissä vaikeudet pankissa tai muussa virastossa asioinnissa olivat kymmenen kertaa yleisempiä: noin joka kolmas näihin ryhmiin kuuluvista haastateltavista ilmoitti tällaisista vaikeuksista (taulukko 11.3.5, kuvio 11.3.2). Yleisimmin vaikeuksia ilmoittivat kurditaustaiset naiset (42 %) ja venäläistaustaiset miehet (39 %, taulukko 11.3.6). Venäläistaustaisten ryhmässä sukupuolten välinen ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Somalialaistaustaisten ryhmässä pankissa tai muussa virastossa asioimisen vaikeudet olivat huomattavasti yleisempiä naisilla (25 %) kuin miehillä (9 %), ja 45–64-vuotiaiden joukossa (33 %) kuin 30–44-vuotiailla (8 %). Venäläis- ja kurditaustaisten keskuudessa vaikeudet pankissa tai muussa virastossa asioinnissa eivät yleistyneet olennaisesti iän mukana.

Vaikeudet julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa olivat erittäin harvinaisia venäläistaustaisten keskuudessa (1 %), ja verrattain harvinaisia myös muissa väestöryhmissä. Yleisimpiä nämä vaikeudet olivat somalialais- ja kurditaustaisten naisten keskuudessa (8 %). Somalialais- ja kurditaustaisten ryhmissä julkisilla kulkuneuvoilla matkustaminen tuotti vaikeuksia selvästi yleisemmin vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä kuin tätä nuorempien keskuudessa. Venäläistaustaisilla ikäryhmien välillä ei ollut eroja.

Kaikkien väestöryhmien miehistä ja venäläistaustaisista naisista vain hyvin pieni osa (2–4 %) ilmoitti vaikeuksista internetin käyttämisessä. Sen sijaan kurditaustaisilla (15 %) ja etenkin somalialaistaustaisilla (28 %) naisilla internetin käytön vaikeudet olivat verrattain yleisiä. Vanhimille, 45–64-vuotiaille somalialais- (66 %) ja kurditaustaisille naisille (31 %) internetin käyttö tuotti vaikeuksia kaikkein yleisimmin.

Taulukko 11.3.5. Vaikeudet pankissa asioimisessa ja julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa sekä internetin käytön osaaminen (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (yli 29-vuotiaat)	33,7	17,1	30,2	3,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa	1,4	5,5	5,9	– ²	0,002	– ²	– ²	– ²
Ei osaa käyttää internetiä	3,3	16,9	8,9	– ²	<0,001	– ²	– ²	– ²

¹ Luvut ikävakioituja

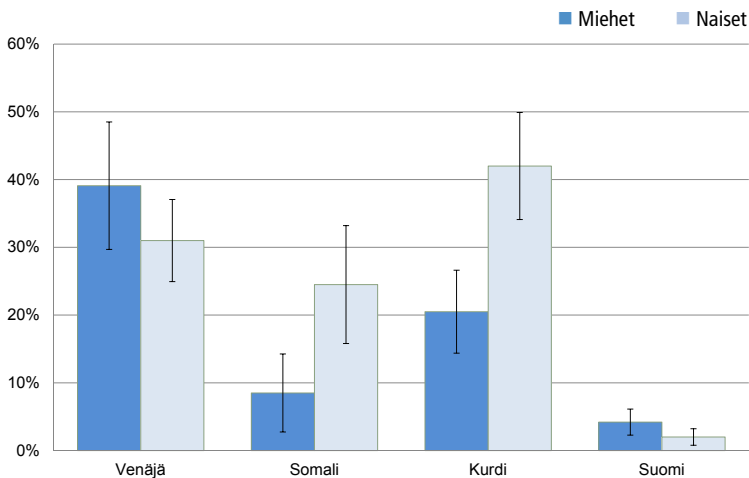
² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Taulukko 11.3.6. Vaikeudet pankissa asioimisessa ja julkisilla matkustamisessa sekä internetin käytön osaaminen sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (yli 29-vuotiaat)	39,1	31,0	0,153	8,5	24,5	0,005	20,5	42,0	<0,001	4,2	2,0	0,060
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa	1,2	1,5	0,741	2,5	8,0	0,041	4,6	7,5	0,164	– ³	– ³	– ³
Ei osaa käyttää internetiä	2,1	3,7	0,310	2,8	28,3	<0,001	4,4	14,5	<0,001	– ³	– ³	– ³
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (yli 29-vuotiaat)	<0,001	<0,001	0,122	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa	0,142	– ³	– ³	– ³	0,005	– ³	– ³	– ³	– ³	– ³	– ³	– ³
Ei osaa käyttää internetiä	0,431	– ³	– ³	– ³	<0,001	– ³	– ³	– ³	– ³	– ³	– ³	– ³

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 11.3.2. Vaikeuksia pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioimisessa ilmoittavien osuus yli 29-vuotiaista sukupuolittain (%).



Pohdinta

Kyky ilmaista itseään useimpien muiden ymmärtämällä kielellä ja ymmärtää puhuttua ja kirjoitettua kieltä helpottaa usein hyvin paljon henkilön integroitumista uuden asuinmaan lähiyhteisöihin, työelämään ja yhteiskuntaan yleensä. Joka viides somalialaistaustainen ja joka kuudes kurditaustainen sanoi ymmärtävänsä suomen- ja ruotsinkieltä huonosti tai ei lainkaan. Kärjistynein kielen hallinnan ongelma on lukutaidottomuus, jonka ilmoitti noin 6 % somalialais- ja kurditaustaisista. Erityisesti näiden ryhmien naisilla kieliongelmiin yleisyys saattaa olla merkittävä suomalaisen yhteiskuntaan integroitumisen este. Valtion kotouttamisohjelmassa todetaan, että keskeisimmät maahanmuuttajaväestölle suunnatut kunnalliset erityispalvelut ovat kieleen liittyviä, ja maahanmuuttoperusteista riippumatta maahanmuuttajille tulee tarjota mahdollisuus hankkia tarvittava kielitaito ja tietoa suomalaisesta yhteiskunnasta mahdollisimman pian muuton jälkeen (TEM 2012). Tulkittaessa itsearvioinnilla saatua tietoa kielitaidosta on syytä huomioida, että vastaajat arvioivat kielitaitoaan hyvin erilaisin perustein, ja oman kielitaidon riittävyys voidaan sekä tietoisesti että tiedostamatta arvioida liian hyväksi tai huonoksi.

Yksinäisyyden kokemus heijastaa puutteellista integroitumista lähiyhteisöön, joka tässä valossa oli erityisen yleistä kurditaustaisten keskuudessa. Kurditaustaisten kokeman yksinäisyyden taustalla voi osaltaan olla heidän entisissä kotimaissaan kokema laaja poliittinen vaino, minkä vuoksi Suomessa asuvien kurditaustaisten henkilöiden keskinäinen tuki ja yhteydenpito on vähäisempää kuin esimerkiksi somalialaistaustaisten. Tämän tutkimuksen tavoin myös Maahanmuuttajien elinolo-tutkimuksessa (Pohjanpää ym. 2003) somalialaisista vähiten yksinäisyyttä kokivat 45 vuotta täyttäneet. Sen sijaan alle 30-vuotiaista somalialaistaustaisista joka kymmenes koki yksinäisyyttä vähintään melko usein, mikä voi kertoa nuorten aikuisten kokemista vaikeuksista löytää omaa paikkaansa ja ystäväpiiriään kahden kulttuurin välillä. Maahanmuuttajataustaisten nuorten terveyttä ja hyvinvointia, myös nuorten koulussa kokemaa yksinäisyyttä, on tutkittu THL:n ja Väestöliiton yhteistyöhankkeessa (ETNOKIDS), ja tutkimuksen tuloksia raportoidaan vuonna 2013.

Pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioiminen osoittautui tuottavan vaikeuksia kolmasosalle venäläis- ja kurditaustaisista henkilöistä ja neljäsosalle somalialaistaustaisista naisista. Yli neljännes somalialaistaustaisista ja joka seitsemäs kurditaustaisista naisista ei osannut käyttää internetiä. Nämä tulokset osoittavat, että kaikissa tarkastelluissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä oli runsaasti vaikeuksia tehtävissä, joista kansalaisten olisi yhä tärkeämpää suoriutua. Pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioimiseen liittyvät vaikeudet nivoutuvat yhtäältä puutteelliseen kielitaitoon ja toisaalta riittämättömiin tietojenkäsittelytaitoihin. Kyky olla vuorovaikutuksessa edellyttää yhä enemmän myös teknisiä valmiuksia, kuten internetin, sosiaalisen median tai puhelimen käytön hallintaa. Tilastokeskuksen tuoreen Tieto- ja viestintätekniikan käyttö -tutkimuksen (SVT 2012) mukaan 90 % 20–74-vuotiaista suomalaisista käyttää internetiä, heistä 78 % päivittäin. Perinteisten kieli- ja

tulkkauspalveluiden vahvistamisen ohella tarvitaan keinoja, joilla parannetaan maahanmuuttajien edellytyksiä toimia tietoyhteiskunnassa ja asioida sähköisesti viranomaisten kanssa.

Sosiaalinen toimintakyky ei ole ainoastaan yksilön sisäinen ominaisuus, vaan myös ihmisten välinen prosessi. Maahanmuuttajien kokemiin ongelmiin voivat vaikuttaa myös ympäröivän yhteisön asenteet ja tarjolla oleva tuki (esim. syrjintäkokemukset, ks. luku 13.1). Suomalaisten asenteet maahanmuuttajia kohtaan ovat muuttuneet myönteisimmiksi vuosien 1987–2007 välillä, mutta myönteisestä asennekehityksestä huolimatta varaukselliset asenteet somalialaisia kohtaan ovat säilyneet keskimäärin ennallaan (Jaakkola 2009). Lisäämällä henkilökohtaisia kontakteja maahanmuuttajataustaisen ja kantaväestön välillä myönteistä asennekehitystä voidaan yhä edistää.

Lähteet

- Jaakkola M. Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta: asennemuutokset 1987–2007. Helsingin kaupungin tutkimuksia: 1. Helsingin kaupungin tietokeskus; 2009.
- Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K, Vesala T. Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Helsinki: Gaudeamus; 2002.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Maahanmuuttajabarometri 2009. Saatavilla: [http://www.poliisi.fi/intermin/images/nsf/files/6726595e42faa816c22577530038ec8b/\\$file/maahanmuuttajabarometri_loppuraportti_final_pdf.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images/nsf/files/6726595e42faa816c22577530038ec8b/$file/maahanmuuttajabarometri_loppuraportti_final_pdf.pdf)
- Opetushallitus. Luku- ja kirjoitustaidottomien maahanmuuttajien koulutus. Suositus opetussuunnitelmaksi. Vammala; 2006. Saatavilla: http://www.oph.fi/download/110533_luku_ja_kirjoitustaidottomien_aikuisten_maahanmuuttajien_koulutus_opetussuunnitelma.pdf
- Peltola U, Metso L. Maahanmuuttajien kuntoutumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia: 79. Kuntoutussäätiö; 2008.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- SVT. Väestön tieto- ja viestintäteknikan käyttö. Helsinki: Tilastokeskus; 2012. Saatavilla: <http://www.stat.fi/til/sutivi/>
- TOIMIA-tietokanta. Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa. Työryhmä: Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Helsinki; 2011. Saatavilla: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>
- TEM. Valtion kotouttamisohjelma. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja: 27. 2012.
- Väänänen A, Toivanen M, Aalto A-M, Bergbom B, Härköpää K, Jaakkola M, Koponen P, Koskinen S, Kuusio H, Lindström K, Malin M, Markkula H, Mertaniemi R, Peltola U, Seppälä U, Tiitinen E, Vartia-Väänänen M, Vuorenmaa M, Vuorento M, Wahlbeck K. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaisen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta: 9. Helsinki: Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos; 2009.
- www.thl.fi/ath. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus. Linkki taulukkoraporttiin <http://www.terveytemme.fi/ath/taulukot/index.htm>

11.4 Työkyky

Barbara Bergbom, Ari Väänänen, Minna Toivanen, Seppo Koskinen

- Somalialais- ja venäläistaustaiset miehet arvioivat työkykynsä varsin hyväksi, ja heidän arvionsa vastasi tutkimuskuntien 18–64-vuotiaan koko väestön arvioita omasta työkyvystään. Naiset taas arvioivat miehiä useammin työkykynsä rajoittuneeksi.
- Kurditaustaiset arvioivat työkykynsä selkeästi muita heikommaksi.
- Merkittävästi suurempi osuus tutkimukseen osallistuneista ennakoivat työkykynsä paranevan kuin heikentyvän kahden seuraavan vuoden aikana.

Hyvä työkyky voidaan nähdä työntekijän voimavarojen sekä odotusten ja työn välisenä hyvänä yhteensopivuutena ja tasapainona. Työkykyyn vaikuttavat työntekijän terveyden ja fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn lisäksi työntekijän ammatillinen osaaminen, asenteet ja motivaatio, kuten myös työn sisältö sekä vaatimukset, työolot ja työyhteisön toiminta. Työkyvyn on todettu ennustavan muun muassa pitkiä sairauspoissaoloja ja aikaista eläkkeelle siirtymistä (Liira ym. 2000; Sell ym. 2009; Tuomi ym. 2001). Tähän saakka ainoan maahanmuuttajien työkykyä Suomessa kartoittaneen selvityksen mukaan maahanmuuttajista 87 % arvioi työkykynsä hyväksi tai erinomaiseksi (Holm ym. 2008). Tuon selvityksen mukaan työllisten maahanmuuttajien työkyky vastasi aiemmissa tutkimuksissa saatua tietoa suomalaisten palkansaajien työkyvystä, ja työttömien maahanmuuttajien työkyky oli jonkin verran parempi kuin koko väestössä tehdyissä vastaavissa tutkimuksissa. Sukupuolten välillä ei havaittu eroja. Sen sijaan tuoreessa pohjoismaisessa tutkimuksessa on saatu viitteitä maahanmuuttajataustaisten heikommasta työkyvystä. Esimerkiksi Tanskassa siivousalan työpaikoilla toteutetussa tutkimuksessa maahanmuuttajataustaiset työntekijät arvioivat työkykynsä kantaväestön työntekijöitä merkittävästi heikommaksi (Jørgensen ym. 2011).

Menetelmät

Tässä tutkimuksessa omaa arviota työkyvystä tiedusteltiin haastattelussa kaikilta tutkittavilta riippumatta siitä, olivatko he töissä vai eivät. Työkyvyn osoittimena käytettiin tutkittavien kolmiportaista arviota omasta työkykyisyydestään. Kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Sitä on aiemmin käytetty sekä Mini-Suomi että Terveys 2000 -tutkimuksissa (Aromaa ym. 1989; Aromaa & Koskinen 2002). Tutkimuskuntien koko 18–64-vuotiaasta väestöstä kerättyä Terveys 2011 -tutkimuksenaineistoa käytettiin tämän mittarin osalta vertailukohtana. Lisäksi tutkittavia pyydettiin arvioimaan oman työkykynsä kehittymistä (ennallaan pysymistä, parantumista tai heikentymistä) seuraavien kahden vuoden kuluessa. Useissa muissa työkyvyn kehitty-

mistä koskevista arviointikysymyksissä työkykyä on tarkasteltu lähinnä terveyden näkökulmasta, eikä niissä ole otettu huomioon työkyvyn mahdollista paranemista.

Tulokset

Täysin tai osittain työvyttömänä itseään pitävien osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 11.4.1). Venäläistaustaisista 15 % arvioi työkykynsä rajoittuneeksi, mikä oli suurempi osuus kuin samanikäisessä koko väestössä (10 %). Somalialaistaustaisilla työkykynsä rajoittuneeksi arvioivien osuus (13 %) ei merkitsevästi eronnut koko väestöstä. Sen sijaan kurditaustaisista työkykynsä arvioi rajoittuneeksi 29 % eli lähes kolme kertaa niin suuri osuus kuin koko väestössä. Valtaosa haastatelluista piti itseään täysin työkykyisenä (kuvio 11.4.1). Kuitenkin kurditaustaisista lähes joka kymmenes arvioi olevansa täysin työkyvytön.

Täysin tai osittain työvyttömänä itseään pitävien osuus vaihteli myös sukupuolittain tarkasteltuna (taulukko 11.4.2). Etenkin venäläis- ja somalialaistaustaiset naiset arvioivat työkykynsä rajoittuneeksi miehiä useammin, kun taas koko väestössä sukupuolieroa ei esiintynyt. Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä naiset arvioivat oman työkyvyn rajoittuneeksi selvästi yleisemmin kuin koko väestön naiset (10 %). Heikoimmaksi työkykynsä arvioivat kurditaustaiset naiset, joista joka kol-

Taulukko 11.4.1. Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivat (%¹).

VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
				Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
15,2	13,4	29,3	9,8	<0,001	0,001	0,074	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 11.4.2. Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivat sukupuolittain (%¹).

VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
8,8	18,6	0,002	8,3	17,1	0,037	25,9	33,1	0,056	9,6	10,0	0,823
Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
Miehet						Naiset					
Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
<0,001	0,695	0,584	<0,001	<0,001	0,001	0,006	<0,001	<0,001	0,001	0,006	<0,001

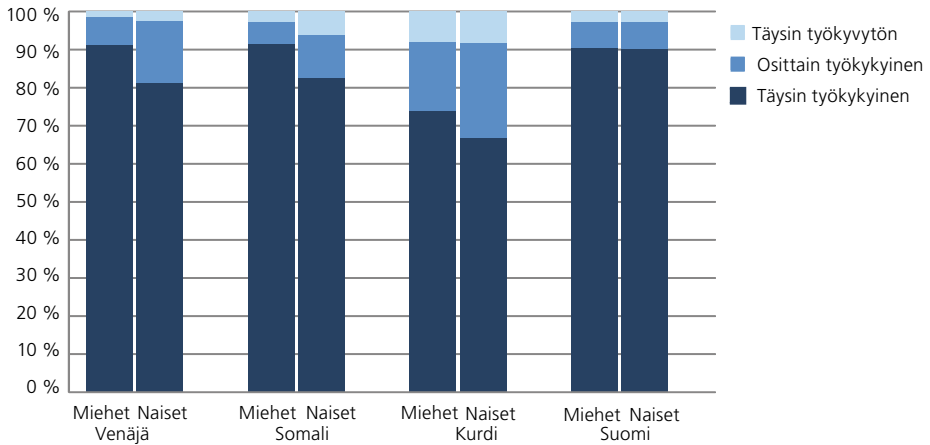
¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

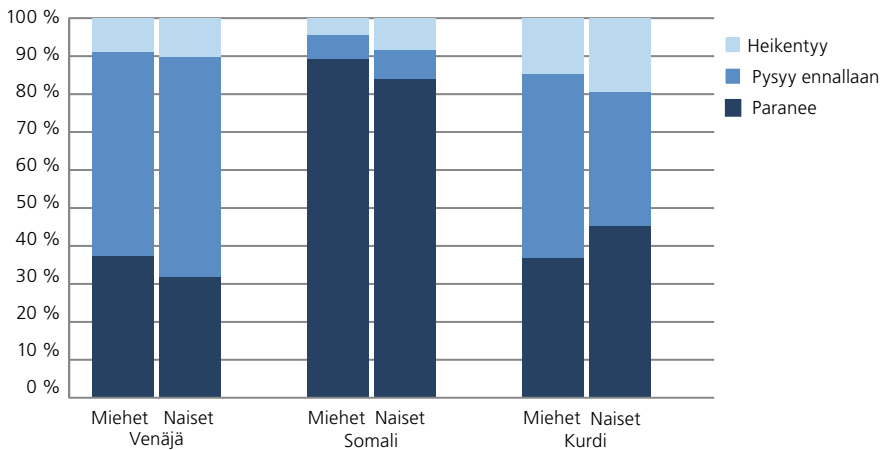
mas arvioi työkykynsä vähintään osittain rajoittuneeksi. Venäläistaustaisista naisista 19 % ja somalialaistaustaisista naisista 17 % piti työkykyään rajoittuneena. Miesten osalta ainoastaan kurditaustaiset miehet arvioivat työkykynsä rajoittuneeksi yleisemmin kuin koko väestön miehet (10 %). Kurditaustaisista miehistä joka neljäs arvioi olevansa vähintään osittain työkyvytön. Sen sijaan somalialais- ja venäläistaustaisista miehistä valtaosa arvioi olevansa täysin työkykyisiä, mikä vastasi koko väestön miesten työkykyarvioita.

Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä arviot osittaisesta tai täydestä työkyvyttömyydestä olivat tavallisimpia 45–64-vuotiailla. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvista venäläistaustaisista useampi kuin joka neljäs, somalialaistaustaisista va-

Kuvio 11.4.1. Oma arvio työkyvystä sukupuolittain (%).



Kuvio 11.4.2. Arvio oman työkyvyn kehittymisestä kahden vuoden kuluessa sukupuolittain (%).



jaa kolmannes ja kurditaustaisista miltei joka toinen arvioi itsensä vähintään osittain työkyvyttömäksi. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat venäläis- ja somalialaistautaiset naiset arvioivat työkykynsä rajoittuneeksi (32 % ja 42 %) huomattavasti miehiä useammin (18 % ja 16 %).

Enemmistö tutkittavista arvioi työkykynsä paranevan tai pysyvän ennallaan seuraavien kahden vuoden kuluessa. Myönteisimmin työkykynsä kehittymiseen suhtautuivat somalialaistautaiset, joista peräti 87 % arvioi työkykynsä paranevan (kuvio 11.4.2). Venäläistautaisista useampi kuin joka toinen ennakoii työkykynsä pysyvän ennallaan ja kolmannes arvioi sen paranevan seuraavien kahden vuoden aikana. Myös kurditaustaisista valtaosa arveli työkykynsä joko paranevan tai pysyvän ennallaan. Joka kuudes kurditaustaisista kuitenkin ennakoii työkykynsä heikentyvän kahden vuoden kuluessa. Sukupuolet eivät eronneet toisistaan minkään ryhmän osalta työkyvyn kehittymistä koskevissa arvioissaan.

Pohdinta

Valtaosa tähän tutkimukseen osallistuneista arvioi työkykynsä varsin hyväksi. Lukuun ottamatta venäläis- ja somalialaistautaisia miehiä, olivat arviot työkyvyn rajoittuneisuudesta kuitenkin yleisempiä kuin koko väestössä. Erityisesti kurditaustaisten arviot työkyvyn rajoittuneisuudesta olivat huolestuttavan yleisiä. Lisäksi havaittiin, että naiset arvioivat työkykynsä pääsääntöisesti miehiä heikommaksi. Heikoksi koettuun työkykyyn yhteydessä olevia tekijöitä on syytä jatkossa selvittää tarkemmin. Syyt voivat liittyä muun muassa terveyteen, toimintakykyyn, perhetilanteeseen, omiin asenteisiin, omaan osaamiseen ja työmarkkinakelpoisuuteen liittyviin käsityksiin, kuten myös ympäröivään yhteiskuntaan ja koettuun syrjintään sekä työn raskauteen ja työoloihin. Pakolaistaustaisuuteen saattaa liittyä traumatisoivia kokemuksia, kuten kidutusta, jotka voivat heijastua monille elämänalueille ja heikentää työkykyä. Tutkituista erityisesti kurdi- mutta myös somalialaistautaisilla voi olla tämän tyyppisiä kokemuksia (ks. luku 9.2).

Arviot työkyvyn rajoittuneisuudesta voivat myös kuvastaa vastentahtoista työttömyyttä ja/tai arvioita omasta työmarkkinakelpoisuudesta. Varsinkin pitkään työttömänä olleiden voi olla vaikea arvioida omaa työkykyään ja usko omaan työkykyyn on saattanut ajan myötä heikentyä. Työkyky on myös tiiviissä yhteydessä tehtävään työhön ja yleisesti ottaen työkyvyn koetaan heikentyvään nopeammin raskaissa töissä, kuten siivoustyössä. Olisikin syytä selvittää, missä määrin kokemukset työkyvyn rajoittuneisuudesta ovat yhteydessä tutkittavien tekemään työhön ja sijoittumiseen työmarkkinoilla.

Myönteisenä tuloksena voidaan pitää sitä, että valtaosa tutkimukseen osallistuneista arvioi työkykynsä pysyvän joko ennallaan tai parantuvan seuraavien kahden vuoden aikana. Erityisesti somalialaistautaiset suhtautuivat myönteisesti työkykynsä kehittymiseen. Myös työkykynsä muita heikommaksi arvioivat kurditaustaiset ar-

vioivat työkykynsä pikemminkin paranevan kuin heikentyvän. Tämä saattaa kuvastaa myönteisiä odotuksia oman työmarkkinakelpoisuuden paranemisesta Suomessa. Näin työkyky voi myös käsitteenä saada uusia tulkintakehikoita maahanmuuttajataustaisia ryhmiä tutkittaessa. Työterveyslaitoksen koordinoiman *Maahanmuuttajan onnistuminen työssä* -osahankkeen tuloksia raportoidaan vuoden 2013 aikana (www.ttl.fi/mot).

Lähteet

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveys tutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL:32. Helsinki ja Turku: Kansaneläkelaitos; 1989.
- Aromaa A, Koskinen S (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B2. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2002.
- Holm P, Hopponen A, Lahtinen M. Maahanmuuttajien työkyky 2008. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen raportteja:210. Helsinki: Pellervon taloudellinen tutkimuslaitos; 2008.
- Jørgensen MB, Rasmussen CDN, Carneiro I G, Flyvholm M-A, Olesen K, Ekner D, Søgaard K, Holtermann A. Health disparities between immigrant and Danish cleaners. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84:665–674.
- Liira J, Matikainen E, Leino-Arjas P, Malmivaara A, Mutanen P, Rytönen H, Juntunen J. Work ability of middle-aged Finnish construction workers – a follow-up study in 1991–1995. *Int J Ind Ergonomics* 2000;25:477–481.
- Sell L, Bültmann U, Rugulies R, Villadsen E, Faber A, Søgaard K. Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82:1133–1138.
- Tuomi K, HUUHTANEN P, NYKYRI E, ILMARINEN J. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med* 2001; 51:318–324.
- www.ttl.fi/mot. Maahanmuuttajan onnistuminen työssä.

12 SOSIAALINEN HYVINVOINTI

12.1 Elämänlaatu

Shadia Rask, Minna-Liisa Luoma, Natalia Solovieva, Seppo Koskinen

- Somalialaistaustaiset olivat kaikkein tyytyväisimpiä elämänlaatuunsa. He olivat lähes poikkeuksetta tyytyväisiä päivittäisistä toimista selviytymiseensä, vaikka huomattava osa kertoi vaikeuksista pankissa tai muussa virastossa asioimisessa ja internetin käytössä.
- Venäläis- ja kurditaustaiset olivat tutkimuspaikkakuntien samanikäistä koko väestöä vähemmän tyytyväisiä terveyteensä.
- Maahanmuuttajataustaisen väestön koettuun elämänlaatuun voivat vaikuttaa maahanmuuttoprosessiin ja kotoutumiseen liittyvät tekijät, kuten elämänlaadun arvioiminen suhteessa lähtömaahan ja uudessa kotimaassa koettu syrjintä.

Terveyteen liittyvä elämänlaatu on subjektiivinen, yksilön kokemusmaailmaa kuvaava käsite, joka sisältää psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin ulottuvuuden sekä henkilön oman yleisarvion elämänlaadustaan (Huusko & Pitkälä 2006). Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (WHOQOL-100), ja etenkin siitä kehitetty lyhyempi versio (WHOQOL-BREF), on yleisesti väestötutkimuksissa käytetty mittari, joka arvioi elämänlaatua fyysisen terveyden, psykologisen ulottuvuuden, sosiaalisten suhteiden ja ympäristön näkökulmista (WHO 1996). EUROHIS-QOL on WHO:n elämänlaatumittareiden pohjalta kehitetty kahdeksan osainen kysymyspatteristo, jolla tiedetään olevan hyvä sisäinen yhteneväisyys (Power 2003; Schmidt 2005). Lisäksi EUROHIS-QOL on todettu validiksi mittariksi useissa eri kulttuuriympäristöissä (Schmidt 2005).

Maahanmuuttajien tyytyväisyyttä elämään on tutkittu monissa Euroopan maissa, ja on havaittu, että syrjintäkokemukset ovat merkittävien maahanmuuttajien elämänlaatua heikentävä tekijä (Safi 2009). Saksalaisessa tutkimuksessa maahanmuuttajataustaisen ja syntyperäisen väestön koetussa elämänlaadussa havaittiin vain vähän eroja, mutta maahanmuuttajaryhmät erosivat selkeästi toisistaan (Nesterko 2012). Ruotsissa on havaittu, että ikääntyneiden iranilaistaustaisten maahanmuuttajien terveyteen liittyvä elämänlaatu on heikompi kuin samanikäisen ruotsalaisen väestön (Koochek 2007). Ensimmäisessä irakilaismaahanmuuttajien terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioineessa tutkimuksessa, Malesiassa asuvien irakilaismaahanmuuttajien on havaittu olevan keskimäärin tyytyväisiä terveyteen liittyvään elämänlaatuunsa (Daher 2011). Yhdysvalloissa somalialaismaahanmuuttajien koetulla elämänlaadulla ja onnistuneella kotoutumisella on havaittu olevan vahva yhteys: parhaiten Yhdysvaltoihin kotoutuneet kokevat elämänlaatunsa parhaimmaksi (Abdulaziz 2009).

Israelissa asuvien venäläistaustaisten maahanmuuttajien koetun elämänlaadun on havaittu olevan läheisessä yhteydessä maahanmuuton koettuun onnistumiseen (Benish-Weisman & Shye 2011). Suomessa maahanmuuttajataustaisen väestön elämänlaatua tai tyytyväisyyttä elämään on tutkittu vasta vähän, eikä aiemmin ole vertailtu maahanmuuttajataustaisen ja koko väestön kokemaa elämänlaatua.

Menetelmät

Maamu-tutkimuksessa elämänlaatua mitattiin EUROHIS-QOL -kysymyssarjalla sekä WHOQOL-BREF:sta poimittujen kysymysten avulla. Tässä julkaisussa elämänlaadusta raportoidaan kuitenkin vain neljän kysymyksen tulokset, sillä yhden EUROHIS-QOL -sarjaan kuuluvan kysymyksen aineiston käyttökelpoisuuden varmistaminen on kesken. Raportoivat elämänlaatuksymykset ovat ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatonne?” (erittäin hyvä, hyvä, ei hyvä eikä huono, huono, erittäin huono), ”Miten tyytyväinen olette terveyteenne?” ja ”Miten tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?” (erittäin tyytyväinen, tyytyväinen, ette tyytyväinen ettekä tyytymätön, tyytymätön, erittäin tyytymätön) sekä ”Missä määrin tunnette, että elämänne on merkityksellistä?” (en lainkaan, vähän, kohtuullisesti, paljon, erittäin paljon). Ensimmäiset kolme kysymystä ovat EUROHIS-QOL:sta ja viimeinen WHOQOL-BREF:sta. Vertailuaineistona käytetään tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneelta 18–64-vuotiaalta koko väestöltä kyselylomakkeella kerättyjä vastaavia tietoja.

Tulokset

Koettu elämänlaatu vaihteli tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 12.1.1, kuvio 12.1.1), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain (taulukko 12.1.2). Parhaimmaksi elämänlaatunsa arvioivat somalialaistaustaiset, joista peräti 96 % koki elämänlaatunsa vähintään hyväksi. Vastaava osuus venäläistaustaisilla oli 83 %. Sekä somalialais- että venäläistaustaisista suurempi osuus arvioi elämänlaatunsa vähintään hyväksi kuin tutkimuspaikkakuntien samanikäisestä koko väestöstä (78 %). Sen sijaan kurditaustaisilla vähintään hyväksi elämänlaatunsa kokevien osuus (74 %) ei poikennut koko väestöstä. Kaikissa ryhmissä miehet ja naiset arvioivat elämänlaatunsa yhtä hyväksi. Venäläis- ja kurditaustaisilla koettu elämänlaatu näytti heikemmän iän myötä: kolme neljäsosaa 45 vuotta täyttäneistä venäläistaustaisista piti elämänlaatuunsa hyvänä tai erittäin hyvänä, samanikäisistä kurditaustaisista naisista alle kolme neljäsosaa ja miehistä vajaan 60 %.

Myös tyytyväisyys terveyteen vaihteli huomattavasti tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 12.1.1), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain (taulukko 12.1.2). Tyytyväisimpiä olivat somalialaistaustaiset, joista 94 % oli tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen terveyteensä, kun samanikäisessä koko väestössä vastaava osuus

oli 78 %. Sekä venäläis- että kurditaustaiset olivat koko väestöä tyytymättömämpiä terveyteensä, ja erot näkyivät erityisesti naisten tyytyväisyydessä. Venäläistaustaisista terveyteensä vähintään tyytyväisiä oli 67 %, miehet naisia useammin. Kurditaustaisilla vastaava osuus oli 66 %, eikä sukupuolten välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Kaikissa ryhmissä tyytyväisyys terveyteen heikkeni iän myötä.

Tyytyväisyys päivittäisistä toimista selviytymiseen vaihteli tutkittujen ryhmien välillä (taulukko 12.1.1), mikä johtui erityisesti siitä, että somalialaistaustaiset olivat muita tyytyväisempiä. Peräti 98 % somalialaistaustaisista oli vähintään tyytyväinen päivittäisistä toimista selviytymiseensä, mikä oli huomattavasti samanikäistä koko väestöä enemmän (86 %). Venäläis- ja kurditaustaisilla osuus vastasi koko väestöä (83 %). Venäläis- ja somalialaistaustaisessa sekä koko väestössä miehet ja naiset olivat yhtä tyytyväisiä päivittäisistä toimista selviytymiseensä, kun taas kurditaustaiset

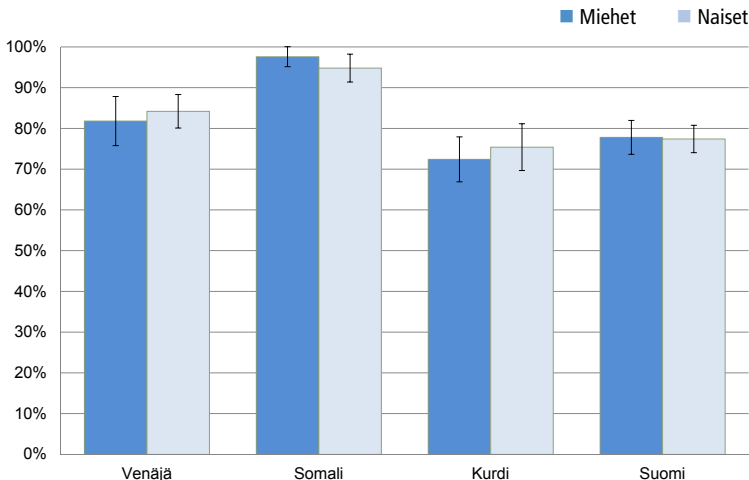
Taulukko 12.1.1. Elämänlaatu (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Koettu elämänlaatu hyvä	83,3	96,1	73,7	77,6	<0,001	0,012	<0,001	0,115
Tyytyväinen omaan terveyteensä	67,1	93,9	66,2	77,6	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tyytyväinen selviytymiseensä päivittäisistä toimista	82,6	98,0	83,4	86,3	<0,001	0,066	<0,001	0,152
Kokee elämän merkitykselliseksi	68,6	96,3	89,3	.. ²	<0,001	.. ²	.. ²	.. ²

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 12.1.1. Elämänlaatusa hyväksi kokevien osuus sukupuolittain (%).



Taulukko 12.1.2. Elämänlaatu sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Koettu elämänlaatu hyvä	81,8	84,2	0,514	97,6	94,8	0,204	72,4	75,4	0,457	77,8	77,4	0,872
Tyytyväinen omaan terveyteensä	78,0	61,2	<0,001	94,8	93,1	0,572	69,7	61,8	0,063	78,8	76,5	0,400
Tyytyväinen selviytymiseensä päivittäisistä toimista	85,4	81,1	0,261	98,7	97,4	0,393	87,1	78,5	0,013	86,5	86,2	0,908
Kokee elämän merkitykselliseksi	64,1	71,3	0,133	97,3	95,4	0,390	89,6	88,8	0,779	..3	..3	..3
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Koettu elämänlaatu hyvä	<0,001	0,318	<0,001	0,119	<0,001	0,019	<0,001	0,560	<0,001	0,001	<0,001	0,560
Tyytyväinen omaan terveyteensä	<0,001	0,880	<0,001	0,016	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tyytyväinen selviytymiseensä päivittäisistä toimista	0,011	0,776	<0,001	0,775	<0,001	0,048	0,003	0,008	<0,001	0,003	0,003	0,008
Kokee elämän merkitykselliseksi	<0,001	..3	..3	..3	<0,001	..3	..3	..3	<0,001	..3	..3	..3

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

naiset olivat miehiä tyytymättömpämpiä (79 % ja 87 %, taulukko 12.1.2). Pienempi osa venäläis- ja kurditaustaisista kuin koko väestön naisista koki olevansa tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen päivittäisistä toimista selviytymiseensä. Suurempi osa venäläis- ja kurditaustaisista nuoremmista ikäluokista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä päivittäisistä toimista selviytymiseensä kuin vanhin ikäluokka.

Somalialaistaustaiset kokivat elämänsä myös merkityksellisemmäksi kuin venäläis- ja kurditaustaiset (taulukko 12.1.1). Elämänsä paljon tai erittäin merkitykselliseksi kokevien osuudet vaihtelivat somalialaistaustaisten 97 %:sta, kurditaustaisten 89 %:iin ja venäläistaustaisten 69 %:iin. Kaikissa ryhmissä miehet ja naiset arvioivat elämänsä yhtä merkitykselliseksi (taulukko 12.1.2). Muista elämänlaatukysymyksistä poiketen, arviot elämän merkityksellisyydestä eivät vaihdelleet iän mukaan.

Pohdinta

Arvioidessaan elämänlaatuaan ihminen vertaa odotuksiaan kokemuksiinsa (Carr ym. 2001). Maahanmuuttajataustaisen väestön koettuun elämänlaatuun voivat erityisellä tavalla vaikuttaa myös maahanmuuttoprosessiin ja kotoutumiseen liittyvät

tekijät, kuten elämänlaadun arvioiminen suhteessa lähtömaahan ja uudessa kotimaassa koettu syrjintä.

Kaikkien tässä luvussa raportoitujen elämänlaatuksymysten osalta somalialaistaustaiset arvioivat elämänlaatuunsa huomattavasti muita ryhmiä paremmaksi. Somalialaistaustaisten tyytyväisyys elämänlaatuunsa on sopuoinnussa monien muiden tulosten kanssa: heillä on myös myönteinen käsitys koetusta terveydestään (ks. luku 4.1), he ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon (ks. luku 14.3), ja he raportoivat suhteellisen vähän syrjintäkokemuksia (ks. luku 13.1). Hyvän koetun elämänlaadun taustalla voi olla useita tekijöitä, kuten yhteisöllisyys, oman elämän vertaaminen entisen kotimaan tilanteeseen, uskontoon pohjautuvat uskomukset sekä kulttuurisidonnainen tapa vastata abstraktilla tasolla esitettyyn kysymykseen. Poikkeuksellisen hyvää koetua elämänlaatua ei ole syytä täysin epäillä raportointiharhaksi, vaikkakin käytettyjen elämänlaatumittareiden soveltuvuutta somalialaistaustaisessa väestössä on tarpeen arvioida. Jossain määrin ristiriitaista on, että lähes kaikki somalialaistaustaiset olivat vähintään tyytyväisiä selviytymiseensä päivittäisistä toimista, vaikka huomattava osa kertoi vaikeuksista pankissa tai muussa virastossa asioimisessa, ja erityisesti naiset kertoivat, etteivät osaa käyttää internetiä (ks. luku 11.3). Voi kuitenkin olla, ettei pankissa tai muussa virastossa asioimiseen tai internetin käyttöön liittyvillä vaikeuksilla ole kovin suurta merkitystä esimerkiksi kotiin ja perhe-elämään keskittyvässä elämäntilanteessa.

Venäläistaustaisten koettu elämänlaatu vastasi samanikäisen koko väestön arviota elämänlaadustaan. Venäläistaustaisten koko väestöä heikompi tyytyväisyys terveyteen vastaa koettua terveyttä ja pitkäaikaissairauksien yleisyyttä koskevia tuloksia (ks. luku 4.1 ja 4.2). Venäläistaustaisista selvästi suurempi osa arvioi elämänlaatuunsa hyväksi kuin elämänsä merkitykselliseksi. Somalialaistaustaisilla näiden kahden kysymyksen osuudet vastasivat toisiaan ja kurditaustaisilla elämänsä merkitykselliseksi arvioiminen oli yleisempää kuin elämänlaatuunsa hyväksi kokeminen. Venäläistaustaiset ovat saattaneet kokea kysymyksen elämän merkityksellisyydestä eri tavalla kuin muut ryhmät.

Kidutettujen mielen terveyttä ja elämänlaatua kartoittaneessa tutkimuksessa havaittiin, että trauma- ja kidutuskokemukset, vähäiset sosiaaliset kontaktit, ammatin puuttuminen ja kipukokemukset olivat yhteydessä emotionaaliseen stressiin ja heikompaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Carlsson ym. 2006). Tämän pohjalta olisi voinut olettaa, että muun muassa kurditaustaisten kokemien traumatapahtumien (ks. luku 9.2), yksinäisyyden (ks. luku 11.3), kipukokemusten (ks. luku 4.5) ja koettujen toimeentulovaikeuksien yleisyyden vuoksi (ks. luku 3.4), kurditaustaiset olisivat arvioineet elämänlaatuunsa selvästi muita ryhmiä ja koko väestöä heikommaksi. Näin ei kuitenkaan ollut, vaan kurditaustaiset arvioivat elämänlaatuunsa yhtä hyväksi kuin samanikäinen koko väestö. Tämä osoittaa, että koettuun elämänlaatuun vaikuttavat monet tekijät ja raskaista kokemuksista huolimatta tulevaisuuden odotukset ja kokemus nykyhetkestä voivat olla positiivisia.

Lähteet

- Abdulaziz A. Acculturation and the subjective well-being of Somali immigrants in the United States: An explanatory mixed methods investigation. Minnesota: Capella University; 2009.
- Benish-Weisman M, Shye S. Life Quality of Russian Immigrants to Israel: Patterns of Success and of Unsuccess. *Soc Indic Res* 2011;101:461–479.
- Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M. Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nord J Psychiat* 2006;60:51–57.
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience. *BMJ* 2001;322:1240–1243.
- Daher AM, Hisham IS, Daher TM, Anbori AK. Health related quality of life among Iraqi immigrants settled in Malaysia. *BMC Public Health* 2011;11:407–413.
- Huusko T, Pitkälä K. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa: Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K (toim.). Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti: 12. Helsinki: Vanhustyönkeskusliitto; 2006.
- Koochek A, Montazeri A, Johansson SE, Sundquist J. Health-related quality of life and migration: A cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:60–68.
- Nesterko Y, Braehler E, Grande G, Glaesmer H. Life satisfaction and health-related quality of life in immigrants and native-born Germans: the role of immigration-related factors. *Qual Life Res.* painossa.
- Power M. Development of a common instrument for quality of life. Teoksessa: Nosikov A, Gudex C (toim.). EUROHIS: Developing a common instrument for health surveys. Amsterdam: WHO; 2003.
- Safi M. Immigrants' Life Satisfaction in Europe: Between Assimilation and Discrimination. *Eur Sociol Rev* 2009;26:159–176.
- Schmidt S, Mühlan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health* 2005;16:420–428.
- WHO. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geveva; 1996.

12.2 Osallistuminen ja luottamus

Shadia Rask, Tuija Martelin, Tarja Nieminen, Natalia Solovieva

- Kaksi kolmasosaa somalialaistaustaisista, mutta vain alle kolmannes kurditaustaisista osallistui säännöllisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan. Venäläistaustaiset seurasivat aktiivisimmin sekä entisen kotimaan että Suomen tapahtumia. Aktiivisimmin viime eduskuntavaaleissa olivat äänestäneet somalialaistaustaiset miehet, vähiten aktiivisia äänestäjiä olivat somalialaistaustaiset naiset.
- Kahdella kolmasosalla somalialaistaustaisista miehistä oli vähintään yksi syntyperältään suomalainen ystävä, kun taas somalialaistaustaisilla naisilla sekä venäläis- ja kurditaustaisilla hyviä suomalaisia ystäviä oli neljäs- tai kolmasosalla.
- Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon tai sosiaalihuoltoon oli vankinta somalialaistaustaisilla miehillä. Kansaneläkelaitokseen luotettiin kaikissa tutkituissa ryhmissä.

Sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen voidaan toisaalta nähdä sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksina, toisaalta ne määritellään usein yhdeksi sosiaalisen pääoman osa-alueeksi (Putnam 1993). Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan yleensä ihmisten välisiä sosiaalisia verkostoja, joille on ominaista osallistuminen, luottamus ja vastavuoroisuus sekä yhteiset normit ja arvot. Näiden tekijöiden katsotaan edistävän vuorovaikutusta sekä tehostavan yhteisön ja yksilöiden tavoitteiden toteutumista. Lisäksi sosiaalisen pääoman on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä hyvään terveyteen (Hyyppä 2010). Useimmissa tutkimuksissa sosiaalista aktiivisuutta ja osallistumista on mitattu harrastuksiin ja eri tilaisuuksiin osallistumiseen sekä järjestöihin kuulumiseen ja toisten auttamiseen liittyvillä kysymyksillä (TOIMIA-tietokanta). Luottamusta puolestaan on usein mitattu kysymyksillä, jotka koskevat toisaalta luottamusta julkisiin instituutioihin, toisaalta ihmisiin yleensä. Tässä raportissa tarkastellaan vain luottamusta instituutioihin.

Ruotsissa tehdyistä tutkimuksista tiedetään, että arabiankielisistä ja muista länsimaiden ulkopuolisista maista (kuten Iranista, Turkista, Vietnamista ja Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta) maahan muuttaneiden sosiaalinen osallistuminen on merkittävästi ruotsalaisväestöä vähäisempää (Lindström 2005). Ero on erityisen suuri arabiankielisten naisten sosiaalisessa osallistumisessa, joka on vähäistä myös arabiankielisiin miehiin verrattuna. Osallistumisen erot eivät ole selittyneet koulutukseen, työttömyyteen tai taloudelliseen tilanteeseen liittyvillä tekijöillä. Monissa tutkimuksissa on havaittu maahanmuuttajien osoittavan keskimäärin suurempaa luottamusta julkisiin instituutioihin kuin syntyperäisen väestön. Tätä havaintoa on selitetty

muun muassa maahanmuuttajien muuta väestöä pienemmillä odotuksilla (Röder & Mühlau 2010).

Suomessa maahanmuuttajien yhdistystoiminnasta on jonkin verran tutkimustietoa (Väänänen ym. 2009). Tilastokeskuksen vuonna 2002 tekemässä Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa havaittiin, että somalialaiset osallistuvat aktiivisesti erityisesti maahanmuuttajien omaan urheiluseura- ja harrastustoimintaan. Somalialaiset naiset osallistuivat sekä urheiluseura- ja harrastustoimintaan että järjestötoimintaan huomattavasti somalialaismiehiä harvemmin. Venäläisistä ja virolaisista urheiluseuratoimintaan osallistuivat aktiivisimmin alle 35-vuotiaat. Jokaisessa tutkitussa maahanmuuttajaryhmässä (venäläiset, virolaiset, somalialaiset ja vietnamlaiset) kolmannes vastaajista ei ollut lainkaan osallistunut kysytyihin toimintoihin ja tapahtumiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. (Pohjanpää ym. 2003.)

Maahanmuuttajien äänestyskäyttäytymisestä on rajoitetusti tietoa. Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa vain kolmannes venäläisistä ja somalialaisista kertoi äänestäneensä vuoden 2000 kunnallisvaaleissa (Pohjanpää ym. 2003). Koko maassa ulkomaan kansalaisten äänestysaktiivisuus kunnallisvaaleissa on ollut yhteensä niukasti 20 % tienoilla (Ahokas ym. 2011), kun taas yleinen äänestysprosentti vuoden 2008 kuntavaaleissa oli 61 % (Tilastokeskus, vaalitulokset).

Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa havaittiin, että yli 70 %:lla venäläisistä ja puolella somalialaisista on syntyperältään suomalaisia ystäviä. Lähes puolet venäläisistä ja vajaa kolmannes somalialaisista piti yhteyttä suomalaisiin ystäviinsä viikoittain. Suomalaisia ystäviä oli useammin heillä, jotka arvioivat suomen kielen keskustelutaitonsa vähintään melko hyväksi. (Pohjanpää ym. 2003.)

Menetelmät

Maamu-tutkimuksessa sosiaalista osallistumista kartoitettiin kysymällä, kuinka usein tutkittava on osallistunut seuraavien järjestöjen, yhdistysten ja seurojen toimintaan: liikunta- tai urheiluseura, kulttuuriyhdistys tai -järjestö, nuorisoyhdistys tai -kerho, kansanterveys- tai potilasjärjestö, joku muu järjestö tai yhdistys, uskonnollinen yhteisö, vapaamuotoinen harrastusporukka. Vastausvaihtoehtoja oli viisi: 3 kertaa viikossa tai useammin, 1–2 kertaa viikossa, 1–3 kertaa kuukaudessa, muutaman kerran vuodessa ja en ole osallistunut. Kysymystä on aiemmin käytetty muun muassa Alueellisissa terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa (www.thl.fi/ath). Lisäksi kysyttiin, kuinka usein tutkittava seuraa syntymämaansa tai entisen kotimaansa tapahtumia lehdistä, radiosta, internetistä tai televisiosta. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: päivittäin, viikoittain, kuukausittain sekä harvemmin tai ei koskaan. Vastaava kysymys esitettiin myös Suomen tapahtumien ja viestintävälineiden seuraamisesta.

Osallistumista kartoitettiin myös kunnallis- ja eduskuntavaaleissa äänestämisen näkökulmasta. Eduskuntavaaleissa äänestämistä kysyttiin ainoastaan Suomen kansalaisilta, sillä Suomen kansalaisuus on äänioikeuden edellytys näissä vaaleissa. Kah-

det viimeisimmät eduskuntavaalit on järjestetty Suomessa vuosina 2007 ja 2011, joten riippuen tutkimukseen osallistumisen ajankohdasta, tutkittavat ovat kertoneet äänestymiskäyttäytymisestään joko vuoden 2007 tai 2011 vaaleissa. Kunnallisvaaleissa äänioikeus on kaikilla Suomessa pysyvästi asuvilla kansalaisuudesta riippumatta, sillä rajauksella, että EU:n ja Pohjoismaiden ulkopuolisten maiden kansalaisilla on täytyntä olla ollut kotikuntalainen mukainen kotipaikka suomalaisessa kunnassa vähintään kahden vuoden ajan (Kotikuntalaki 201/1994). Äänestämistä vuonna 2008 järjestetyissä kunnallisvaaleissa kysyttiin kaikilta tutkittavilta. Kunnallisvaalien äänestysaktiivisuuden raportoiminen on rajattu tämän julkaisun ulkopuolelle äänioikeutettujen tutkittavien määrittämiseen liittyvien hankaluuksien vuoksi. Vastaavia kysymyksiä kunnallis- ja eduskuntavaaleissa äänestämisestä on käytetty Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (www.thl.fi/ath).

Lisäksi tässä luvussa raportoidaan, yhtenä uuden kotimaan sosiaalisiin verkostoihin kiinnittymistä kuvaavana mittarina, hyvien syntyperältään suomalaisten ystävien olemassaoloa koskevat tulokset. Tieto perustuu hyvien ystävien kokonaismäärää koskevan kysymyksen jatkokysymykseen, joka esitettiin, jos vastaajalla oli vähintään yksi hyvä ystävä oman kotitalouden ulkopuolella.

Luottamusta julkisiin instituutioihin kartoitettiin haastattelussa kysymällä, kuinka paljon vastaaja luottaa tiettyihin organisaatioihin ja niiden toimintaan. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: en luota lainkaan, luotan vähän, luotan melko paljon ja luotan täysin. Tästä kysymyssarjasta on tähän raporttiin valittu kolme osiota kuvaamaan luottamusta sellaisiin instituutioihin, joiden kanssa myös maahanmuuttaja-taustaiset ovat arkielämässä tekemisissä, eli julkiseen terveydenhuoltoon, julkiseen sosiaalihuoltoon ja Kelaan. Vastaavia kysymyksiä on käytetty Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (www.thl.fi/ath).

Tulokset

Vähintään kuukausittain järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistuneiden osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 12.2.1), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain (taulukko 12.2.2, kuvio 12.2.1). Erityisen aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistuivat somalialaistaustaiset miehet (82 %), jotka kertoivat osallistuvansa kysytyihin toimintoihin selvästi somalialaistaustaisia naisia (53 %) useammin. Venäläistaustaisista noin puolet ja kurditaustaisista alle kolmannes osallistui säännöllisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan. Kummassakaan ryhmässä ei ollut eroja sukupuolten välillä. Somalialaistaustaisilla sukupuolten välinen ero oli suurin 18–29- ja 30–44-vuotiailla. Venäläistaustaisilla järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistuminen väheni selvästi iän myötä (18–29-vuotiaista 67 %, 30–44-vuotiaista 50 % ja 45–64-vuotiaista 43 %).

Vähintään kuukausittain entisen kotimaan tapahtumia seuraavien osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 12.2.1), ja ryhmät erosivat toisistaan niin miesten kuin

naistenkin osalta (taulukko 12.2.2). Liki 90 % sekä venäläistaustaisista miehistä että naisista kertoi seuraavansa entisen kotimaan tapahtumia säännöllisesti. Somalialaistaustaisilla kotimaan tapahtumien seuraaminen vaihteli sukupuolen mukaan: naisten osuus (72 %) oli selvästi miesten osuutta (94 %) matalampi. Kurditaustaisilla kotimaan tapahtumien seuraaminen oli yhtä yleistä miehillä (86 %) ja naisilla (83 %).

Taulukko 12.2.1. Osallistuminen ja luottamus (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain	90,0	82,4	84,7	0,011
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain	91,3	82,6	77,2	<0,001
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan	52,8	66,2	28,9	<0,001
Äänesti viime eduskuntavaaleissa ²	43,7	49,3	45,0	0,629
Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon vähintään melko paljon	64,5	82,5	75,4	<0,001
Luottaa julkiseen sosiaaliinhuoltoon vähintään melko paljon	80,5	81,9	69,3	<0,001
Luottaa Kelaan vähintään melko paljon	84,2	90,0	84,5	0,074

¹ Luvut ikävakioituja

² Vain Suomen kansalaiset

Taulukko 12.2.2. Osallistuminen ja luottamus sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain	91,2	89,2	0,508	94,1	71,6	<0,001	85,8	83,2	0,435	0,019	<0,001
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain	91,7	91,0	0,786	93,0	73,1	<0,001	82,7	69,6	0,001	0,001	<0,001
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan	54,8	51,6	0,525	81,6	52,5	<0,001	30,7	26,3	0,296	<0,001	<0,001
Äänesti viime eduskuntavaaleissa ³	46,7	42,3	0,582	70,7	32,1	<0,001	46,3	43,9	0,721	0,023	0,257
Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon vähintään melko paljon	72,2	60,4	0,016	86,9	78,8	0,102	76,2	74,5	0,677	0,022	<0,001
Luottaa julkiseen sosiaaliinhuoltoon vähintään melko paljon	83,0	79,0	0,344	90,4	74,6	0,001	71,3	66,7	0,296	<0,001	0,017
Luottaa Kelaan vähintään melko paljon	83,9	84,4	0,890	91,7	88,5	0,409	87,1	80,9	0,079	0,203	0,167

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

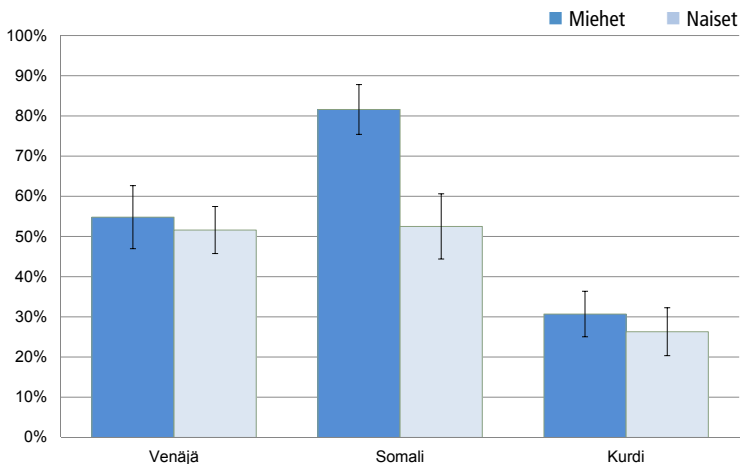
³ Vain Suomen kansalaiset

Ainoastaan kurditaustaisilla entisen kotimaan tapahtumien seuraaminen vaihteli iän mukaan (18–29-vuotiaista 72 %, 30–44-vuotiaista 88 % ja 45–64-vuotiaista 97 %).

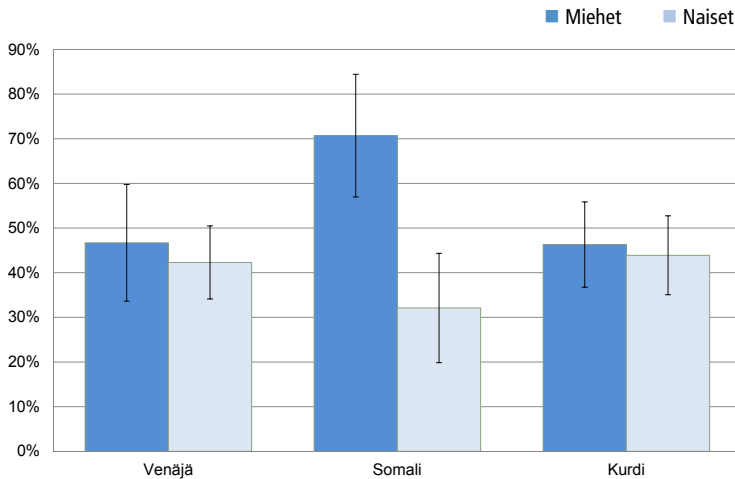
Myös Suomen tapahtumia vähintään kuukausittain seuraavien osuus vaihteli ryhmien välillä (taulukko 12.2.1), ja ryhmät erosivat toisistaan myös sukupuolittain (taulukko 12.2.2). Venäläistaustaisilla Suomen tapahtumien seuraaminen vähintään kuukausittain oli molemmilla sukupuolilla yhtä yleistä kuin entisen kotimaan tapahtumienkin seuraaminen, mikä voi selittyä sillä, että Venäjän tapahtumia seurataan tiiviisti myös suomalaisessa mediassa. Samoin somalialaistaustaisista Suomen tapahtumia seurasi vähintään kuukausittain yhtä suuri osuus kuin Somalian tapahtumia. Kaikissa ikäryhmissä somalialaistaustaiset miehet seurasivat viestintävälineitä aktiivisemmin kuin naiset. Toisin kuin entisen kotimaan tapahtumien seuraaminen, Suomen tapahtumien seuraaminen oli selvästi harvinaisempaa kurditaustaisen naisten (70 %) kuin kurditaustaisten miesten (83 %) keskuudessa, ja ero oli selkein 45–64-vuotiailla.

Viime eduskuntavaaleissa äänestäminen oli yhtä yleistä kaikissa kolmessa ryhmässä (44–49 %, taulukko 12.2.1 ja kuvio 12.2.2). Aktiivisimmin olivat äänestäneet somalialaistaustaiset miehet (71 %), kun taas vähiten aktiivisia äänestäjiä olivat somalialaistaustaiset naiset (32 %, taulukko 12.2.2). Somalialaistaustaiset miehet ja naiset erosivat toisistaan erityisen selvästi 30–44- ja 45–64-vuotiaiden ikäryhmissä. Venäläis- ja kurditaustaisten äänestysaktiivisuus ei vaihdellut sukupuolen mukaan. Sen sijaan kurditaustaisilla äänestysaktiivisuudessa oli suuria eroja ikäryhmien välillä (18–29-vuotiaista 22 %, 30–44-vuotiaista 51 % ja 45–64-vuotiaista 58 %). Nuorista kurditaustaisista miehistä vain 12 % oli käyttänyt äänioikeuttaan, kun 30 vuotta täytäneistä 61–62 % kertoi äänestäneensä.

Kuvio 12.2.1. Järjestö- ja yhdistystoimintaan aktiivisesti osallistuvien osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 12.2.2. Viime eduskuntavaaleissa äänestäneiden osuus sukupuolittain (%).



Samansuuntaisen kuvan ryhmien välisistä osallistumisen ja suomalaisiin verkostoihin kiinnittymisen eroista antavat myös syntyperältään suomalaisia ystäviä koskevat havainnot. Somalialaistaustaisilla oli vähintään yksi syntyperältään suomalainen ystävä useammin (43 %) kuin venäläis- tai kurditaustaisilla (37 % ja 29 %, taulukko 12.2.3). Sukupuolten välillä oli kuitenkin jyrkkä ero: somalialaistaustaisista miehistä lähes kahdella kolmanneksella oli syntyperältään suomalainen ystävä, naisista alle neljäsosalla (taulukko 12.2.4, kuvio 12.2.3). Sen sijaan kurditaustaisilla naisilla oli syntyperältään suomalainen ystävä useammin kuin miehillä, ja ero näkyi erityisesti 30–44-vuotiailla. Venäläistaustaisilla syntyperältään suomalaisia ystäviä oli yhtä usein molemmilla sukupuolilla. Keskimäärin somalialaistaustaisilla miehillä oli peräti neljä syntyperältään suomalaista hyvää ystävää, venäläistaustaisilla miehillä 1,8 ja kurditaustaisilla vain 0,5. Naisilla vastaavat keskiarvot olivat 0,6, 1,2 ja 0,8. Somalialaistaustaisten miesten ja naisten välinen ero näkyi kaikissa ikäryhmissä: miehistä suunnilleen kahdella kolmasosalla oli vähintään yksi syntyperältään suomalainen ystävä iästä riippumatta, mutta somalialaistaustaisilla naisilla puolestaan oli tällainen ystävä sitä useammin, mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kyse (18–29-vuotiailla 36 %, 30–44-vuotiailla 18 % ja 45–64-vuotiailla 11 %). Sekä venäläis- että kurditaustaisilla miehillä syntyperältään suomalainen ystävä oli harvinaisin ikäryhmässä 30–44 vuotta (18 %).

Useampi kuin neljä viidestä somalialaistaustaisesta luotti julkiseen terveydenhuoltoon melko paljon tai täysin (taulukko 12.2.1). Muissa tutkituissa ryhmissä luottamus oli jonkin verran vähäisempää: kolme neljästä kurditaustaisesta ja kaksi kolmesta venäläistaustaisesta luotti julkiseen terveydenhuoltoon vähintään melko paljon. Vähäisintä luottamus oli venäläistaustaisilla naisilla (taulukko 12.2.2), joista kaikissa ikäryhmissä noin 60 % luotti melko paljon tai täysin julkiseen terveydenhuoltoon. Toista ääripäätä edustivat 18–29-vuotiaat somalialaistaustaiset miehet,

joilla luottamusprosentti oli yli 95. Myös luottamuksessa julkiseen sosiaalihuoltoon oli eroja tarkasteltavien ryhmien välillä. Yli 80 % venäläis- ja somalialaistaustaisista luotti vähintään melko paljon julkiseen sosiaalihuoltoon, kurditaustaisista noin 70 %. Venäläis- ja kurditaustaisilla ei ollut tässä suhteessa merkitsevää eroa sukupuolten välillä missään ikäryhmässä, mutta alle 45-vuotiailla somalialaistaustaisilla naisilla luottamus oli vähäisempää kuin samanikäisillä miehillä: naisista 70–75 %, mutta miehistä yli 90 % luotti julkiseen sosiaalihuoltoon vähintään melko paljon. Ke-

Taulukko 12.2.3. Vähintään yhden hyvän syntyperältään suomalaisen ystävän ilmoittavien osuus (%¹).

VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
36,6	43,4	29,2	0,001

¹ Luvut ikävakioituja

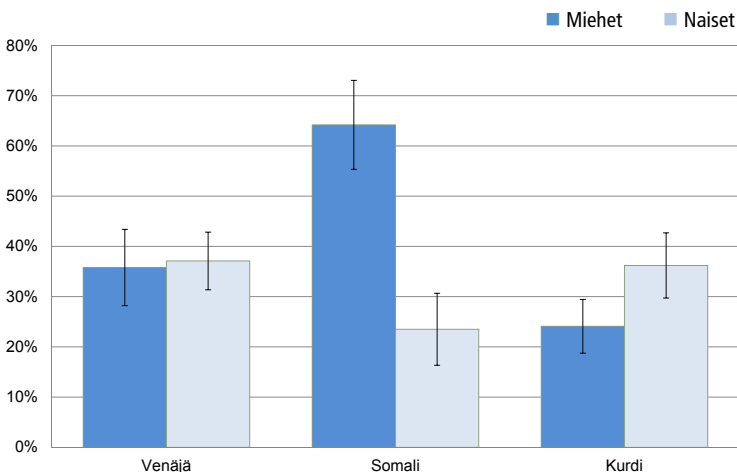
Taulukko 1.2.4. Vähintään yhden hyvän syntyperältään suomalaisen ystävän ilmoittavien osuus (%¹).

VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
35,8	37,1	0,801	64,2	23,5	<0,001	24,1	36,2	0,005		0,009

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 12.2.3. Vähintään yhden hyvän syntyperältään suomalaisen ystävän ilmoittavien osuus sukupuolittain (%).



laan luotettiin yleisesti kaikissa tarkastelluissa ryhmissä, ja useampi kuin neljä viidestä luotti siihen vähintään melko paljon. Kelaan kohdistuneessa luottamuksessa ei ollut eroa sukupuolten välillä missään osaryhmässä.

Pohdinta

Somalialaistaustaiset miehet osallistuivat aktiivisimmin järjestö- ja yhdistystoimintaan, mikä voi osaltaan olla yhteydessä siihen, että he kokivat verrattain vähän yksinäisyyttä (ks. luku 11.3) ja muita ryhmiä suurempi osa heistä kertoi heillä olevan syntyperältään suomalaisia ystäviä. Myös Maahanmuuttajien elinolutkimuksessa (Mamelo) havaittiin, että somalialaisilla oli muita ryhmiä enemmän sosiaalisia kontakteja, ja somalialaistaustaisilla miehillä oli useammin suomalaisia ystäviä kuin somalialaistaustaisilla naisilla (Pohjanpää ym. 2003). Sukupuolten välinen ero voi joutua paitsi kulttuuriin liittyvistä tekijöistä myös miesten ja naisten välisistä eroista työelämään osallistumisessa. Somalialaistaustaiset naiset ovat miehiä useammin kotona (ks. luku 3.3), ja näin ollen heillä on vähemmän tilaisuuksia ystävyystyösuomalaisien kanssa. Ottaen huomioon, että kolmella neljästä somalialaistaustaisesta naisesta ei ole lainkaan hyviä syntyperältään suomalaisia ystäviä, on erittäin tärkeää, että naisilla olisi mahdollisuus ystävätoimintaan ja matalan kynnyksen kohtaamispaikkoihin. Huomiota tulisi kiinnittää myös erityisesti vanhempiin somalialaistaustaisiin naisiin, sillä 45 vuotta täyttäneistä ainoastaan yhdellä kymmenestä on hyvä syntyperältään suomalainen ystävä.

Maamu-tutkimuksen tulosten perusteella venäläistaustaisilla näyttäisi olevan vähemmän syntyperältään suomalaisia ystäviä kuin Mamelo-tutkimuksessa: Maamu-tutkimuksessa 37 %:lla venäläistaustaisista oli hyvä syntyperältään suomalainen ystävä, kun taas Mamelo-tutkimuksessa yli 70 %:lla venäläisistä oli syntyperältään suomalaisia ystäväpiirissään ja lähes puolet oli yhteydessä suomalaisiin ystäviinsä viikoittain. Myös somalialaistaustaisilla naisilla läheiset syntyperältään suomalaiset ystävät näyttäisivät olevan Maamu-tutkimuksessa harvinaisempia: Maamu-tutkimuksessa vain noin neljänneksellä somalialaistaustaisista naisista oli hyvä syntyperältään suomalainen ystävä, kun taas Mamelo-tutkimuksessa lähes puolella oli syntyperältään suomalaisia ystäväpiirissään. Sen sijaan somalialaistaustaisilla miehillä syntyperältään suomalaisten ystävien yleisyys näyttäisi Maamu-tutkimuksessa (62 %) vastaavan Mamelo-tutkimusta (63 %). Erot tutkimustulosten välillä voivat selittyä eroavilla kysymysmuodoilla (Mamelo-tutkimuksessa kysyttiin, kuuluuko vastaajan ystäväpiiriin syntyperältään suomalaisia ystäviä, kun taas Maamu-tutkimuksessa kysyttiin hyvistä ystävästä), mutta toisaalta tuloksiin voivat myös vaikuttaa kymmenessä vuodessa tapahtuneet muutokset suomalaisessa yhteiskunnassa ja maahanmuuttajiin kohdistuva kiristynyt asenneilmapiiri. Ystävien lukumäärää koskevia tuloksia tulkittaessa on myös syytä huomioida, että sekä ryhmien että sukupuolten välillä voi olla eroja hyvän ystävän määrittelyssä.

Kurditaustaisten vähäisen järjestö- ja yhdistöimintaan osallistumisen taustalla voi olla kurdien entisissä kotimaissa kokema laaja poliittinen vaino. Kurditaustaisten muita ryhmiä vähäisempi järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistuminen voi olla yksi selittävä tekijä siihen, että kurditaustaiset kokevat yksinäisyyttä muita ryhmiä enemmän (ks. luku 11.3) ja että kurditaustaisilla miehillä oli muita maahanmuuttajataustaisia miehiä harvemmin syntyperältään suomalaisia ystäviä.

Tutkimusten mukaan sosiaalinen osallistumisen ja erityisesti osallistumisen myötä syntyvät sosiaaliset suhteet edistävät työllistymistä (Lindström 2005). Mikäli sosiaalinen osallistuminen tapahtuu ensisijassa vain maahanmuuttajayhdistyksissä, työllistämistä edistävät vaikutukset ovat mahdollisesti pienemmät. On mahdollista, että sekä somalialaistaustaisten miesten että naisten aktiivinen osallistuminen selittyy osin uskonnolliseen yhteisöön kuulumisella, sillä myös moskeijassa käyminen sisältyi järjestö- ja yhdistystoiminnan kysymykseen ja somalialaistaustaisista 99 % raportoi uskontokunnakseen islaminuskon (ks. luku 4.1). Mikäli osallistuminen tapahtuu ensisijassa oman ryhmän sisällä, on sen vaikutus hyvin erilainen kuin jos osallistumisen kohteena olisi järjestö- ja yhdistystoiminta oman yhteisön ulkopuolella.

Kotoutumisen aste ja sen onnistuminen vaikuttavat maahanmuuttajien sosiaaliseen aktiivisuuteen ja osallistumiseen, sillä uuden kotimaan ympäristö ja yhteiskunta määrittelevät sosiaalisen toimimisen mahdollisuudet. Onnistuneen kotoutumisen näkökulmasta on huomionarvoista, että lähes kolmasosa somalialais- ja kurditaustaisista naisista kertoi seuraavansa Suomen tapahtumia harvemmin kuin kerran kuu-kaudessa tai ei lainkaan. Riittävä kielitaito on edellytys yhteiskunnallisten asioiden seuraamiselle (Ahokas ym. 2011), ja somalialais- ja kurditaustaisten naisten vähäinen viestintävälineiden seuraaminen voi osaltaan selittyä huonolla tai puuttuvalla luku- taidolla (ks. luku 11.3). Passiivisuus voi heijastaa myös yleisesti vähäisempää kiinnostusta poliittisia tapahtumia kohtaan, joka näkyy myös heikommassa äänestysaktiivisuudessa.

Äänestysaktiivisuus oli kaikissa kolmessa ryhmässä selvästi alhaisempi kuin yleinen äänestysprosentti vuoden 2007 (67,8 %) ja 2011 (70,5 %) eduskuntavaaleissa (Tilastokeskus, vaalitulokset). Erityisen huolestuttavaa on, että nuorista kurditaustaisista miehistä vain keskimäärin joka kymmenes oli käyttänyt äänioikeuttaan. Heikko äänestysaktiivisuus voi kertoa äänestämiseen liittyvästä tiedonpuutteesta maahanmuuttajien keskuudessa. Tiedetään, että vähän aikaa Suomessa asuneet äänestävät pitkään asuneita harvemmin, koska he eivät ole vielä ehtineet sosiaalistua yhteiskuntaan (Ahokas ym. 2011).

Somalialaistaustaiset miehet erottuivat muista osaryhmistä paitsi osallistumisen, myös julkisiin instituutioihin kohdistuvan luottamuksen vuoksi. Tulkittaessa luottamukseen liittyviä tuloksia on otettava huomioon, että luottamus julkiseen terveydenhuoltoon saattaa osittain selittyä hoidon tarpeeseen ja sen tyydyttymiseen liittyvillä tekijöillä (ks. luku 14.3). Somalialaistaustaisten miesten suuri luottamus julkista terveydenhuoltoa kohtaan saattaa siis osin selittyä vähäisemmällä julkisen terveydenhuollon palveluiden tarpeella ja käytöllä, kun taas venäläistaustaisten naisten huo-

mattavasti alhaisempi luottamus julkiseen terveydenhuoltoon voi liittyä heikompaan koettuun terveyteen ja pitkäaikaissairauksien esiintyvyyteen (luvut 4.1 ja 4.2) sekä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen (ks. luku 14.3). Samalla tavoin kurditaustaisten muita ryhmiä heikompi luottamus julkiseen sosiaalihuoltoon voi selittyä osin sillä, että kurditaustaiset kokivat yleisimmin toimeentulonsa hankalaksi (ks. luku 3.4).

Alueellisessa terveyst- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) on tarkasteltu koko Suomen osalta luottamusta julkiseen terveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon, mutta tuloksia on vaikea verrata nyt saatuihin, koska ensin mainitussa on kuvattu keskimääräisiä luottamuspistemääriä (ks. <http://www.terveytemme.fi/ath/tulokset/index.html>). Yksi jatkotutkimuksen aihe onkin verrata maahanmuuttajataustaisten luottamusta koko väestöön ja selvittää mahdollisten erojen syitä. Maamu-aineisto tarjoaa myös runsaasti mahdollisuuksia syventää sosiaalisia verkostoja ja luottamusta koskevaa analyysia tarkastelemalla esimerkiksi kanssakäymistä ja yhteydenpitoa ystävien ja sukulaisten kanssa, sosiaalista tukea sekä luottamusta ihmisiin.

Lähteet

- Ahokas L, Weide M, Wilhelmsson N. Maahanmuuttajien yhteiskunnallisen osallistumisen tukeminen julkishallinnossa ja puolueissa. Selvityksiä ja ohjeita: 9. Helsinki: Oikeusministeriö; 2011.
- Hyypä M. Healthy ties. Social capital, population health and survival. Springer; 2010.
- Kotikuntalaki 201/1994. Saatavilla: www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940201
- Lindström M. Ethnic differences in social participation and social capital in Malmö, Sweden: a population-based study. *Soc Sci Med* 2005;60:1527–1546.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Putnam, R. Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- Röder A, Mühlau P. Low expectations or different evaluations – what explains immigrants' high levels of trust in host country institutions? IIS Discussion Paper. 344. Institute for International Integration Studies; 2010. Saatavilla: <http://www.tcd.ie/iis/documents/discussion/pdfs/iisdsp344.pdf>
- Tilastokeskus, vaalitulostatot. Saatavilla: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaalit.html
- TOIMIA-tietokanta. Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa. Työryhmä: Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Helsinki; 2011. Saatavilla: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>
- Väänänen A, Toivanen M, Aalto A-M, Bergbom B, Härkäpää K, Jaakkola M, Koponen P, Koskinen S, Kuusio H, Lindström K, Malin M, Markkula H, Mertaniemi R, Peltola U, Seppälä U, Tiitinen E, Vartia-Väänänen M, Vuorenmaa M, Vuorento M, Wahlbeck K. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta: 9. Helsinki: Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2009. <http://www.terveytemme.fi/ath/tulokset/index.html>. Alueellinen terveyst- ja hyvinvointitutkimus. Tulosraportti.
- www.thl.fi/ath. Alueellinen terveyst- ja hyvinvointitutkimus.

13 SYRJINTÄ- JA VÄKIVALTAKOKEMUKSET

13.1 Syrjintäkokemukset

Simo Mannila, Anu E Castaneda, Inga Jasinskaja-Lahti

- Tietetyt syrjinnän muodot olivat tutkittujen maahanmuuttajataustaisten ryhmien osalta valitettavan yleisiä: esimerkiksi nimittelyä ja sanallisia loukkauksia oli kohdannut arkipäivän elämässään Suomessa yli viidennes kaikkien ryhmien vastaajista, ja epäkohteliaampi tai epäkunnioittavampi kohtelu oli tätäkin yleisempää.
- Eniten syrjintää tai epäoikeudenmukaista kohtelua oltiin kohdattu julkisissa paikoissa liikkussa eli kadulla. Myös poliisin kanssa asioitaessa, asuntoa hankkiessa ja sosiaalitoimistossa koettu syrjintä oli tavallisia, erityisesti kurditaustaisten miesten osalta.
- Tulosten syvempi ymmärtäminen edellyttää jatkotarkastelua. Esimerkiksi somalialaistaustaisten odotettua vähäisemmät syrjintäkokemukset muihin tutkittuihin ryhmiin nähden voivat osittain selittyä esimerkiksi laajan yhteisön suojaavilla vaikutuksilla tai kulttuurisilla tekijöillä, kuten sosiaalisesti suotavammalla vastaamistavalla.

Syrjintä tarkoittaa sitä, että jotakuta kohdellaan epäsuotuisammin kuin jotakuta muuta vertailukelpoisessa tilanteessa; tällöin kyseessä on välitön syrjintä. Sillä tarkoitetaan myös henkilön tai ihmisryhmän arvon ja koskemattomuuden tarkoituksellista tai tosiasiallista loukkaamista siten, että luodaan uhkaava, vihamielinen, halventava, nöyryyttävä tai hyökkäävä ilmapiiri. Tällöin kyseessä on häirintä, joka ääritapauksessa voi muuttua väkivallaksi. Lisäksi syrjintä voi olla välillistä, rakenteellista, tai liittyä siihen, että esimiesasemassa oleva henkilö antaa ohjeen tai käskyn syrjiä. Suunnilleen näin syrjintä määritellään Suomen yhdenvertaisuuslain 6. pykälässä.

Etnisen alkuperän (myös ihonvärin, kielen, uskonnon) perusteella tapahtuva syrjintä on lähellä rasismia, joka koostuu sarjasta kuvitelmia, että tietty ihmisryhmä on johonkin toiseen ryhmän nähden moraalisesti, älyllisesti ja kulttuurisesti ylivoimainen ja että sen ylivoimaiset ominaisuudet periytyvät sukupolvelta toiselle (Liebkind 1994). Rasismiin liittyy usein halu vahingoittaa toista ryhmää tai siihen kuuluvia henkilöitä. Syrjivä käyttäytyminen voi olla kuitenkin myös puolueellisuutta vailla vahingoittamisen halua, eli se voi olla vain pyrkimys suosia jotakin ryhmää toisten kustannuksella (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Etnisen syrjinnän taustalla on usein kielteisiä tai ennakkoluuloisia asenteita toisia etnisiä ryhmiä kohtaan. Ennakkoluuloisia asenteita ei kuitenkaan aina haluta – tai antirasistisista normeista johtuen voida – ilmaista kaikkein kärjekkäimmällä tavalla, kuten vihamielisellä käytöksellä, vaan

toisinaan ennakkoluuloisuus ilmenee kiertoteitse esimerkiksi epäkohteliaisuutena, ryhmien välisten kulttuurierojen ylikorostamisena, etnisen syrjinnän uhrien syyllistämisenä tai vedoten yksilön oikeuksiin pitää toiset kulttuurit poissa elinympäristöstään (Mähönen & Jasinskaja-Lahti, painossa). Syrjintä on kielletty Suomen perustuslaissa (6 §), ja työsyryntä on kielletty rikoslaissa (47:3 §, 47:3a §). Työturvallisuuslaki kieltää häirinnän (28 §), ja syrjintä sukupuolen perusteella on kielletty tasa-arvolaisessa (7 §). Suomen lainsäädäntö sisältää siis monia keinoja syrjinnän torjumiseksi ja osoittaa, että syrjintä on meillä sanktioitu vahvan kielteisesti, myös rikosoikeudessa. Euroopan unionissa syrjintää sanktioi kaksi direktiiviä, joihin Suomen yhdenvertaisuuslaki perustuu. Ne ovat niin sanottu rasismidirektiivi (2000/43/EY/29.6.2000), joka kieltää rodullisin tai etnisiin perusteisiin tapahtuvan syrjinnän yleisellä tasolla ja niin sanottu työsyryntädirektiivi (2000/43/EY/27.11.2000), joka kieltää niin etnisen kuin muilla perusteilla tapahtuvan syrjinnän työelämässä.

Etnistä syrjintää on Suomessa tutkittu 1990-luvulta lähtien säännöllisesti (mm. Jasinskaja-Lahti & Liebkind 1997; 2001; Jasinskaja-Lahti ym. 2002; Larja ym. 2011; Liebkind ym. 2004; Perhonneimi & Jasinskaja-Lahti 2006; Pohjanpää 2003). Nämä tutkimukset ovat perustuneet laajoihin kysely- tai haastatteluaineistoihin, ja niissä on uhritutkimuksen näkökulma: kyseessä on vastaajan oma kokemus syrjinnästä. Eri maahanmuuttajaryhmistä venäläis-, virolais- ja somalialaistaustaisten sekä inkerinsuomalaisen paluumuuttajien kokemasta syrjinnästä Suomessa on jo runsaasti tietoja. Näiden tutkimusten mukaan erityisesti somalialais- ja venäläistaustaiset maahanmuuttajat kokevat runsaasti syrjintää niin arki- kuin työelämässä. Sen sijaan Maamu-tutkimuksen kolmannen kohderyhmän, kurditaustaisten maahanmuuttajien, tilanteesta ei ole Suomessa tähän mennessä tutkittua tietoa.

Menetelmät

Syrjintää mitattiin tutkimuksen haastatteluosiossa neljällä väittämällä, joiden oletettiin kuvastavan syrjinnän eri muotoja arkipäivän elämässä Suomessa (mm. epäoikeudenmukainen kohtelu, sanallinen ja fyysinen väkivalta). Nämä väittämät olivat: ”Teitä ei kohdella yhtä kohteliaasti kuin muita ihmisiä”, ”Teitä ei kohdella yhtä kunnioittavasti kuin muita ihmisiä”, ”Teitä nimitellään tai loukataan sanallisesti” ja ”Teitä uhataan tai häiritään”. Nämä väittämät sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Lisäksi kysyttiin, tapahtuuko kysytyjä asioita vähintään kerran viikossa, jolloin voitaneen puhua jatkuvasta syrjinnän kokemuksesta, ja minkä vastaaja uskoo pääosin selittävän näitä kokemuksia (maahanmuuttajatausta, ihonväri, pukeutuminen, sukupuoli, ikä, pituus ja paino, puutteellinen suomen- tai ruotsinkielen taito, muu tekijä). Syrjinnän muotojen lisäksi selvitettiin, oliko vastaaja kokenut syrjintää tai epäoikeudenmukaista kohtelua asioidessaan poliisin kanssa, oppilaitoksessa, sosiaalitoimistossa, terveydenhuollossa ja Kelassa, sekä kokemuksia syrjinnän kohtaamisesta kadulla ja kaupassa. Näissä tuloksissa huomioidaan ne vastaajat, jotka olivat kyseisissä paikoissa

asioineet. Erillisellä kysymyksellä selvitettiin vielä, oliko vastaajalle Suomessa asuessa tapahtunut niin, ettei hän ollut saanut vuokrata tai ostaa asuntoa ulkomaalaistaustansa vuoksi. Myös työelämässä kohdattua syrjintää kysyttiin, mutta nämä tulokset raportoidaan myöhemmin erikseen Työterveyslaitoksen koordinoiman *Maahanmuuttajan onnistuminen työssä* -hankkeen yhteydessä.

Tulokset

Venäläis- ja kurditaustaisista lähes kolmannes oli kokenut, että heitä kohdeltiin epäkohteliaammin kuin muita, sen sijaan somalialaistautaiset kokivat epäkohteliaista käytöstä harvemmin (21 %, taulukko 13.1.1). Ero ryhmien välillä heijastaa erityisesti kolmen tutkitun ryhmän naisten kokemusten eroja, ja epäkohteliaisuuden kokemus olikin somalialaistaustaisten keskuudessa yleisempää miehillä kuin naisilla (taulukko 13.1.2). Sukupuoliero näkyi varsinkin nuorimmassa, 18–29-vuotiaiden somalialaistautaisista ikäryhmässä, jossa miehet kokivat epäkohteliaista käytöstä naisia useammin (26 % ja 11 %). Muutoin epäkohteliaan kohtelun kokemukset eivät merkittävästi eronneet sukupuolten tai ikäryhmien välillä. Venäläis- ja somalialaistautaiset olivat kokeneet suunnilleen yhtä usein, että heitä kohdeltiin epäkunnioittavammin kuin muita (23 % ja 24 %), kurditaustaiset puolestaan heitä useammin (31 %). Myös tämä ryhmien välinen ero juontuu erityisesti tutkittujen ryhmien naisten kokemusten eroista. Sukupuolten välinen ero tuli esiin jälleen vain nuorimmassa, 18–29-vuotiaiden somalialaistaustaisten ryhmässä, jossa miehet kokivat naisia useammin epäkunnioittavaa käytöstä (27 % ja 13 %). Merkittäviä ikäryhmien välisiä eroja ei esiintynyt myöskään epäkunnioittavan kohtelun osalta.

Venäläis-, kurdi- ja somalialaistautaiset olivat kaikki kokeneet nimittelyä ja sanallisia loukkauksia suunnilleen yhtä usein (21–23 %, taulukko 13.1.1). Sukupuolten välillä oli eroja vain kurditaustaisten osalta, joista miehistä nimittelyä oli kokenut 27 % ja naisista 17 % (taulukko 13.1.2, kuvio 13.1.1). Tämä sukupuolten välinen ero tuli selvimmän esiin 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa nimittelyä oli kohdannut

Taulukko 13.1.1. Syrjintää kokeneiden osuus (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Epäkohtelias kohtelu	31,3	21,4	31,9	0,001
Epäkunnioittava kohtelu	22,6	24,3	31,4	0,004
Nimittely tai sanallinen loukkaus	21,1	22,9	22,3	0,796
Uhkaaminen tai häirintä	6,2	10,7	10,2	0,028
Jatkuva syrjintä	6,5	7,1	10,6	0,087

¹ Luvut ikävakioiduina

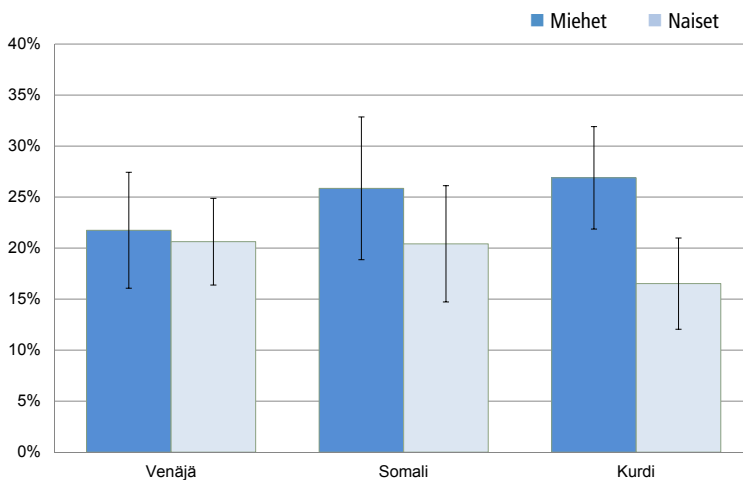
miehistä 31 % ja naisista 18 %. Nuorimmat, 18–29-vuotiaat, venäläistaustaiset olivat kokeneet nimittelyä ja loukkauksia vanhempia ikäryhmiä useammin (18–29-vuotiaista 29 %, 30–44-vuotiaista 20 % ja 45–64-vuotiaista 15 %). Somalialais- ja kurditaustaiset olivat kokeneet uhkaamista ja häirintää suunnilleen yhtä usein (11 % ja 10 %), venäläistaustaiset puolestaan harvemmin (6 %). Ryhmien välinen ero selittyy etenkin kolmen ryhmän miesten kokemusten eroilla (venäläistaustaisilla miehillä 5 %, kun somalialais- ja kurditaustaisilla miehillä puolestaan 12–13 %). Sukupuolittain tarkasteltaessa kurditaustaiset miehet olivat kokeneet myös uhkailua ja häirintää naisia enemmän (13 % ja 7 %), ja jälleen nuorimmat venäläistaustaiset olivat kokeneet uhkailua ja häirintää useammin kuin vanhemmat ikäryhmät (18–29-vuotiaista 11 %, 30–44-vuotiaista 3 % ja 45–64-vuotiaista 5 %).

Taulukko 13.1.2. Syrjintää kokeneiden osuus sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Epäkohtelias kohtelu	28,8	32,7	0,337	26,4	17,3	0,039	33,8	29,4	0,263	0,247	0,001
Epäkunnioittava kohtelu	22,8	22,5	0,948	29,1	20,4	0,062	32,6	29,9	0,484	0,106	0,034
Nimittely tai sanallinen loukkaus	21,8	20,6	0,754	25,9	20,4	0,235	26,9	16,5	0,003	0,473	0,460
Uhkaaminen tai häirintä	4,7	7,1	0,200	12,0	9,5	0,455	12,5	7,3	0,041	0,013	0,512
Jatkuva syrjintä	7,3	6,1	0,615	8,5	5,9	0,464	10,5	10,7	0,948	0,591	0,098

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

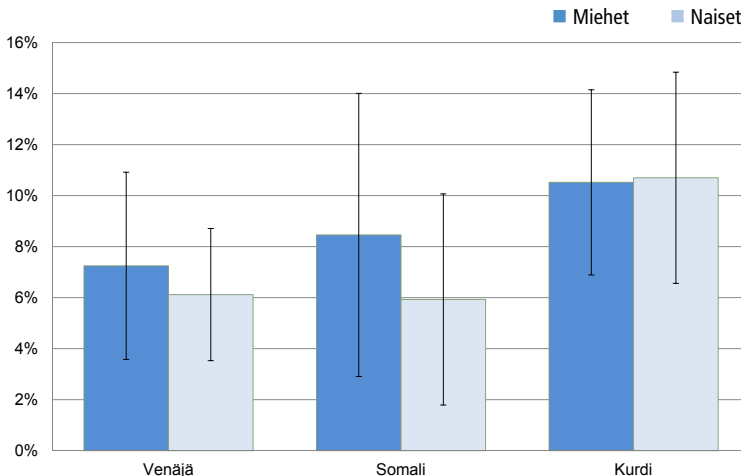
Kuvio 13.1.1. Nimittelyä tai sanallista loukkaamista kokeneiden osuus sukupuolittain (%).



Jos kokee jotakin edellisistä neljästä syrjinnän muodosta vähintään kerran viikossa, voi syrjintää pitää jatkuvana. Tässä suhteessa ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, vaikka kurditaustaisista näin kokikin peräti 11 %, mutta venäläis- ja somalialaistaustaisista 7 % (taulukko 13.1.1). Sukupuolten tai ikäryhmien välillä ei esiintynyt merkittäviä eroja (taulukko 13.2.1, kuvio 13.1.2). Valtaosa vastaajista uskoi syrjintäkokemusten taustalla olevan syyn olevan etnisyyteen liitettävissä (maahanmuuttajatausta, ihonväri, puutteellinen suomen- tai ruotsinkielen taito tai puukeutuminen).

Kartoitettaessa syrjintäkokemuksia tai epäoikeudenmukaista kohtelua eri paikoissa asioidessa havaittiin, että sitä koettiin kaikissa ryhmissä tavallisimmin kadulla (taulukko 13.1.3). Venäläistaustaisista 24 % ja kurditaustaisista 26 % oli kokenut syrjintää kadulla, kun taas somalialaistaustaisista osuus oli 33 %. Ero ryhmien välillä johtuu erityisesti kolmen tutkitun ryhmän naisten välisistä eroista: somalialaistaustaisista naisista kadulla tapahtuvaa syrjintää oli kokenut jopa 36 %, kun vastaavat luvut venäläis- ja kurditaustaisissa naisissa oli 25 % ja 21 % (taulukko 13.1.4, kuvio 13.1.3). Kurditaustaisista miehet olivat naisia useammin kokeneet kadulla tapahtuvaa syrjintää, ja kurditaustaisten kokema syrjintä väheni jyrkästi nuorimmista ikäryhmistä vanhimpaan siirryttäessä (18–29-vuotiaista 30 %, 30–44-vuotiaista 31 % ja 45–64-vuotiaista 14 %). Kaupassa kohdatut syrjinnän kokemukset olivat harvinaisempia kuin kadulla. Venäläistaustaisista 11 %, somalialaistaustaisista 12 % ja kurditaustaisista 16 % oli kokenut syrjintää kaupassa asioidessaan. Ryhmien välinen ero selittyi ennen kaikkea ryhmien miesten välisillä eroilla: kurditaustaisista miehistä syrjintää kaupassa oli kohdannut 18 %, kun vastaavat lukemat venäläis- ja somalialaistaustaisten miesten osalta olivat 8 % ja 13 %.

Kuvio 13.1.2. Jatkuvaa syrjintää kokevien osuus sukupuolittain (%).



Kartoitettaessa syrjinnän tai epäoikeudenmukaisen kohtelun kokemuksia poliisin kanssa asioitaessa, terveydenhuollossa, sosiaalitoimistossa, oppilaitoksessa ja Kelassa, olivat syrjinnän kokemukset yleisimpiä poliisin ja oppilaitoksen osalta (taulukko 13.1.3). Poliisin kanssa asioidessa kurditaustaisista jopa 25 %, somalia-laistaustaisista 15 % ja venäläistaustaisista 7 % oli kokenut syrjintää. Ryhmien välinen ero johtui erityisesti ryhmien miesten välisistä eroista, ja kurditaustaisista syrjintää poliisin kanssa asioitaessa olivat kokeneet erityisesti miehet (taulukko 13.1.4, kuvio 13.1.4). Oppilaitoksen osalta tulokset ryhmien välillä olivat puolestaan jokseenkin päinvastaiset: venäläistaustaisista syrjintää oli kokenut 16 %, somalia-laistaustaisista 11 % ja kurditaustaisista 9 %. Venäläistaustaisista syrjintää oppilaitoksessa oli kokenut erityisesti nuorin ikäryhmä (18–29-vuotiaista 22 %, 30–44-vuotiaista

Taulukko 13.1.3. Syrjintäkokemukset eri paikoissa ja tilanteissa (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Katu	23,5	32,7	25,9	0,027
Kauppa	11,4	11,8	16,2	0,112
Poliisi	7,3	15,3	25,1	<0,001
Oppilaitos	16,0	11,3	8,9	0,013
Sosiaalitoimisto	8,9	6,9	19,2	<0,001
Terveydenhuolto	9,5	9,2	9,6	0,984
Kela	5,3	4,2	7,6	0,167
Asunnon hankkiminen	13,0	8,2	21,9	<0,001

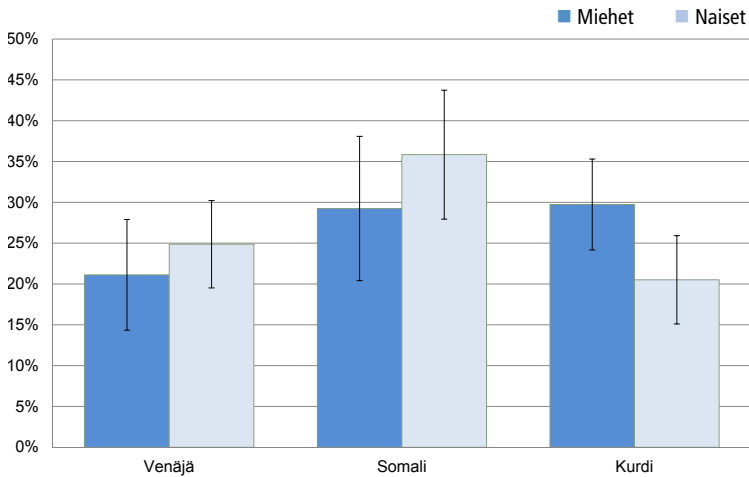
¹ Luvut ikävakioitujaTaulukko 13.1.4. Syrjintäkokemukset eri paikoissa ja tilanteissa sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Katu	21,1	24,9	0,403	29,2	35,8	0,287	29,7	20,5	0,023	0,174	0,005
Kauppa	8,2	13,3	0,141	13,2	10,5	0,538	18,4	13,1	0,119	0,043	0,688
Poliisi	5,7	8,4	0,280	19,6	10,6	0,084	30,0	17,6	0,008	<0,001	0,041
Oppilaitos	14,0	17,3	0,356	11,8	10,8	0,797	7,1	11,6	0,102	0,112	0,100
Sosiaalitoimisto	8,4	9,3	0,787	9,0	5,0	0,255	20,9	16,9	0,283	0,002	0,006
Terveydenhuolto	6,1	11,5	0,066	11,4	7,2	0,260	7,2	12,8	0,048	0,249	0,195
Kela	6,6	4,6	0,356	5,9	2,7	0,235	6,5	9,2	0,305	0,977	0,048
Asunnon hankkiminen	12,1	13,6	0,684	11,7	5,1	0,072	26,1	16,2	0,010	0,001	0,015

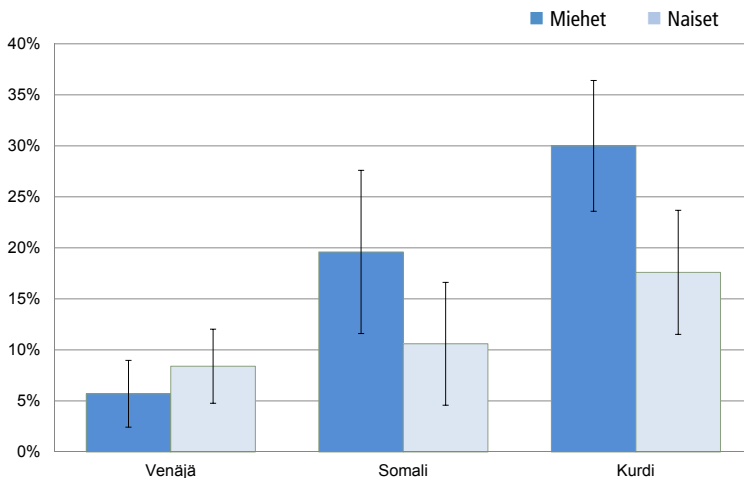
¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

14 % ja 45–64-vuotiaista 11 %). Sosiaalitoimistossa asioitaessa venäläistaustaisista 9 %, somalialaistaustaisista vain 7 %, mutta kurditaustaisista jopa 19 % oli kokenut syrjintää. Huomiot ryhmien välillä olivat samankaltaisia niin miesten kuin naistenkin osalta. Terveystieteiden tutkimuksessa kohdatusta syrjinnästä oli kaikilla tutkituilla ryhmillä kokemuksia suunnilleen yhtä usein (9–10 %). Kurditaustaisten kohdalla naiset olivat kokeneet miehiä useammin syrjintää tai epäoikeudenmukaista kohtelua terveydenhuollossa, erityisesti 30–44-vuotiaiden ryhmässä (naisista 18% ja miehistä 6 %). Somalialaistaustaisten keskuudessa syrjinnän kokemukset yleistyivät iän myötä (18–29-vuotiaista 3 %, 30–44-vuotiaista 11 % ja 45–64-vuotiaista 16 %), ja ne olivat nuorimmassa 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä yleisempiä naisten kuin miesten

Kuvio 13.1.3. Syrjintää kadulla kokeneiden osuus sukupuolittain (%).



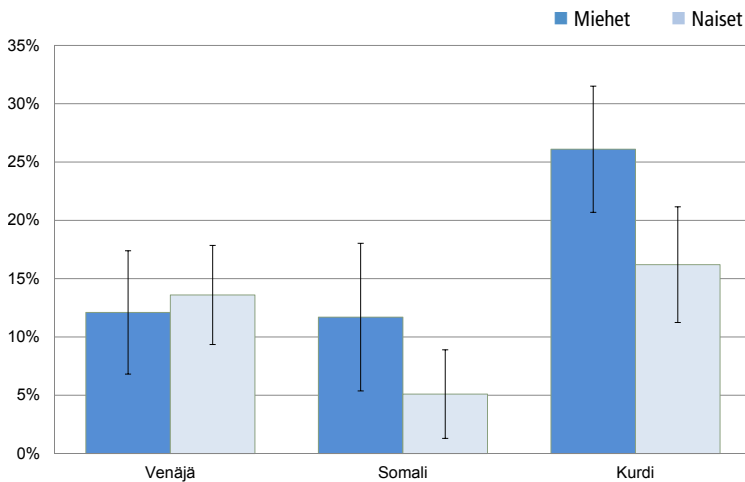
Kuvio 13.1.4. Syrjintää poliisin kanssa asioitaessa kokeneiden osuus sukupuolittain (%).



keskuudessa. Kelan kohdalla syrjintäkokemukset olivat hieman harvinaisempia kuin terveydenhuollossa, mikä voi johtua siitä, että Kelan kanssa asioidaan eri tavoin. Venäläistaustaisista 5 %, somalialaistaustaisista 4 % ja kurditaustaisista 8 % oli kokenut syrjintää Kelassa. Naisten osalta ryhmien välillä esiintyi enemmän eroa: kokemukset olivat kurditaustaisilla naisilla yleisimpiä (9 %) ja venäläis- ja somalialaistaustaisilla hieman harvinaisempia (5 % ja 3 %).

Kolmesta tutkitusta ryhmästä kurditaustaiset olivat kokeneet yleisimmin syrjintää asuntoa vuokratessa tai ostaessa (22 %, taulukko 13.1.3), ja heistä erityisesti miehet (26 %, taulukko 13.1.4, kuvio 13.1.5). Lisäksi kurditaustaisten osalta nuorimmissa ikäryhmissä syrjintää asuntoa hankkiessa oli koettu vanhempaa ikäryhmää enemmän (18–29-vuotiaista 26 %, 30–44-vuotiaista 24 % ja 45–64-vuotiaista 13 %), ja miesten kokemuksia korostava sukupuoliero tuli näkyviin etenkin nuorimmissa ikäryhmissä. Venäläis- ja somalialaistaustaisten osalta syrjintää asuntoa hankkiessa oli koettu kurditaustaisia vähemmän (13 % ja 8 %). Samansuuntaiset erot ryhmien välillä näkyivät sekä miesten että naisten osalta.

Kuvio 13.1.5. Syrjintää asuntoa hankkiessa kokeneiden osuus sukupuolittain (%).



Pohdinta

Tulosten tulkinta riippuu osittain siitä, minkä syrjintämittarin mukaan tilannetta tarkastellaan. Reilu viidennes vastaajista kaikissa tutkituissa ryhmissä oli kohdannut nimittelyä tai sanallista loukkaamista arkipäivän elämässään Suomessa, ja tätä lukua voidaan pitää merkittävänä ottaen huomioon kielteisen kielellisen käyttäytymisen välittömän ja suoran syrjivän luonteen. Aiemman tutkimuksen perusteella olisi voinut olettaa, että tutkituista ryhmistä venäläistaustaiset kohtaisivat syrjintää vähiten ja somalialaistaustaiset eniten. Tämän suuntainen tulos havaittiin kuitenkin syrjinnän muodoista vain uhkailua ja häirintää tarkasteltaessa ja silloinkin oletus piti paikansa vain venäläistaustaisten osalta: kurdi- ja somalialaistaustaisten kokemuksilla ei tässä ollut eroa. Kadulla kokeman syrjinnän osalta somalialaistaustaisten, ja erityisesti heistä naisten kohdalla havaitut löydökset olivat kuitenkin hälyttävimpiä, sillä jopa yli kolmannes somalialaistaustaisista naisista raportoi kohdanneensa syrjivää käytöstä kadulla.

Eryityisesti kurditaustaisten vastaajien kokema syrjintä tuli esiin useiden syrjinnän mittareiden osalta. Kurditaustaiset kokivat muita ryhmiä useammin tulevansa kohdelluksi epäkunnioittavasti ja he kokivat myös muita ryhmiä useammin jatkuvaa syrjintää. Lisäksi heistä korostuivat erityisesti miehet syrjivän käytöksen koki-joina. Huomioitavan korkeita lukemia olivat esimerkiksi kolmannes poliisin kanssa, neljännes asuntoa hankkiessa ja viidennes sosaalitoimistossa syrjintää kohdanneista kurdimiehistä. Myös Ruotsissa toteutetussa kansallisessa kyselytutkimuksessa (Taloyan ym. 2006) kurditaustaisten maahanmuuttajamiesten tilanne havaittiin hälyyttäväksi: 81 % tutkimukseen osallistuneista kurdimiehistä koki paljon tai kohtalaisen paljon syrjintää. Kaiken kaikkiaan kurditaustaisten muita tutkittuja ryhmiä useammin esiintyvät kokemukset syrjinnästä on suomalaisessa tutkimuksessa uusi, yllättävä ja merkittävä tulos, jonka syiden selvittäminen jää myöhemmän, yksityiskohtaisemman analyysin tehtäväksi.

Syrjinnän kokemusten yleisyyteen vaikuttaa selvästi se, missä paikoissa liikutaan ja kenen kanssa asioidaan. Esimerkiksi nuorten ikäryhmien muita tavallisempia syrjintäkokemuksia voi selittää se, että nuoret ehkä liikkuvat muita useammin kaupungilla ja altistuvat täten enemmän syrjintää mahdollistaviin tilanteisiin. Samanlainen tausta saattaa olla joillain sukupuolten välisillä eroilla, erityisesti somalialais- ja kurditaustaisten ryhmissä: naiset ovat saattaneet tulla kohdanneeksi syrjintää vähemmän siksi, että he mahdollisesti hoitavat asioita ja liikkuvat kaupungilla miehiä vähemmän. Toisaalta iäkkäimpään ryhmään kuuluvat venäläistaustaiset naiset olivat kokeneet iäkkäimpiä venäläistaustaisia miehiä useammin häirintää. Tälle tulokselle on vaikea tarjota yhtä selitystä, mutta se lienee osaltaan selitettävissä venäläistaustaisten naisten korkealla koulutustasolla, mihin liittyy suurempi valmius tulkita ja raportoida syrjintää.

Mitä tulee viranomaispalveluissa kohdattuun syrjintään, tulokset nostavat erityisesti esille poliisin ja oppilaitoksen syrjintäkokemusten lähteiksi. Siinä missä kurdi-

taustaiset miehet raportoivat syrjintäkokemuksistaan poliisin kanssa asioitaessa, oppilaitoksissa syrjintää kokivat ensimmäkseen venäläistaustaiset nuoret. Poliisin ja oppilaitosten osalta tulokset vastaavat viimeisimmän uhritutkimuksen havaintoja (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Sen sijaan Kela näyttää tämän tutkimuksen valossa parantaneen maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden palvelua, koska vielä vuonna 2001 se koettiin yhtä syrjiväksi viranomaistahoksi kuin poliisi (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Tämä tulos on yhdenmukainen myös sen kanssa, että Kelaan luotettiin kaikissa tutkituissa ryhmissä (ks. luku 12.2).

Jatkuvan syrjinnän kokeminen vahvistaa esimerkiksi Magdalena Jaakkolan (ks. esim. 2005) asennetutkimusten havaintoa siitä, että suomalaisten asenteet tiettyjä maahanmuuttajaryhmiä (mm. arabi-, somalialais- ja venäläistaustaiset) kohtaan ovat jumittuneet suhteellisen kielteisiksi ja etninen hierarkia näyttää näin ollen vakiintuneen suomalaiseseen asenneilmapiiriin.

Tulosten syvempi ymmärtäminen edellyttää jatkotarkastelua. Tehdyn katoanalyysin perusteella ei kuitenkaan voi olettaa esimerkiksi vastauskadon suoraan vaikuttaneen tuloksiin. Somalialaistaustaisten vastaajaosuus on suurempi kuin missään aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa, ja venäläistaustaisten vastausprosentti on verrannollinen aiempiin tutkimuksiin. Kolmen tutkitun ryhmän elinolot (esimerkiksi pääasiallinen toiminta, sukupuolten asema) kuitenkin vaihtelevat, millä on todennäköisesti omat vaikutuksensa tuloksiin. Myös kulttuuristen tekijöiden merkitystä on selvitettävä syvällisemmin tulosten merkitysten ymmärtämiseksi. Esimerkiksi somalialaistaustaisten odotettua vähäisemmät syrjintäkokemukset muihin tutkituihin ryhmiin nähden on kiinnostava tulos, joka ansaitsee jatkotarkasteluja. Sama myönteinen tendenssi näkyy myös muun muassa heidän muita ryhmiä myönteisemmissä käsityksissä omasta terveydestä (ks. luku 4.1) ja elämänlaadusta (ks. luku 12.1) sekä korkeammassa tyytyväisyydessä saatuihin palveluihin ja vähäisissä tyytymättömyyden kokemuksissa (ks. luku 14.3). Tämä voi osittain selittyä esimerkiksi ”onnellisuusmuurilla” (Roos 1987) eli sosiaalisesti suotavammalla ja julkisivun ylläpitämistä edistävällä vastaamistavalla. Muita syitä somalialaistaustaisten odotettua vähäisempiin syrjintäkokemuksiin voi lisäksi olla länsimaisten mittarien soveltumattomuus erilaisten kulttuurien piirissä, sekä laajan ja supportiivisen yhteisön suojaavat vaikutukset.

Lähteet

- Jasinskaja-Lahti I, Liedkind K. Maahanmuuttajien sopeutuminen pääkaupunkiseudulla. Sosiaalipsykologinen näkökulma. Helsingin Tietokeskuksen tutkimuksia: 9. Helsinki: Paintmedia Oy; 1997.
- Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K. Perceived discrimination and psychological adjustment of Russian-speaking immigrant adolescents in Finland. *Int J Psychol* 2001;36:174–185.
- Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K, Vesala T. Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Helsinki: Gaudeamus; 2002.
- Larja L, Warius J, Sundbäck L, Liebkind K, Kandolin I, Jasinskaja-Lahti I. Discrimination in the Finnish labor market. An overview

- and a field experiment on recruitment. Publications of the Ministry of Employment and the Economy: 16. 1012.
- Liebkind K. Kulttuurien kohtaaminen Suomessa. Helsinki: Gaudeamus; 1994.
- Liebkind K, Mannila S, Jasinskaja-Lahti I, Jaakkola M, Kytäjä E, Reuter A. Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomessa. Helsinki: Gaudeamus; 2004.
- Mähönen TA, Jasinskaja-Lahti I. Ryhmienväliset suhteet yhteiskunnallisen sosiaalipsykologisen tutkimuksen keskiössä. Teoksessa: Martikainen T, Saukkonen P, Säävälä M (toim.). Muuttajat: Kansainvälinen muuttoliike ja suomalainen yhteiskunta. Helsinki: Gaudeamus; painossa.
- Perhoniemi R, Jasinskaja-Lahti I. Maahanmuuttajien kotoutumien pääkaupunkiseudulla. Seurantatutkimus vuosilta 1997–2004. Tutkimuksia: 2. Helsinki: Helsinki City Urban Facts; 2006.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamiläisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Roos JP. Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura; 1987.
- Taloyan M, Johansson LM, Johansson S-E, Sundquist J, Koctürk TO. Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden. *Transcult Psychiatry* 2006;43:445–461.

13.2 Väkivaltakokemukset

Simo Mannila, Anu E Castaneda, Inga Jasinskaja-Lahti

- Kurditaustaisista väkivallan uhriksi oli viimeisen vuoden aikana joutunut 9 % vastaajista, kun somalialaistaustaisista väkivaltaa oli kokenut 5 % ja venäläis-taustaisista 3 %.
- Ulkomaalaistaustan vuoksi paikkojen välttelyä raportoi kurdi- ja somalialais-taustaisista jopa 28 % ja 30 %, kun vastaava lukema venäläistaustaisilla oli 7 %. Suuren eron ryhmien välillä voi arvella osittain johtuvan somalialais- ja kurdi-taustaisten ulkoisesta erilaisuudesta kantaväestöön nähden.
- Väkivaltakokemusten mittaaminen ei intiimin luonteensa vuoksi ole yksiselitteistä, jonka vuoksi niihin saattaa liittyä keskimääräistä enemmän aliraportointia.

Fyysinen väkivalta on rasismien karkeimpia muotoja, vaikkakaan kaikkien väkivalta-tilanteiden taustalla olevaksi syyksi ei voida olettaa uhrin etniseen taustaan liittyviä motiiveja. On arvioitu, että maahanmuuttajataustaiset henkilöt joutuvat Suomessa kaksi kertaa useammin väkivallan kohteeksi kuin kantaväestön edustajat (Honka-tukia 2005). Tilastokeskuksen vuonna 2002 toteuttaman Maahanmuuttajien elin-olotutkimuksen mukaan somalialaisista maahanmuuttajista jopa 44 % oli joutunut väkivallan uhriksi viimeksi kuluneen vuoden aikana (Pohjanpää ym. 2003). Venäläis-ten, virolaisten ja vietnamlaisien maahanmuuttajien väkivallan kokemukset olivat harvinaisempia, joskin silti valitettavan yleisiä (13–18 %). Väkivallan muodoista uh-kailu, töniminen ja kiinni tarttuminen olivat yleisimpiä.

Menetelmät

Väkivaltakokemuksia selvitettiin Maamu-tutkimuksen haastatteluosioissa kysymäl-lä, oliko joku käyttäytynyt vastaajaa kohtaan väkivaltaisesti viimeisen vuoden aikana. Kysymys poimittiin Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) kysymyk-sistä (www.thl.fi/ath). Lisäksi selvitettiin väkivallan tekijää (tuntematon, puolittutu, nykyinen avo- tai aviopuoliso tai seurustelukumppani, muu lähemmin tuntema hen-kilö). Lisäksi erillisellä kysymyksellä selvitettiin kokemuksia väkivallan uhasta eli sitä, välttelekö vastaaja joitakin paikkoja oman ulkomaalaistaustansa vuoksi. Kantaväes-tön ja maahanmuuttajaryhmien (ml. oma ryhmä) aiheuttamaa väkivaltaa ei tulok-sissa voi erotella, mutta näiden tietojen voi kuitenkin katsoa heijastavan eri maahan-muuttajataustaisten ryhmien erilaista riskialttiutta joutua väkivallan uhriksi.

Tulokset

Kokemukset viimeisen vuoden aikana väkivallan uhriksi joutumisesta olivat yleisimpiä kurditaustaisten keskuudessa (9 %), kun somaliaaustaustaisista väkivaltaa oli kokenut 5 % ja venäläistaustaisista 3 % (taulukko 13.2.1). Ero johtui ennen kaikkea eri ryhmiin kuuluvien naisten kokemusten eroista: kurditaustaisista naisista väkivaltaa viimeisen vuoden aikana oli kohdannut jopa 11 %, kun vastaavat luvut somaliaalais- ja venäläistaustaisten naisten osalta olivat 5 % ja 2 % (taulukko 13.2.2, kuvio 13.2.1). Ikäryhmät eivät eronneet toisistaan koetun väkivallan osalta. Parisuhdeväkivaltaa raportoitiin erittäin harvoin kaikkien kolmen ryhmän osalta.

Paikkojen vältteleminen ulkomaalaistaustan vuoksi oli koettua väkivaltaa yleisempää (taulukko 13.2.1). Venäläistaustaiset kertoivat välttelevänsä joitain paikkoja harvimmin (7 %), kun taas vastaavat osuudet somaliaalais- ja kurditaustaisilla olivat jopa 28 % ja 30 %. Tämän suuntaiset ryhmien väliset erot näkyivät niin miesten kuin naistenkin osalta (taulukko 13.2.2, kuvio 13.2.2). Ikäryhmät eivät eronneet toisistaan myöskään paikkojen välttelyn osalta.

Taulukko 13.2.1. Väkivaltakokemukset (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Väkivaltakokemukset (12 kk)	2,5	5,4	9,4	<0,001
Joidenkin paikkojen välttely ulkomaalaistaustan vuoksi	6,8	27,5	30,1	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

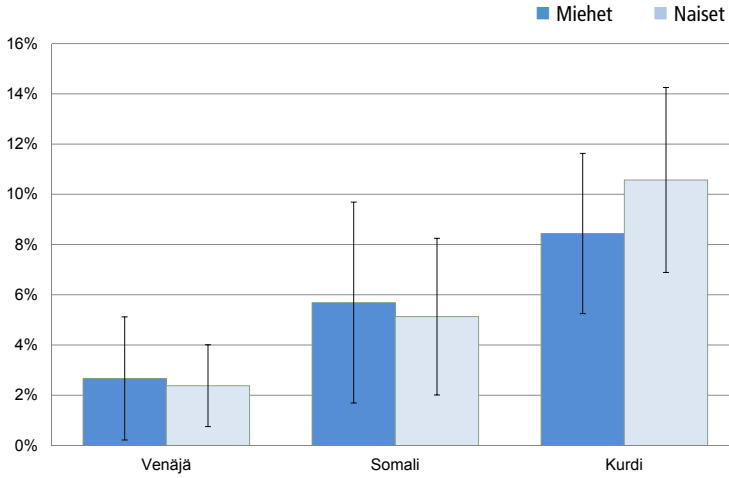
Taulukko 13.2.2. Väkivaltakokemukset sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)	
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	Miehet	Naiset
Väkivaltakokemukset (12 kk)	2,7	2,4	0,844	5,7	5,1	0,827	8,4	10,6	0,389	0,073	0,001
Joidenkin paikkojen välttely ulkomaalaistaustan vuoksi	7,6	6,3	0,612	29,2	26,1	0,594	32,9	26,4	0,129	<0,001	<0,001

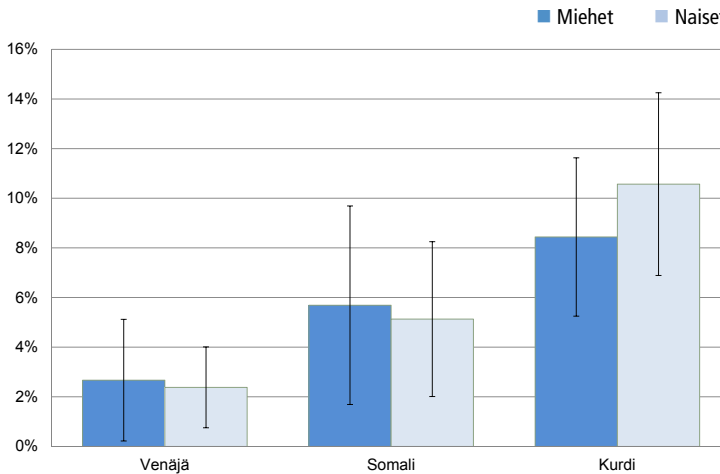
¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 13.2.1. Väkivaltaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneiden osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 13.2.2. Ulkomaalaistaustan vuoksi joitakin paikkoja välttelevien osuus sukupuolittain (%).



Pohdinta

Tutkituista ryhmistä kurditaustaisilla havaittiin muita ryhmiä useammin väkivalta-kokemuksia. Kurditaustaisista naisista väkivaltaa viimeisen vuoden aikana oli kohdannut yli joka kymmenes. Jopa lähes kolmannes kurditaustaisista ja reilu neljännes somalialaistaustaisista kokee joutuvansa välttelemään paikkoja ulkomaalaistaustansa vuoksi. Paikkojen välttelyn osalta somalialais- ja kurditaustaisten ero on suuri venäläistaustaisiin verrattuna, jotka katukuvassa eivät ulkonaisesti erotukaan kantaväestöstä. Tämä tulos tukee aikaisempiakin havaintoja siitä, että syrjintä ja väkivallan

uhka liittyvät ulkoiseen erilaisuuteen kantaväestöön nähden. Silti tätä logiikkaa noudattaen somalialaistaustaisilla olisi voinut olettaa olevan väkivaltakokemuksia ja niiden uhkaa kurditaustaisia enemmän.

Havainnot väkivaltakokemuksista ovat sekä venäläis- että somalialaistaustaisten vastaajien osalta harvinaisempia kuin kymmenen vuotta sitten toteutetussa Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa (Pohjanpää ym. 2003). Tämä johtunee ainakin osaltaan tutkimuksissa käytettyjen mittareiden eroista: Maamu-tutkimuksessa väkivallan kohtaamisen kysymys oli helposti tulkittavissa kartoittavan lähinnä rajumpia väkivallan muotoja kuin aiemmassa tutkimuksessa mukaan luetut lievemmän väkivallan muodot, kuten uhkailu, töniminen tai kiinni pitäminen. Väkivaltakokemusten mittaaminen ei Maamu-tutkimuksen kaltaisessa tutkimusasetelmassa ole yksiselitteistä eikä vailla harhaa. Väkivallan kokemukset, erityisesti lähisuhdeväkivallan kohtaaminen, koetaan usein hyvin henkilökohtaisiksi teemoiksi, jonka vuoksi niihin saattaa haastattelutilanteessa liittyä keskimääräistä enemmän aliraportointia. Syrjintäkokemusten tapaan myös väkivaltakokemusten tulokset nostattavat kuitenkin esiin huolta erityisesti kurditaustaisten maahanmuuttajien tilanteesta.

Lähteet

Honkatukia P. Maahanmuuttajat väkivallan uhreina. Teoksessa: Sirén R, Honkatukia P (toim.). Suomalaiset väkivallan uhreina. Tuloksia 1980–2003 kansallisista uhritutkimuksista. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos; 2005.

Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, viro-

laisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.

www.thl.fi/ath. Alueellinen terveyst- ja hyvinvointitutkimus.

14 TERVEYSPALVELUT JA KUNTOUTUS

14.1 Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset

Päivikki Koponen, Hannamaria Kuusio, Mulki Mölsä, Ilmo Keskimäki

- Somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat, mutta venäläistaustaisista vain miehet, olivat käyneet terveystarkastuksissa harvemmin kuin tutkimuspaikkakuntien koko 18–64-vuotias väestö.
- Kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä naisten osallistuminen syöpäseulontoihin oli harvinaisempaa kuin naisilla koko väestössä.
- Erityisen vähäistä oli somalialaistaustaisten naisten osallistuminen sekä terveystarkastuksiin yleensä että seulontatutkimuksiin.

Tässä luvussa kuvataan osallistumista terveystarkastuksiin, näön tutkimuksissa käymistä (esim. optikolla tai terveystarkastuksen yhteydessä) ja naisten osallistumista seulontatutkimuksiin. Seulonnoista tarkastellaan osallistumista mammografiaan (rintojen röntgentutkimus) ja kohdunkaulan irtosolunäytetutkimukseen, sillä nämä kuuluvat Suomessa kaikille naisille tarjottaviin syöpäseulontoihin. Seulonta-asetuksen mukaan kohdunkaulan syövän ehkäisemiseksi tehtävään irtisolunäytetutkimukseen kutsutaan kaikki 30–60-vuotiaat naiset viiden vuoden välein. Jotkut kunnat tarjoavat kohdunkaulasyöpäseulontaa myös 20-, 25- ja 65-vuotiaille. Rintasyövän seulontaohjelma kattaa asetuksen perusteella 50–69-vuotiaat naiset, jotka kutsutaan mammografiaan joka toinen vuosi. Syöpäseulontojen lisäksi tässä luvussa tarkastellaan niiden naisten osuutta, jotka kertovat käyneensä jossain gynekologisessa tarkastuksessa viimeisen viiden vuoden aikana.

Gynekologisia tutkimuksia tehdään muun muassa raskauden ehkäisymenetelmien käyttöön, raskauden seurantaan ja gynekologisten syöpien varhaistoteamiseen tai vaihdevuosisoireiden hoitoon liittyen. Suomalaisista naisista merkittävä osa käy gynekologisessa tutkimuksessa, useimmiten gynekologin yksityisvastaanotolla, vuosittain tai lähes vuosittain. Vuonna 2000 alle 65-vuotiaista naisista oli ikäryhmittäin vaihdellen 67–88 % käynyt gynekologisessa tutkimuksessa viimeisen viiden vuoden aikana (Koponen & Luoto 2004). Näissä käynneissä havaittiin merkitseviä alue- ja koulutusryhmäeroja. Syöpärekisterin (www.cancer.fi) tilastojen mukaan kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksiin osallistui vuonna 2009 kutsutuista naisista 69 %. Samana vuonna rintasyöpäseulontoihin osallistui 83 % kutsutuista naisista. Molempiin tutkimuksiin lähetteen voi saada myös muiden vastaanottokäyntien ja terveystarkastusten yhteydessä sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa.

Suomessa ei ole aiemmin tehty selvitystä maahanmuuttajien osallistumisesta seulontatutkimuksiin ja terveystarkastuksiin. Myös kansainvälisesti tutkimuksia

erityisesti terveystarkastuksista on vähän. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu maahanmuuttajanaisten osallistuvan syöpäseulontoihin kantaväestöä harvemmin (Lofters ym. 2012; Norredam ym. 2009). Tanskalaisen tutkimuksen mukaan erityisen vähäistä mammografiaseulontoihin osallistuminen oli Euroopan ulkopuolelta tulleiden maahanmuuttajien keskuudessa (Kristiansen ym. 2012). Mammografiatutkimukseen osallistumista voivat maahanmuuttajanaisilla rajoittaa muun muassa tutkimuksessa koettu kipu, riisuuntumiseen liittyvä häpeän tunne, heikko luottamus kutsun lähettäneeseen tahoon sekä heikko tietoisuus terveyspalveluista ja syöpäseulonnan merkityksestä (Alexandraki & Mooradian 2010).

Menetelmät

Terveystarkastuksia ja seulontatutkimuksia koskevat kysymykset esitettiin haastattelussa samassa muodossa kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012). Koko väestöä koskevaan vertailuun on poimittu tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat. Koska käsitteenä terveystarkastus ei välttämättä ole kaikille tutkimukseen osallistuville selvä, lisäti haastatteluun johdatteleva selostus ennen näiden kysymysten esittämistä. Vastaajille kerrottiin, että terveystarkastuksella tarkoitetaan sellaisia käyntejä lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla, jotka eivät liity suoraan sairauden toteamiseen tai hoitoon. Lisäksi kerrottiin, että terveystarkastuksiin osallistutaan kutsun perusteella tai kun itse haluaa oma-aloitteisesti tietoa terveydentilastaan tai kun tarvitsee lääkärintodistuksen.

Haastattelussa kysyttiin erikseen osallistumista seuraaviin terveystarkastuksiin: ajokorttitarkastukset (ajokortin hankkimista tai uusimista varten tarvittava todistus), työhöntulotarkastukset tai muut työterveyshuollon terveystarkastukset, opiskeluterveydenhuollon terveystarkastukset, työttömille tehtävät terveystarkastukset (jos työttömyysjakso viimeisen viiden vuoden aikana) ja tietyille ikäryhmille tehtävät tarkastukset (esim. kunnassa kaikille 40-vuotiaille tarjottu terveystarkastus). Lisäksi naisilta kysyttiin raskauden ehkäisyyn sekä raskauteen, lapsen odotukseen tai synnytykseen liittyviä tarkastuksia. Somalialais- ja kurditaustaisilta kysyttiin erikseen myös vastaanottokeskuksissa tehtyjä terveystarkastuksia ja pakolaisena Suomeen tulleilta pakolaistaustaisille järjestettyjä terveystarkastuksia. Tässä raportissa kuvataan niiden osuutta, jotka kertoivat käyneensä ainakin jossain näistä terveystarkastuksista viimeisen viiden vuoden aikana.

Seulontatutkimuksina kysyttiin näön ja kuulon tutkimuksia, verenpaineen mittausta, verensokeriarvojen tutkimusta ja veren kolesteroliarvojen määrittystä. Naisilta kysyttiin myös mammografiaa (rintojen röntgentutkimus), kohdunkaulan irtosolunäytteen ottoa (PAPA-koe) ja gynekologisessa tarkastuksessa tai tutkimuksessa käyntiä. Näistä tutkimuksista tähän raporttiin valittiin naisten seulontatutkimusten lisäksi näön tutkimuksessa viimeisen viiden vuoden aikana käyneiden osuus, sillä tämä on yleinen tutkimus kaikissa ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla. Tutkittavilta

ei kysytty tarkemmin missä tai kenen toimesta näön tutkimus on tehty, eli mukana ovat muun muassa erilaisten terveystarkastusten yhteydessä tehdyt näön tutkimukset ja optikon tekemät tutkimukset. Näön tutkimus on myös erilaisista seulontatutkimuksista käsitteellisesti selkein ja sillä voi olla merkitystä toimintakyvyn kannalta.

Tulokset

Venäläistaustaiset olivat osallistuneet johonkin terveystarkastukseen viimeisen viiden vuoden aikana lähes yhtä usein kuin tutkimuspaikkakuntien koko 18–64-vuotias väestö (81 %), sen sijaan kurdi- ja somalialaistaustaiset harvemmin (70 % ja 60 %, taulukko 14.1.1, kuvio 14.1.1). Naisten ja miesten välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja terveystarkastuksiin osallistumisessa kaikilla muilla paitsi somalialaistaustaisilla (taulukko 14.1.2). Venäläis- ja kurditaustaisista samoin kuin koko väestöstä naiset olivat käyneet terveystarkastuksissa miehiä useammin. Somalialaistaustaisilla myös ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Harvinaisinta terveystarkastuksiin osallistuminen oli 45–64-vuotiailla somalialaistaustaisilla naisilla, joista vain neljännes oli käynyt jossain terveystarkastuksessa viimeisen viiden vuoden aikana.

Näön tutkimuksessa olivat kaikki maahanmuuttajataustaiset ryhmät käyneet huomattavasti harvemmin kuin tutkimuspaikkakuntien koko 18–64-vuotias väestö (taulukko 14.1.1, kuvio 14.1.1). Viimeisen viiden vuoden aikana näön tutkimuksessa oli käynyt venäläistaustaisista 68 %, kurditaustaisista 67 %, somalialaistaustaisista 52 % ja koko väestöstä 83 %. Näön tutkimuksessa käymisessä havaittiin sukupuolten välisiä eroja vain somalialaistaustaisilla, joista naiset olivat käyneet tutkimuksessa miehiä harvemmin (taulukko 14.1.2). Venäläis- ja kurditaustaisilla näön tutkimuksessa käyminen oli yleisintä nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä, mikä selityne ajokortin hankintaan tai uusimiseen liittyvien näön tutkimusten yleisyydellä.

Taulukko 14.1.1. Jossakin terveystarkastuksessa viimeisten viiden vuoden aikana käyneet (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Jokin terveystarkastus ²	81,3	59,7	70,2	81,1	<0,001	0,917	<0,001	<0,001
Näön tutkimus	67,9	52,2	66,9	83,0	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Sisältää seuraavat: ajokorttitarkastus, työterveyshuollon tai opiskeluterveydenhuollon terveystarkastus, työttömien tarkastus, tietyille ikäryhmille tehtävä tarkastus, naisilla myös raskauden ehkäisyyn sekä raskauteen, lapsen odotukseen tai synnytykseen liittyvä tarkastus, vastaanottokeskuksissa tehty ja/tai pakolaistaustaisille järjestetty terveystarkastus

Taulukko 14.1.2. Jossakin terveystarkastuksessa viimeisten viiden vuoden aikana käyneet sukupuoliittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Jokin terveystarkastus ³	68,4	88,3	<0,001	62,3	57,0	0,392	66,4	75,2	0,039	78,0	83,9	0,019
Näön tutkimus	71,3	66,0	0,258	64,7	41,0	<0,001	68,3	65,3	0,469	80,9	84,7	0,156
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi				
Jokin terveystarkastus ³	0,005	0,039	0,004	0,007	<0,001	0,090	<0,001	0,001				
Näön tutkimus	0,001	0,016	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Sisältää seuraavat: ajokorttitarkastus, työterveyshuollon tai opiskeluterveydenhuollon terveystarkastus, työttömien tarkastus, tietyille ikäryhmille tehtävä tarkastus, naisilla myös raskauden ehkäisyyn sekä raskauteen, lapsen odotukseen tai synnytykseen liittyvä tarkastus, vastaanotokeskuksissa tehty ja/tai pakolaistaustaisille järjestetty terveystarkastus

Sekä venäläis-, kurdi- että somalialaistaustaiset naiset olivat käyneet kohdunkaulan irtosolututkimuksissa (PAPA) tilastollisesti merkitsevästi harvemmin kuin tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotiaat naiset (taulukko 14.1.3). Vain noin kolmannes kaikista somalialaistaustaisista naisista ja 30–44-vuotiaistakin vain 44 % oli käynyt tässä tutkimuksessa, kun vastaavan ikäisistä venäläistaustaisista naisista tutkimuksessa kävijöitä oli 75 % ja kurditaustaisista 66 %. Nuorimmassa ikäryhmässä, joka ei vielä kuulu asetuksen mukaiseen seulonnan kohderyhmään, tutkimuksessa käyneitä oli vähiten (15–57 %).

Rintojen röntgentutkimuksessa (mammografiassa) käyminen viimeisen viiden vuoden aikana oli myös harvinaisinta somalialaistaustaisilla naisilla, joista vain 23 % (taulukko 14.1.3) ja 45–64-vuotiaistakin vain alle kolmannes oli käynyt tässä tutkimuksessa. Venäläis- ja kurditaustaisista naisista lähes yhtä moni (41 % ja 45 %) kuin naisista koko maan väestössä (45 %) oli käynyt mammografiassa viimeisen viiden vuoden aikana. Venäläistaustaisista 45–64-vuotiaista 74 % ja vastaavan ikäisistä kurditaustaisista 55 % oli käynyt mammografiassa. Kuitenkin pieni osuus myös 18–29-vuotiaista (8–10 %) kertoi käyneensä mammografiassa, vaikka seulontatutkimuksia ei missään kunnassa kohdenneta tälle ikäryhmälle.

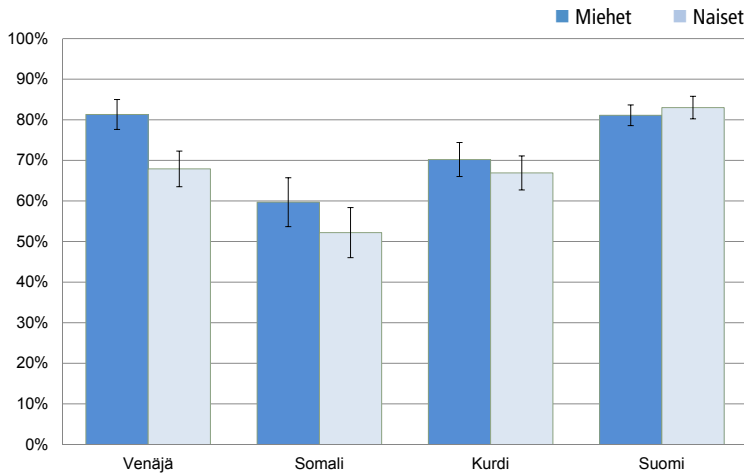
Naiset kaikissa tutkituissa maahanmuuttajaryhmissä olivat käyneet gynekologisessa tutkimuksessa viimeisen viiden vuoden aikana harvemmin kuin 18–64-vuotiaat naiset koko väestössä (taulukko 14.1.3). Myös nämä tutkimukset olivat harvinaisimpia somalialaistaustaisilla (26 %), selvästi yleisempiä kurditaustaisilla (45 %), mutta venäläistaustaisillakin (72%) harvinaisempia kuin koko väestössä (87%).

Taulukko 14.1.3. Naisten seulontatutkimuksissa viimeisten viiden vuoden aikana käyneet (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kohdunkaulan irtosolunäyte	73,4	33,5	56,4	88,5	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Mammografia (rintojen röntgentutkimus)	41,2	22,9	44,7	45,1	<0,001	0,191	<0,001	0,916
Gynekologinen tutkimus	71,6	25,8	44,5	87,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Kuvio 14.1.1. Jossakin terveystarkastuksessa ja näön tutkimuksessa viimeisten viiden vuoden aikana käyneiden osuus (%).



Pohdinta

Suuri osa terveystarkastuksista liittyy erilaisiin todistuksiin, joita tarvitaan esimerkiksi ajokortin hankintaan tai työhön. Työelämän ulkopuolella oleville terveystarkastuksia ei kaikissa kunnissa järjestetä. Näin erityisesti kotona perhettä hoitavat maahanmuuttajataustaiset naiset jäävät terveystarkastusten ulkopuolelle.

Joukkotarkastusten lisäksi kohdunkaulan irtosolunäytteitä otetaan terveyskeskuksissa myös raskauden ehkäisyneuvoloissa tai yksityisvastaanotoilla. Gynekologit tekevät lähetteen tähän tutkimukseen raskauden ehkäisyyn liittyvän tarkastuksen yhteydessä, jolloin somalialaistaustaisten naisten vähäinen raskauden ehkäisymenetelmien käyttö (ks. luku 8.1) saattaa osittain selittää heidän vähäistä osallistumistaan tähän seulontaan ja muutenkin gynekologisiin tutkimuksiin. Kohdunkaulan syöpien seulontaan osallistuvat koko väestöstä harvemmin myös venäläis- ja kurditaustaiset

maahanmuuttajat. Somalialaistaustaisten osallistuminen myös rintasyövän seulontaan näyttää alhaiselta. Syöpäseulontojen kutsukirje ei välttämättä tavoita maahanmuuttajataustaisia naisia tai he eivät ymmärrä seulontaan osallistumisen merkitystä. Heille tulisikin kohdentaa omalla kielellä neuvontaa siitä, miksi seulontatutkimuksia tehdään. Myös suullisesti esitettyjä henkilökohtaisia kutsuja tarvitaan kutsukirjeiden lisäksi, erityisesti lukutaidottomille naisille ja naisille, joilla ei ole taitoja ja mahdollisuutta etsiä lisätietoja internetistä.

Gynekologisissa tutkimuksissa kävivät muita maahanmuuttajaryhmiä useammin venäläistaustaiset, jotka ovat todennäköisesti omassa kotimaassaan tottuneet erikoislääkäreihin ja hakeutuvat näin myös yksityisgynekologiin vastaanotolle. Naisten välillä saattaa olla eroa myös siinä, ovatko he mieltäneet esimerkiksi äitiysneuvolan lääkärin tarkastukset tai synnytysten jälkitarkastukset gynekologisiksi tutkimuksiksi.

Lähteet

- Alexandraki I, Mooradian AD. Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *J Natl Med Assoc* 2010;102:206–218.
- Koponen P & Luoto R (toim.). Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja: B5. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2004.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Kristiansen M, Brian L, Thorsted BL, Krasnik A, Von Euler-Chelpin E. Participation in mammography screening among migrants and non-migrants in Denmark. *Acta Oncologica* 2012;51:28–36.
- Lofters AK, Hwang SW, Moineddin R, Glazier RH. Cervical cancer screening among urban immigrants by region of origin: a population-based cohort study. *Prev Med* 2010;51:509–516.
- Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2010;20:555–563. www.cancer.fi. Syöpärekisteri.

14.2 Avosairaanhoidon palvelujen käyttö

Päivikki Koponen, Hannamaria Kuusio, Ilmo Keskimäki, Mulki Mölsä

- Somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat käyttivät venäläistaustaisia ja tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotiasta koko väestöä enemmän terveyskeskuksen lääkärivastaanoton palveluita ja näistä käynneistä merkittävä osuus oli päivystyskäynntejä.
- Somalialais- ja venäläistaustaiset olivat käyneet venäläistaustaisia ja koko väestöä harvemmin sairaalan poliklinikalla.
- Kaikki tutkitut maahanmuuttajataustaiset ryhmät käyttivät koko väestöä vähemmän yksityislääkärien ja työterveyslääkärien palveluita, sekä lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä. Venäläistaustaisilla myös lääkärin palvelujen käyttö muualla kuin Suomessa oli yleistä.

Tässä tutkimuksessa mukana olleet venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat ovat oikeutettuja käyttämään suomalaisia terveyspalveluita siinä kunnassa, jossa he asuvat (Suomen perustuslaki 1999/731). Työssäkävyllä maahanmuuttajilla on samat oikeudet työterveyshuoltoon kuin heidän suomalaisilla työtovereillaan. Maahanmuuttajat voivat myös ostaa terveyspalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta, jolloin osan kustannuksista korvaa Kela. Tässä luvussa kuvataan avosairaanhoidopalvelujen käyttöä, joilla tarkoitetaan käynntejä lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa, sairaalan poliklinikalla, yksityisvastaanotolla tai työterveyslääkärillä. Mielenterveyspalvelujen käyttöä tarkastellaan luvussa 9.3 ja suun terveyden palveluja luvussa 7.2.

Maahanmuuttajien sairaanhoitopalvelujen käyttöä on aiemmin tutkittu Suomessa hoitoilmoitusrekisteritietoihin perustuen. Tutkimuksen mukaan maahanmuuttajilla oli yli kaksi kertaa enemmän vuodeosastohoitoja raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteuden takia. Muissa tautipääryhmissä maahanmuuttajilla oli hoitajaksoja vähemmän kuin muilla Suomessa asuvilla (Gissler ym. 2006). Aikuisilla (15–64-vuotiaat) maahanmuuttajilla oli vähemmän sairaalan poliklinikkakäynntejä ja käynntejä perusterveydenhuollossa kuin suomalaisella kantaväestöllä. Kuitenkin pakolaistaustaiset maahanmuuttajat käyttävät terveyskeskuspalveluja enemmän kuin koko väestö (Gissler ym. 2006).

Tanskalaisessa rekisteritietoon pohjautuvassa tutkimuksessa havaittiin maahanmuuttajien käyttävän terveyspalveluita enemmän kuin kantaväestö muissa palveluissa, paitsi hammaslääkärikäynneissä (Nielsen ym. 2012). Hollantilaisessa tutkimuksessa todettiin maahanmuuttajien käyttävän perusterveydenhuollon palveluja kantaväestöä enemmän, mutta erikoissairaanhoidon puolestaan kantaväestöä vähemmän (Stronks ym. 2009). Vastaavia tuloksia saatiin myös Saksassa, jossa verrattiin ensimmäisen ja toisen sukupolven maahanmuuttajia. Ensimmäisen sukupolven

maahanmuuttajat käyttivät vähemmän erikoissairaanhoidon palveluja (Glaesmer ym. 2011). Tilastokeskuksen toteuttamassa Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa tarkastelluista ryhmistä (venäläiset, virolaiset, somalialaiset ja vietnamilaiset) somalialaiset olivat käyneet useimmin lääkärillä ja vähiten käyntejä oli venäläisillä. Somalialaiset naiset kävivät miehiä useimmin lääkäreillä. Muissa ryhmissä ei ollut sukupuolieroja käyntimäärien suhteen. (Pohjanpää ym. 2003.)

Menetelmät

Kysymykset terveyspalvelujen käytöstä sairauksien ja oireiden vuoksi esitettiin haastattelussa samassa muodossa kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012). Koko väestöä koskevaan vertailuun on poimittu tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat. Haastattelussa kysyttiin, onko tutkittavalla joku tietty lääkäri, jonka luona hän yleensä käy sekä onko hänellä joku tietty terveyden- tai sairaanhoitaja, johon hän ottaa ensisijaisesti yhteyttä tarvitessaan apua ja neuvoja terveysasioissa. Näiden kysymysten tarkoitus oli antaa kuvaa hoidon jatkuvuudesta. Palvelujen käytön selvittämiseksi haastattelussa kysyttiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyntejä lääkärissä omien sairauksien vuoksi, naisilla tarkentaen myös raskauden tai synnytyksen vuoksi. Vastaava kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Lääkärikäyntien määrää kysyttäessä tiedusteltiin erikseen käyntejä terveyskeskuslääkärissä, sairaalan poliklinikalla, työpaikan työterveyslääkärillä, sekä yksityislääkärin vastaanotolla. Lisäksi tiedusteltiin, oliko tutkittava tavannut lääkärin kotonaan (lääkärin kotikäynti). Erona Terveys 2011 -tutkimuksen kysymyksiin oli, että opiskeluterveydenhuollon lääkärikäyntejä ei Maamu-tutkimuksessa kysytty erikseen, mutta lääkärikäynneistä tarkennettiin, kuinka moni niistä oli päivityksessä. Lisäksi tiedusteltiin, onko tutkittava hakenut lääkärin hoitoa ja apua jostain muusta maasta viimeisen 12 kuukauden aikana. Vastaava kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun.

Koska oletettiin, että maahanmuuttajataustaiset saattavat hakea apua terveysongelmiinsa myös muilta kuin terveydenhuollon ammattilaisilta, kysyttiin oliko tutkittava viimeisen vuoden aikana käynyt jossakin vaihtoehtoishoidossa, joista mainittiin esimerkkeinä vyöhyketerapia, homeopatia sekä uskonnollisen tai henkiparantajan luona käynti. Reseptilääkkeiden käyttöä kuvataan tässä luvussa myös palvelujen käytön osoittimena erittelemättä sitä, mihin tarkoitukseen lääke oli määrätty. Lääkkeiden käyttöä tullaan selvittämään yksityiskohtaisemmin syventävissä tutkimuksissa. Haastattelussa kysyttiin, oliko tutkittavalla tällä hetkellä käytössään mitään lääkärin määräämää reseptilääkettä. Vastaava kysymys sisältyi myös lyhythaastatteluun. Reseptilääkkeiden nimet kirjattiin ja niiden käyttöä tullaan syventävissä tutkimuksissa analysoimaan lääkeluokitus koodien (ATC-koodit) mukaisina ryhminä.

Tulokset

Somalialaistaustaiset naiset ilmoittivat miehiä useammin, että heillä on tietty lääkäri tai tietty hoitaja, johon ottavat ensisijaisesti yhteyttä, kun tarvitsevat apua tai neuvoja terveytensä liittyvissä asioissa. Somalialaisnaisista tällainen lääkäri oli 35 %:lla ja hoitaja 24 %:lla, kun miehillä vastaavat osuudet olivat 7 % ja 6 %. Venäläis- ja kurditaustaisista noin kolmanneksella (31 % ja 35 %) oli tietty lääkäri. Alle viidennes venäläistaustaisista (11 %) ja kurditaustaisista (15 %) kertoi, että heillä on tietty terveyden- ja sairaanhoitaja, johon he yleensä ottavat yhteyttä (taulukko 14.2.1 ja 14.2.2). Sekä tietty lääkäri että tietty hoitaja oli kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä ja sekä miehillä että naisilla harvemmin kuin koko tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotiaalla koko väestöllä.

Venäläis- ja kurditaustaisista maahanmuuttajista kertoi käyneensä lääkärissä viimeksi kuluneen vuoden aikana oman sairautensa hoidon takia yhtä moni (68 %) kuin koko väestössä (67 %). Sen sijaan somalialaistaustaista vain hieman yli puolet (53 %) kertoi käyneensä lääkärissä viimeisen vuoden aikana (taulukko 14.2.3, kuvio 14.2.1). Kaikissa muissa ryhmissä, paitsi kurditaustaisilla, naisista merkitsevästi suurempi osuus kuin miehistä oli käynyt lääkärissä viimeksi kuluneen vuoden aikana (taulukko 14.2.4).

Taulukko 14.2.1. Tiettyyn lääkäriin ja sairaan- tai terveydenhoitajaan ensisijaisesti yhteyttä ottavat (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Tietty lääkäri	31,7	23,9	37,7	43,8	<0,001	<0,001	<0,001	0,039
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja	11,2	16,6	15,7	37,4	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Taulukko 14.2.2. Tiettyyn lääkäriin ja sairaan- tai terveydenhoitajaan ensisijaisesti yhteyttä ottavat sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Tietty lääkäri	27,6	33,9	0,188	7,5	37,5	<0,001	34,9	41,5	0,142	44,2	43,5	0,853
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja	8,1	12,8	0,126	6,8	25,2	<0,001	14,3	17,6	0,362	35,5	39,1	0,285
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Tietty lääkäri	<0,001	0,001	<0,001	0,035	0,053	0,006	0,198	0,601				
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001				

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Taulukko 14.2.3. Lääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneet ja reseptilääkkeitä käyttävät (%¹).

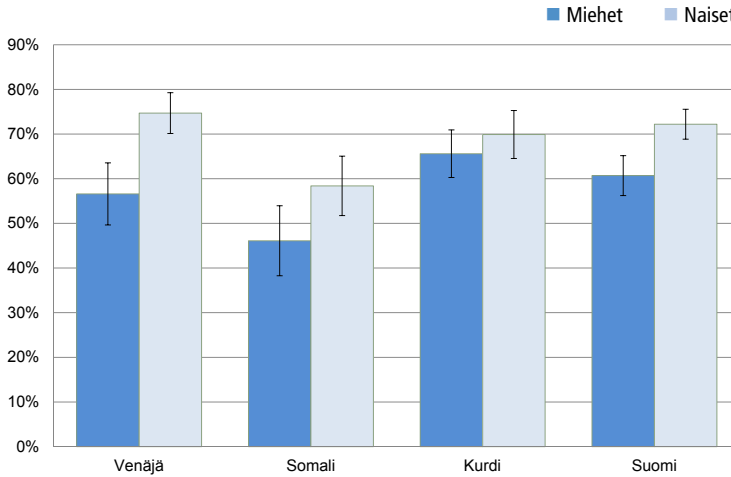
	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Joku lääkäri	67,9	52,9	67,5	66,7	<0,001	0,628	<0,001	0,743
Terveyskeskuslääkäri	43,3	52,4	58,5	43,8	<0,001	0,884	0,022	<0,001
Sairaalan poliklinikka	13,8	6,0	30,7	26,6	<0,001	<0,001	<0,001	0,147
Työterveyslääkäri ²	40,5	16,3	24,6	54,9	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Yksityislääkäri	14,7	3,1	9,8	35,2	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa	17,7	1,4	7,7	³	<0,001	³	³	³
Reseptilääke käytössä	28,9	25,5	39,1	47,6	<0,001	<0,001	<0,001	0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Osuus niistä, jotka työssä osa- tai kokopäiväisesti³ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissäTaulukko 14.2.4. Lääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneet ja reseptilääkkeitä käyttävät sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Joku lääkäri	56,6	74,7	<0,001	46,1	58,4	0,020	65,6	69,9	0,258	60,7	72,2	<0,001
Terveyskeskuslääkäri	35,3	47,8	0,013	47,1	57,1	0,120	54,9	63,2	0,071	39,8	46,9	0,054
Sairaalan poliklinikka	8,3	16,8	0,010	5,8	6,2	0,900	28,9	33,2	0,324	21,0	30,8	0,005
Työterveyslääkäri ³	35,5	43,6	0,237	22,1	4,2	0,089	22,8	28,1	0,433	56,7	53,7	0,423
Yksityislääkäri	9,1	17,8	0,016	3,7	2,6	0,623	9,6	9,9	0,093	30,1	39,0	0,017
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa	11,0	21,8	0,002	0,6	2,1	0,153	4,6	11,4	0,004	⁴	⁴	⁴
Reseptilääke käytössä	17,1	35,4	<0,001	23,8	27,0	0,489	35,8	43,2	0,059	36,2	58,4	<0,001
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Joku lääkäri	0,001	0,359	0,003	0,132	<0,001	0,399	<0,001	0,365	<0,001	0,791	0,041	<0,001
Terveyskeskuslääkäri	0,001	0,391	0,182	0,001	0,001	0,791	0,041	<0,001	<0,001	0,606	<0,001	<0,001
Sairaalan poliklinikka	<0,001	0,001	0,004	0,043	<0,001	<0,001	<0,001	0,606	<0,001	0,033	0,002	<0,001
Työterveyslääkäri ³	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,033	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Yksityislääkäri	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa	<0,001	⁴	⁴	⁴	<0,001	⁴	⁴	⁴	<0,001	⁴	⁴	⁴
Reseptilääke käytössä	<0,001	<0,001	0,010	0,893	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)³ Osuus niistä, jotka työssä osa- tai kokopäiväisesti⁴ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Kuvio 14.2.1. Lääkärissä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneiden osuus sukupuolittain (%).



Somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat olivat käyneet terveyskeskuslääkärin vastaanotolla useammin (52 % ja 59 %), mutta yksityislääkärin vastaanotolla harvemmin (3 % ja 10 %) kuin tutkimuspaikkakuntien koko väestö, josta terveyskeskuslääkärillä oli käynyt 44 % ja yksityislääkärillä 35 % (kuvio 14.2.2). Venäläistaustaisilla maahanmuuttajilla terveyskeskuslääkärillä käynnit olivat yhtä yleisiä (43 %) mutta yksityislääkärillä käynnit harvinaisempia (15 %) kuin koko väestöllä. Kaikkien tutkittujen maahanmuuttajataustaisten ryhmien lääkärisä käynnit kohdentuivat terveyskeskuksiin useammin kuin muille lääkäriin vastaanotoille (14.2.3).

Lääkärin vastaanotolla käynneissä oli lähes kaikissa ryhmissä myös merkittäviä eroja sukupuolten välillä (14.2.4). Somalialaistaustaisista naisista sekä kurditaustaisista miehistä ja naisista suurempi osuus kuin koko väestöstä oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla vähintään kerran viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Venäläis- ja somalialaistaustaisista sekä miehet että naiset, mutta kurditaustaisista vain naiset olivat käyneet sairaalan poliklinikalla harvemmin kuin koko väestö. Työssä olevista sekä venäläis-, somalialais- että kurditaustaiset miehet ja naiset olivat käyneet koko väestöä harvemmin työterveyslääkärin vastaanotolla. Samalla tavoin kuin koko väestössä, venäläistaustaisilla yksityislääkärikäynnit olivat naisilla (18 %) yleisempiä kuin miehillä (9 %), mikä selittyy gynekologikäynneillä (ks. luku 14.1).

Erityisesti terveyskeskuslääkärillä käynneistä kaikilla ryhmillä merkittävä osuus oli päivystyskäyntejä. Venäläistaustaisista 15 %, somalialaistaustaisista 26 % ja kurditaustaisista 18 % oli käynyt vähintään kerran terveyskeskuslääkärin päivystysvastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana. Lääkärin kotikäynnit olivat harvinaisia kaikissa tutkituissa ryhmissä (0–1 %).

Tarkasteltaessa lääkärikäyntien lukumäärää viimeksi kuluneen vuoden aikana olivat ryhmien väliset erot samanlaisia kuin tarkasteltaessa niiden osuutta, jotka oli-

vat käyneet eri vastaanotoilla (taulukko 14.2.5 ja 14.2.6). Somalialais- ja kurditaustaisilla oli eniten terveyskeskuslääkärikäyntejä ja vähiten yksityislääkärikäyntejä.

Yli viidennes venäläistaustaisista naisista sekä 11 % venäläistaustaisista miehistä ja kurditaustaisista naisista kertoi hakeneensa lääkärin hoitoa ja apua jostain muusta maasta kuin Suomesta viimeksi kuluneen vuoden aikana. Muilla tällaiset käynnit olivat harvinaisia (taulukko 14.2.3). Vaihtoehtoishoidot olivat harvinaisia kaikissa ryhmissä. Venäläistaustaisista 4 % ja kurditaustaisista alle 1 % kertoi käyneensä jossain vaihtoehtoishoidossa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vaihtoehtoishoidoissa käyneistä ei raportoinut kukaan somalialaistaustainen.

Taulukko 14.2.5. Lääkärin vastaanotolla käyntien lukumäärä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (ka¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Terveyskeskuslääkäri	1,1	1,8	2,3	1,0	<0,001	0,529	<0,001	<0,001
Sairaalan poliklinikka	0,4	0,1	0,9	0,7	<0,001	0,014	<0,001	0,045
Työterveyslääkäri ²	0,8	0,1	0,5	1,6	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Yksityislääkäri	0,4	0,1	0,2	0,8	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

² Osuus niistä, jotka työssä osa- tai kokopäiväisesti

Taulukko 14.2.6. Lääkärin vastaanotolla käyntien lukumäärä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana sukupuolittain (ka¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Terveyskeskuslääkäri	0,7	1,3	<0,001	1,5	2,1	0,095	1,9	2,8	0,008	0,9	1,2	0,137
Sairaalan poliklinikka	0,3	0,5	0,323	0,1	0,1	0,914	0,7	1,1	0,039	0,4	0,9	<0,001
Työterveyslääkäri ³	0,7	0,9	0,340	0,2	0,0	0,007	0,4	0,6	0,430	1,3	1,8	0,004
Yksityislääkäri	0,1	0,5	<0,001	0,1	0,0	0,317	0,2	0,2	0,796	0,6	0,9	0,008
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Terveyskeskuslääkäri	<0,001	0,370	0,061	<0,001	<0,001	0,245	0,001	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,232
Sairaalan poliklinikka	<0,001	0,752	0,012	0,002	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Työterveyslääkäri ³	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Yksityislääkäri	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

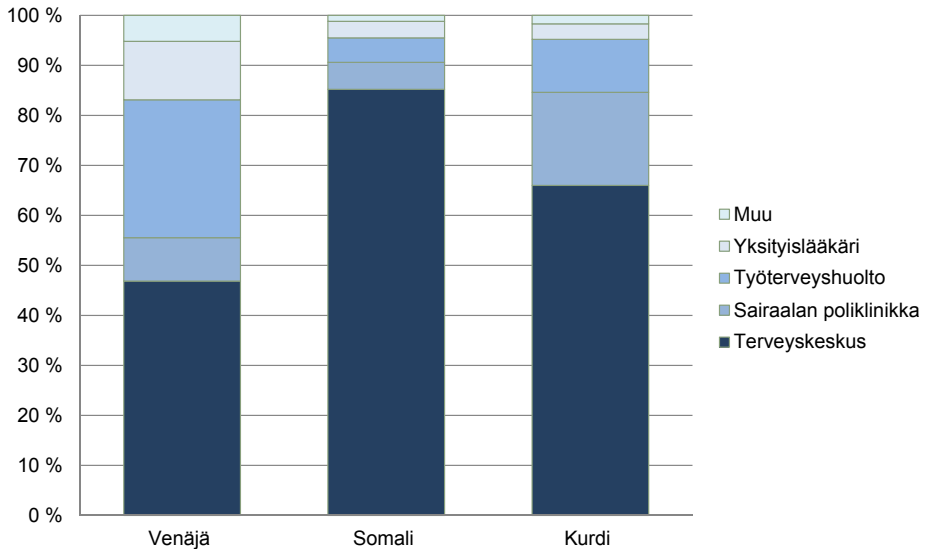
² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

³ Osuus niistä, jotka työssä osa- tai kokopäiväisesti

Sekä venäläis- että somalialaistaustaiset miehet ja naiset kertoivat käyttävänsä jotain lääkärin määräämää reseptilääkettä harvemmin kuin koko väestö, kurditaustaisista vain naiset (taulukko 14.2.3). Venäläistaustaisilla naisilla samoin kuin koko väestössä reseptilääkkeiden käyttö oli yleisempää kuin miehillä, mikä selittynee osittain ehkäisytablettien käytöllä (taulukko 14.2.4, ks. myös luku 8.1). Kaikissa ryhmissä sekä miehillä että naisilla reseptilääkkeiden käytön yleisyys kasvoi nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään.

Kun kysyttiin, missä tutkittava oli viimeksi käynyt lääkärissä Suomessa, 85 % somalialaistaustaisista, 66 % kurditaustaisista ja 47 % venäläistaustaisista kertoi käyneensä terveyskeskuksessa (kuvio 14.2.2). Venäläistaustaisilla viimeisin lääkärikäynti oli muita ryhmiä useammin työterveyshuollossa tai yksityislääkärillä. Lähes viidennes kurditaustaisista kertoi käyneensä viimeksi sairaalan poliklinikalla.

Kuvio 14.2.2. Viimeisimmän lääkärikäynnin paikka (%).



Pohdinta

Tämä tutkimus antaa yleiskuvan avoterveydenhuollon palvelujen käytön kohdentumisesta ja tuo esiin merkitseviä eroja maahanmuuttajataustaisten ryhmien välillä ja verrattuna koko väestöön. Itse raportoidussa palvelujen käytössä ryhmien väliset erot voivat kuitenkin myös kuvastaa eroja siinä, miten tunnistetaan erityyppiset palvelut ja organisaatiot ja miten niitä kuvaavat nimikkeet on onnistuttu kääntämään tutkitavien omalle kielelle. Esimerkiksi on mahdollista, että osa kurditaustaisten raportoimista käynneistä sairaalan poliklinikalla on terveyskeskuspäivystystä, ei erikoissairaanhoidtoa. Osa tutkituista voi rajata vastauksensa sairaalan poliklinikalla käynneistä enemmänkin koskemaan vain erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä. Käyntimäärien raportoisessa voi olla myös muistiharhaa. Kun halutaan tutkia tarkemmin palvelujen kohdentumista perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidtoon, tai käyntien lukumääristä jakautumista eri palveluihin rekisteritiedon lähteet (hoitoilmoitusrekisterit) ovat tarpeellisia.

Tämä tutkimus osoittaa kuitenkin myös sen, että pelkkään rekisteritietoon perustuen ei ole mahdollista saada kokonaiskuvaa Suomessa asuvien maahanmuuttajien terveydestä tai terveyspalvelujen käytöstä, sillä osa maahanmuuttajista ei ole käyttänyt mitään terveyspalveluja Suomessa. Erityisesti venäläistaustaiset maahanmuuttajat olivat käyttäneet merkittävän osan palveluitaan muualla kuin Suomessa, todennäköisimmin omassa lähtömaassaan.

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi olisi hyötyä siitä, että käynnit kohdentuisivat samalle lääkärille tai terveyden- tai sairaanhoitajalle. Päivystyskäyntien määrää voitaisiin mahdollisesti myös vähentää, jos maahanmuuttajilla olisi selkeämmin tiedossa, kehen ottaa yhteyttä. Kuitenkin vain vähemmistö maahanmuuttajista kertoi, että heillä on tietty lääkäri tai hoitaja, johon he ottavat ensisijassa yhteyttä. Terveyden- tai sairaanhoitajien rooli suomalaisessa terveydenhuollossa saattaa olla maahanmuuttajille vieras. Tähän viittaa myös Dayibin (2005) tutkimus, jossa somalialaistaustaiset tutkittavat kertoivat kokeneensa syrjintää terveyskeskusten vastaanoton hoitajilta, kun heille ei aina annettu aikaa lääkärin vastaanotolle. Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja oli muita maahanmuuttajataustaisia ryhmiä yleisemmin somalialaistaustaisilla naisilla, jotka todennäköisesti ovat neuvolapalvelujen käyttäjinä tottuneet ottamaan yhteyttä myös terveydenhoitajiin.

Maamu-tutkimusta valmisteltaessa ennakoitiin tutkittavilla voivan olla vaikeuksia erotella lääkärin tai terveyden- tai sairaanhoitajien vastaanotolla käyntejä. Siksi päädyttiin kysymään vain lääkärikäyntejä. Jatkotutkimuksissa olisi tarpeellista selvittää tarkemmin maahanmuuttajien terveyspalvelujen käyttöä eri paikoissa (erityisesti terveyskeskus, sairaalan poliklinikka, ajanvarausvastaanotto tai päivystys) ja eri ammattilaisilla. Terveyden- ja sairaanhoitajien roolia palvelujen käytön ja omahoidon ohjauksessa voitaisiin mahdollisesti tehostaa esimerkiksi monissa kunnissa kehitetyn lääkäri-hoitaja työparityöskentelyn avulla. Maahanmuuttajien palveluiden käyttöä voitaisiin ohjata kohdentumaan tarkoituksenmukaisemmin tarjoamalla heille

lisää tietoa eri ammattiryhmien ja hoitopaikkojen asemasta suomalaisessa terveydenhuollossa.

Lähteet

- Dayib F. The experience and perceptions of Somalis in Finnish primary health care services. Teoksessa: Clarke K (toim.). The problematic of well-being: experiences and expectations of migrants and new Finns in the Finnish welfare state. Research Reports Series: A/9 Tampere: University of Tampere; 2005.
- Gissler M, Malin M, Matveinen P, Sarvimäki M, Kangasharju A. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimussarja: 296. Helsinki: Stakes; 2006.
- Glaesmer H, Wittig U, Braehler E, Martin A, Mewes R, Rief W. Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: a population-based study in Germany. *Int J Public Health* 2011;56:541–548.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Nielsen SS, Hempler NF, Waldorff FB, Kreiner S, Krasnik A. Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scand J Public Health* 2012;40:260–270.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Stronks K, Kulu-Glasgow I, Agyemang C. The utility of 'country of birth' for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience. *Ethn Health* 2009;14:255–269.
- Suomen perustuslaki 1999/731. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

14.3 Hoidon tarve, sen tyydyttyminen ja tyytyväisyys palveluun lääkärin vastaanotolla

Päivikki Koponen, Hannamaria Kuusio, Ilmo Keskimäki, Mulki Mölsä

- Venäläis- ja kurditaustaiset kokivat jatkuvaa lääkärin hoidon tarvetta ja tyydyttymätöntä hoidon tarvetta useammin, mutta somalialaistaustaiset harvemmin kuin tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotias koko väestö keskimäärin. Pitkäaikaissairaista myös somalialaistaustaiset kokivat hoidon tarvetta ja tyydyttymätöntä hoidon tarvetta yleisemmin kuin pitkäaikaissairaat samanikäisessä koko väestössä.
- Hoidon saamisen esteistä yleisimpiä olivat venäläis- ja kurditaustaisilla jonotus hoitoon pääsemiseksi, liian korkeat hinnat ja kielivaikeudet.
- Venäläistaustaiset arvioivat kriittisimmin saamaansa hoitoa. Viimeisintä lääkärin vastaanotolla käyntiä arvioitaessa vähiten tyytyväisiä oltiin tiedon saantiin omaa terveyttä koskevissa asioissa ja vaikuttamiseen omaa hoitoa koskeviin asioihin.

Tässä luvussa tarkastellaan subjektiivista hoidon tarvetta ja sen tyydyttymistä, hoidon saamisen esteitä ja tyytyväisyyttä palveluun lääkärin vastaanotolla. Lähtökohtana on oletamus, että välttämättä tällaista subjektiivista hoidon tarvetta ei aina ole, vaikka olisikin jokin hoitoa edellyttävä terveysongelma (Mäntyranta ym. 2005). Terveystieteidenhuollossa käytettävät hoito- ja tutkimusmenetelmät, niiden saatavuus sekä potilaiden tiedot ja asenteet ja muokkaavat koettuja ja ilmaistuja tarpeita. Koetut ja ilmaistut tarpeet vaihtelevat myös eri kulttuureissa ja maantieteellisillä alueilla (Mäntyranta ym. 2005). Maahanmuuttajien kokema hoidon tarve on myös yhteydessä aiempiin kokemuksiin terveyspalveluista omassa lähtömaassa. Kokemuksiin saadusta hoidosta vaikuttaa myös se, miten paljon lähtömaan terveydenhuoltojärjestelmä poikkeaa Suomen järjestelmästä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa terveydenhuollon henkilökuntaa huomioimaan potilaan äidinkielen sekä hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa mahdollisuuksien mukaan hoidossa ja kohtelussa. Tilastokeskuksen vuonna 2002 toteuttamassa Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa todettiin, että enemmistö maahanmuuttajista pitää terveydenhoitopalveluita Suomessa melko hyvänä. Kriittisimpiä olivat venäläiset, joista joka viides oli palvelun tasoon tyytymätön (Pohjanpää ym. 2003). Myös kansainvälisissä tutkimuksissa maahanmuuttajat ovat yleensä olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon: vanhempi ikäpolvi on ollut nuorempaa maahanmuuttajaväestöstä tyytyväisempää ja myös oma koettu terveydentila on ollut yhteydessä koettuun palvelun laatuun (Lien ym. 2008).

Menetelmät

Hoidon tarvetta ja sen tyydyttymistä koskevat kysymykset esitettiin haastatteluissa samassa muodossa kuin Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimuksissa (Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012). Eri pitkäaikaissairauksia koskevien kysymysten jälkeen tutkittavaa pyydettiin vielä ajattelemaan sairauksiaan ja niiden hoitoa kokonaisuutena ja kysyttiin, tarvitseeko hän jatkuvasti tai toistuvasti lääkärinhoitoa jonkun pitkäaikaisen sairauden, vian tai vamman takia (hoidon tarve). Niiltä, jotka katsoivat tarvitsevansa tällaista jatkuvaa tai toistuvaa hoitoa, kysyttiin oliko yksi tai useampi heidän mainitsemistaan sairauksista sellainen, johon vastaaja ei saanut jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa, mutta olisi halunnut saada (tyydyttymätön hoidon tarve). Nämä hoidon tarvetta ja tyydyttymätöntä hoidon tarvetta koskevat kysymykset sisältyivät myös lyhythaastatteluun. Tyydyttymätöntä hoidon tarvetta ilmoitti 98 venäläistaustaista, 7 somalialaistaustaista ja 161 kurditaustaista tutkittavaa.

Lisäksi niiltä, jotka eivät omasta mielestään saaneet haluamaansa hoitoa, tiedusteltiin, olivatko hoidon saamista estäneet jonotus hoitoon pääsemiseksi, huonot kulkuyhteydet hoitopaikkaan, liian korkeat palvelumaksut ja hinnat (esim. terveyskeskus- ja poliklinikkamaksut ja lääkärin palkkiot), epäily, ettei hoidosta ole itselle apua, kielivaikkeudet ja/tai se, ettei tiedä, mistä hoitoa saa Suomessa.

Hoidon tarvetta ja tyydyttämätöntä hoidon tarvetta tarkasteltiin myös rajattuna pitkäaikaissairaisiin (jotka ilmoittivat, että heillä on jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus tai jokin työ- ja toimintakykyä vähentävä vaiva tai vamma). Pitkäaikaissairauksia ilmoitti 227 venäläistaustaista, 63 somalialaistaustaista, 170 kurditaustaista ja 336 Terveys 2011 -vertailuaineiston tutkittavaa. Koetun hoidon tarpeen ja tyydyttymättömän hoidon tarpeen osalta koko väestöä koskevaan vertailuun on poimittu tutkimuspaikkakunnilla Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneet 18–64-vuotiaat.

Lisäksi viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana lääkärin vastaanotolla käyneiltä kysyttiin mielipidettä terveydenhuollon palveluista ja hoidoista Suomessa sekä tyytyväisyyttä niihin. Haastateltaville kerrottiin, että tässä ollaan kiinnostuneita siitä, miten he ovat kokeneet palvelut ja hoidot. Tutkittavia pyydettiin miettimään viimeisintä käyntiään lääkärin vastaanotolla ja arvioimaan, miten samaa mieltä he ovat väittämistä, jotka koskivat hoitoon pääsyä riittävän nopeasti, tiedon saamista terveydentilastaan ja sen hoidosta, siitä miten heitä kuunneltiin ja miten heitä kohtaan osoitettiin kiinnostusta, mahdollisuutta vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin sekä sitä oliko hoidosta heille itselleen apua.

Tulokset

Jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhuollon tarvetta pitkäaikaissairauden vuoksi kokivat useimmin kurditaustaiset (44 %) ja venäläistaustaiset (29 %) maahanmuuttajat (taulukko 14.3.1, kuvio 14.3.1). Sen sijaan somalialaistaustaiset kokivat tällaista hoidon tarvetta harvemmin (13 %) kuin tutkimuspaikkakuntien koko 18–64-vuotias väes-

tö (21 %). Venäläistaustaisilla samoin kuin koko väestössä naiset kokivat hoidon tarvetta miehiä useammin (taulukko 14.3.2) ja hoidon tarvetta kokevien osuus kasvoi kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä iän myötä. Eniten hoidon tarvetta raportoivat kurditaustaiset naiset vanhimmissa ikäryhmässä (60 %). Pitkäaikaissairaat kurdi- ja venäläistaustaiset kokivat jatkuvaa tai toistuvaa lääkärin hoidon tarvetta useammin (87 % ja 66 %) kuin pitkäaikaissairaat somalialaistaustaiset (51 %) ja pitkäaikaissairaat koko väestössä (43 %).

Hieman alle kolmannes kurditaustaisista (31 %), venäläistaustaisista 17 %, somalialaistaustaisista 7 % ja koko väestöstä 4 % koki, ettei ollut saanut jatkuvaa tai toistuvaa lääkärin hoitoa, vaikka olisi halunnut (taulukko 14.3.1, kuvio 14.3.1). Tämän tyydyttymättömän hoidon tarpeen yleisyys kasvoi sekä venäläis- somalialais- että kurditaustaisilla iän mukana. Esimerkiksi somalialaistaustaisista naisista vanhimmissa ikäryhmässä 19 % koki tyydyttymättömää hoidon tarvetta, nuorimmassa ikäryhmässä 8 %. Pitkäaikaissairaista kurditaustaisista 71 % koki tyydyttymättömää hoidon tarvetta, venäläistaustaisista 41 % ja somalialaistaustaisista 22 %, mutta koko väestöstä vain 10 %.

Hoidon saamisen esteistä yleisimpiä olivat sekä venäläis- että kurditaustaisilla jonotus hoitoon pääsemiseksi, liian korkeat hinnat ja kielivaikeudet, joita raportoiti 33–57 % niistä venäläis- ja kurditaustaista, jotka eivät olleet saaneet haluamaansa hoitoa (taulukko 14.3.3). Myös epäily, ettei hoidosta olisi itselle apua (33–40 %) sekä epätietoisuus, mistä hoitoa saa (12–19 %) mainittiin usein hoidon saamisen esteinä. Venäläis- ja kurditaustaiset (50 % ja 10 %) kertoivat myös muita hoidon saannin esteitä. Näitä olivat esimerkiksi se, ettei ole saanut apua vaivoihinsa, ei ole saanut toimimaansa hoitoa, päässyt tutkimuksiin tai erikoislääkärille. Myös epäluottamus terveyskeskuslääkäreihin ja heidän ammattitaitoonsa mainittiin hoidon saannin esteenä samoin kuin huonoon kohteluun liittyvät kokemukset, esimerkiksi, ettei lääkäri kuuntele tai ota vakavasti potilaan oireita. Hoidon saannin esteinä mainittiin myös tutkittavan oma kiireisyys, ettei ole aikaa käydä lääkärissä tai ei halua olla sen takia pois töistä.

Taulukko 14.3.1. Toistuva ja tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Toistuvan lääkärin hoidon tarve (kaikki tutkittavat)	29,4	13,0	43,8	20,5	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
Toistuvan lääkärin hoidon tarve (pitkäaikaissairaat)	65,6	50,6	86,6	43,2	<0,001	<0,001	0,303	<0,001
Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve (kaikki tutkittavat)	17,1	6,5	30,6	4,2	<0,001	<0,001	0,103	<0,001
Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve (pitkäaikaissairaat)	41,1	22,3	70,5	9,9	<0,001	<0,001	0,008	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

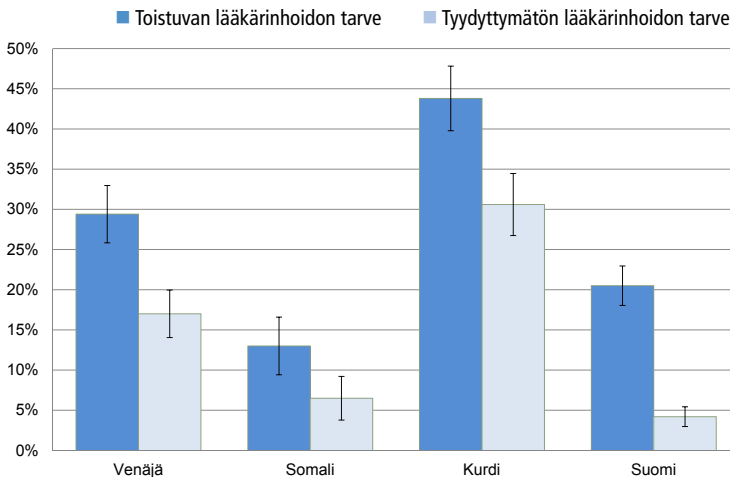
Taulukko 14.3.2. Toistuva ja tyydyttymätön lääkärinhuion tarve sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Toistuvan lääkarinhuion tarve (kaikki tutkittavat)	19,7	34,8	<0,001	9,4	16,0	0,077	43,1	44,6	0,717	16,4	24,3	0,001
Toistuvan lääkarinhuion tarve (pitkäaikaissairaat)	48,5	71,6	0,004	60,2	47,4	0,427	86,6	86,5	0,990	33,3	50,8	0,002
Tyydyttymätön lääkarinhuion tarve (kaikki tutkittavat)	9,0	21,4	<0,001	5,6	7,2	0,573	27,8	33,9	0,114	3,6	4,7	0,389
Tyydyttymätön lääkarinhuion tarve (pitkäaikaissairaat ²)	25,7	46,8	0,009	27,4	20,6	0,595	65,0	76,4	0,112	8,1	11,4	0,365
Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)												
	Miehet					Naiset						
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi		Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi			
Toistuvan lääkarinhuion tarve (kaikki tutkittavat)	<0,001	0,332	0,036	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,019	<0,001			
Toistuvan lääkarinhuion tarve (pitkäaikaissairaat)	<0,001	0,044	0,080	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,706	<0,001			
Tyydyttymätön lääkarinhuion tarve (kaikki tutkittavat)	<0,001	0,008	0,365	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,187	<0,001			
Tyydyttymätön lääkarinhuion tarve (pitkäaikaissairaat)	<0,001	0,004	0,030	<0,001	0,006	<0,001	<0,001	0,117	<0,001			

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

Kuvio 14.3.1. Toistuvaa lääkarinhuion tarvitsevien ja tyydyttämätöntä lääkarinhuion tarvetta ilmoittavien osuus (%).



Taulukko 14.3.3. Tyydyttymätöntä lääkärin hoidon tarvetta kokeneiden hoidon saamisen esteet (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Jonotus hoitoon pääsemiseksi	57,3	- ²	39,2	0,009
Huonot kulkuyhteydet	2,9	- ²	9,5	0,091
Liian korkeat maksut ja hinnat	34,4	- ²	46,8	0,074
Epäily, ettei hoidosta olisi apua	40,2	- ²	32,6	0,248
Kielivaikeudet	32,5	- ²	46,8	0,033
Epätietoisuus, mistä hoitoa saa	11,9	- ²	19,4	0,138
Muu syy	51,3	- ²	10,3	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja² Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksiTaulukko 14.3.4. Tyytyväisyys lääkärin hoitoon (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti	66,0	83,8	73,9	0,001
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani	54,3	80,7	67,9	<0,001
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta	65,3	82,1	76,0	<0,001
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin	49,9	77,2	68,9	<0,001
Saamastani hoidosta oli minulle apua	54,3	75,2	58,3	<0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Arvioitaessa viimeisintä käyntiä lääkärin vastaanotolla venäläistaustaiset arvioivat kriittisimmin saamaansa hoitoa (taulukko 14.3.4). Heissä oli vähiten täysin samaa mieltä olevia kaikissa viimeisintä lääkärin vastaanottokäyntiä arvioivissa väittämässä. Somalialaistaustaisissa oli puolestaan eniten täysin samaa mieltä olevia. Kaikissa tutkituissa ryhmissä vähiten tyytyväisiä oltiin tiedon saantiin omaa terveyttä koskevis- sa asioissa ja vaikuttamiseen omaa hoitoa koskeviin asioihin sekä saadusta hoidosta avun saamiseen (suhteessa omaan terveysongelmaan).

Pohdinta

Maahanmuuttajilla kokemus hoidon tarpeesta ja sen tyydyttymisestä on yhteydessä kulttuuristaan, mutta myös siihen, miten paljon Suomessa saatua hoitoa verrataan aiemmin entisessä kotimaassa saatuun hoitoon. Somalialaistaustaiset, jotka muutenkin arvioivat omaa koettua terveyttä ja elämänlaatuaan myönteisimmin ja joilla on vähiten raportoituja pitkäaikaissairauksia (ks. luku 4.1), kokivat myös vähiten hoidon tarvetta ja olivat muita tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Kun tarkasteltiin vain pitkäaikaissairaita, myös noin viidennes somalialaistaustaisista arvioi, ettei ole saanut haluamaansa hoitoa. Aiemmissä tutkimuksissa on kuitenkin noussut esiin monia ongelmia myös somalialaistaustaisten terveyspalvelujen käytössä ja siinä, miten palvelut vastaavat heidän tarpeitaan ja odotuksiaan (Daiyib 2005; Pavlish ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa hoidon saannin esteitä kysyttiin vain niiltä, jotka olivat ilmoittaneet, etteivät ole saaneet haluamaansa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärin hoitoa. Tämä osoittautui erityisesti somalialaistaustaisten osalta liian rajoittavaksi, joten heidän kokemistaan hoidon saamisen esteistä ei saatu tietoa. Jatkossa hoidon saamisen esteitä kannattaisi kysyä kaikilta.

Kun arvioitiin tyytyväisyyttä viimeisimpään lääkärin vastaanotolla käyntiin, vähiten täysin tyytyväisiä oltiin seikkoihin, joihin vuorovaikutus- ja kielitaidolla on merkitystä. Myös kielivaikkeudet usein raportoituina hoidon saannin esteenä ja heikosti suomea tai ruotsia osaavien yleisyys (ks. luku 11.3) osoittavat, että tulkkipalveluille on tarvetta. Varsin merkittävä osuus vastaajista (lähes puolet venäläis- ja kurditaustaisista ja viidennes somalialaistaustaisista) ei ollut vakuuttunut siitä, oliko saadusta hoidosta heille apua. Myös hoidon saannin esteenä epäily, ettei hoidosta olisi apua ja pitkäaikaissairaiden suuri tyydyttymätöntä hoidon tarvetta kokevien osuus nostavat esiin tarpeita maahanmuuttajien terveyspalvelujen kehittämiseksi. Vastavia ongelmia on noussut esiin myös tutkittavien yhteydenotoissa Maamu-hankkeen tutkijalääkäriin. Tuttu tapa hoitaa sairauksia entisessä kotimaassa ei vastaa sitä, miten asioita hoidetaan Suomen palvelujärjestelmässä. Monet tutkimukseen osallistuneet ovat kertoneet vaikeuksista saada hoitoa, kun odotusajat ovat pitkiä ja vastaanottoajat liian lyhyitä omien terveysongelmien selvittämiseen. He ovat myös kertoneet turhautumisesta siihen, etteivät koe saavansa tarvitsemaansa apua esimerkiksi, kun kivulle ei löydy syytä. Näihin ongelmiin pitäisi kiinnittää huomiota erityisesti terveyskeskuspalveluissa.

Lähteet

Dayib F. The experience and perceptions of Somalis in Finnish primary health care services. Teoksessa: Clarke K (toim.). The problematic of well-being: experiences and expectations of migrants and new

Finns in the Finnish welfare state. Research Reports Series: A/9 Tampere: University of Tampere; 2005.

Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineis-

- to ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lien E, Nafstad P, Rosvold EO. Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in Oslo, Norway. *Int J Equity Health* 2008;27:7–13.
- Mäntyranta T, Elonheimo O, Brommels M. Mitä on terveyspalvelujen tarve? Suomen Lääkärilehti 2005; 60: 3281–3284.
- Pavlish CL, Noor S, Brandt J. Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations and silent worries. *Soc Sci Med* 2010;71:353–361.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.

14.4 Kuntoutuspalvelujen ja fysioterapian käyttö sekä kuntoutuspalvelujen koettu tarve

Shadia Rask, Päivi Sainio, Minna-Liisa Luoma

- Kuntoutuspalvelujen käyttö viimeisten 10 vuoden aikana oli harvinaista kaikissa kolmessa tutkitussa ryhmässä. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana venäläis- ja kurditaustaisista fysioterapiassa oli käynyt noin viidennes, mikä vastasi fysioterapian käyttöä tutkimuskuntien 18–64-vuotiaassa koko väestössä, kun taas somalialaistaustaisista vain joka kymmenes. Erityisen yleistä fysioterapian käyttö oli kurditaustaisilla naisilla.
- Kuntoutuksen koettu tarve oli huomattavan yleistä erityisesti venäläis- ja kurditaustaisilla, joista joka viides kertoi omasta mielestään tarvitsevansa kuntoutusta.
- Tärkeä jatkotutkimusaihe on selvittää, mitkä tekijät, esimerkiksi traumatisoituneisuus ja työllistymisen esteet, selittävät suurta koettua kuntoutuksen tarvetta.

Maahanmuuttajataustaiset asiakkaat tuntevat usein terveyskeskusten tavallisimmat palvelut, mutta useimmiten asiakkailta puuttuu tietoa muista terveys- ja kuntoutuspalveluista, niiden käytöstä ja asiakkuudesta (Peltola & Metso 2008). Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden vaikeudet saada tarvitsemiaan palveluita ja niihin liittyvää tietoa tunnetaan yleisesti (esim. Peltola 2005; Pohjanpää ym. 2003), ja erityisesti kuntoutuspalvelujen osalta maahanmuuttajien kuntoutustarpeiden tunnistamisessa on puutteita ja kuntoutuspalveluihin ohjaaminen vähäistä (Väänänen ym. 2009). Maahanmuuttajataustaiset miehet käyvät huomattavasti harvemmin mielenterveys-toimistossa tai perusterveydenhuollon kuntoutuksessa kuin kantaväestöön kuuluvat miehet, kun taas naisilla vastaava ero on selvästi pienempi (Gissler ym. 2006). Fysioterapialla on keskeinen rooli erityisesti kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden hoidossa, sillä heillä esiintyy psyykkisten oireiden ohella usein runsaasti kipuja ja fyysisiä oireita (Halla 2007). Maahanmuuttajien kokemasta kuntoutuspalvelujen tarpeesta ei Suomessa ole tarpeeksi tietoa.

Menetelmät

Kuntoutuspalveluiden käyttöä selvitettiin Maamu-tutkimuksessa kolmesta näkökulmasta, joita olivat ammatissa suoriutumista edistävä ammatillinen kuntoutus (esim. TYK, ASLAK), uudelleen koulutus sairauden tai vamman takia sekä muu kuntoutus, jonka tarkoituksena on vähentää sairauksien ja vammojen aiheuttamia oireita ja toimintakyvyn vajauksia. Tutkimushaastattelijat oli ohjeistettu kertomaan, että kuntoutuksella pyritään parantamaan työ- ja toimintakykyä. Tutkittavalle selostettiin, että kuntoutukseen voi kuulua neuvontaa, kuntoutustutkimuksia, erilaisia terapioida,

hoitojaksoja kuntoutuslaitoksessa, sopeutumisvalmennusta, kuntoutusohjausta ja apuvälinepalveluita. Tutkittavalta tiedusteltiin, onko hän käyttänyt tällaisia kuntoutuspalveluita viimeisten 10 vuoden aikana Suomessa sekä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Lisäksi tutkittavalta kysyttiin, onko hän ollut fysioterapiassa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, ja kysymys esitettiin erikseen sekä lääkärin läheteellä että ilman lähetettä saadusta fysioterapiasta. Tässä luvussa raportoitamme fysioterapian käyttö sisältää sekä lääkärin läheteellä että ilman lähetettä saadun fysioterapian.

Tutkittavan omaa käsitystä tarvitsemastaan kuntoutuksesta kartoitettiin erillisellä kysymyksellä. Tyydyttymätöntä kuntoutuksen tarvetta tarkasteltiin analysoimalla niiden henkilöiden osuus, jotka tutkimushetkellä kertoivat tarvitsevansa kuntoutusta, mutta jotka eivät olleet saaneet kuntoutusta viimeisten 10 vuoden aikana. Kuntoutusta ja fysioterapiaa koskevia kysymyssarjoja on käytetty Terveys 2000 ja 2011 -tutkimuksissa (Heistaro 2005; Koskinen ym. 2012). Tutkimuskuntien 18–64-vuotiaan koko väestön aineistoa käytetään vertailukohtana niiden muuttujien osalta, joita on tutkittu vertailukelpoisesti ja raportoitu Terveys 2011 -tutkimuksessa.

Tulokset

Viimeisten 10 vuoden aikana 5–6 % venäläis- ja kurditaustaisista ja 2 % somalialaistaustaisista oli saanut kuntoutusta (taulukko 14.4.1). Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kuntoutusta saaneiden osuudet olivat niin vähäisiä kaikissa kolmessa ryhmässä, että tarkemmat tilastolliset analyysit eivät olleet mahdollisia. Venäläistaustaiset naiset olivat saaneet kuntoutusta miehiä useammin (taulukko 14.4.2). Somalialais- ja kurditaustaisilla kuntoutuksen yleisyydessä ei ollut eroa sukupuolten välillä. Venäläis- ja kurditaustaisilla kuntoutuksen yleisyydessä ei ollut eroa ikäryhmien välillä, vaikkakin molemmissa ryhmissä naisten saaman kuntoutuksen yleisyys näytti nousevan iän myötä (18–29-vuotiailla 5 %, 30–44-vuotiailla 3–4 % ja 45–64-vuotiailla 10 %).

Fysioterapiassa venäläis- ja kurditaustaisista oli käynyt noin viidennes (18–21 %), mikä vastasi fysioterapiassa käyneiden osuutta koko väestössä (18 %) (taulukko 14.4.1). Somalialaistaustaisista fysioterapiassa oli käynyt vain hieman enemmän kuin joka kymmenes, mikä oli selvästi vähemmän kuin koko väestössä. Somalialaistaustaiset miehet olivat käyneet fysioterapiassa yhtä yleisesti kuin koko väestö, mutta somalialaistaustaisten naisten osuus oli selvästi koko väestöä pienempi (taulukko 14.4.2, kuvio 14.4.1). Sen sijaan kurditaustaiset naiset olivat käyneet fysioterapiassa selvästi koko väestöön kuuluvia naisia useammin, mikä johtui erityisesti kurditaustaisten naisten fysioterapian käytön lisääntymisestä iän myötä. Kaikissa ryhmissä 45–64-vuotiaat naiset olivat käyneet fysioterapiassa miehiä useammin, mutta erityisen runsasta fysioterapian käyttöä oli 30 vuotta täyttäneillä kurditaustaisilla naisilla (18–29-vuotiailla 11 %, 30–44-vuotiailla 29 % ja 45–64-vuotiailla 30 %).

Kuntoutuksen koettu tarve vaihteli ryhmien välillä (taulukko 14.4.2, kuvio 14.4.2). Venäläistaustaisista lähes joka viides kertoi koetusta kuntoutuksen tarpeesta, mikä oli hieman enemmän kuin koettu kuntoutuksen tarve koko väestössä. Somalia- laistaustaisista vain 6 % koki tarvitsevansa kuntoutusta, mikä oli selvästi vähemmän

Taulukko 14.4.1. Kuntoutuspalveluja käyttäneiden ja kuntoutuksen tarvetta kokevien osuus (%¹).

	VENÄJÄ	SOMALI	KURDI	SUOMI	Ero ryhmien välillä (p-arvo)			
					Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v)	5,0	2,3	5,8	- ²	0,129	- ²	- ²	- ²
Fysioterapiassa käyneet (12 kk)	18,2	11,6	20,8	17,5	0,025	0,746	0,041	0,170
Koettu kuntoutuksen tarve	18,5	6,4	22,3	14,3	<0,001	0,049	0,004	0,001
Tyydyttymätön kuntoutuksen tarve	14,6	5,7	17,3	- ²	<0,001	- ²	- ²	- ²

¹ Luvut ikävakioituja

² Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

Taulukko 14.4.2. Kuntoutuspalveluja käyttäneiden ja kuntoutuksen tarvetta kokevien osuus sukupuolittain (%¹).

	VENÄJÄ			SOMALI			KURDI			SUOMI		
	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²	M	N	p ²
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v)	2,5	6,4	0,034	1,9	2,6	0,731	5,8	5,8	0,986	- ⁴	- ⁴	- ⁴
Fysioterapiassa käyneet (12 kk)	13,9	20,5	0,100	16,7	6,9	0,025	15,3	28,1	0,001	13,5	21,2	0,004
Koettu kuntoutuksen tarve	9,2	21,0	0,001	- ³	- ³	- ³	19,4	22,2	0,453	- ⁴	- ⁴	- ⁴
	Ero ryhmien välillä sukupuolittain (p-arvo)											
	Miehet						Naiset					
	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi	Yht.	Venäjä: Suomi	Somali: Suomi	Kurdi: Suomi
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v)	0,182	- ⁴	- ⁴	- ⁴	0,322	- ⁴	- ⁴	- ⁴	0,322	- ⁴	- ⁴	- ⁴
Fysioterapiassa käyneet (12 kk)	0,967	0,833	0,734	0,931	<0,001	0,938	0,001	0,026	0,967	0,833	0,734	0,931
Koettu kuntoutuksen tarve	0,006	- ⁴	- ⁴	- ⁴	0,678	- ⁴	- ⁴	- ⁴	0,678	- ⁴	- ⁴	- ⁴

¹ Luvut ikävakioituja

² Ero sukupuolten välillä (M=Miehet; N=Naiset)

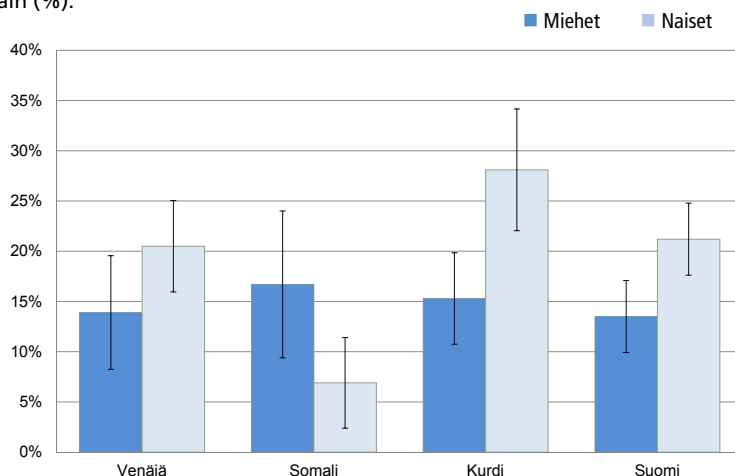
³ Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

⁴ Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

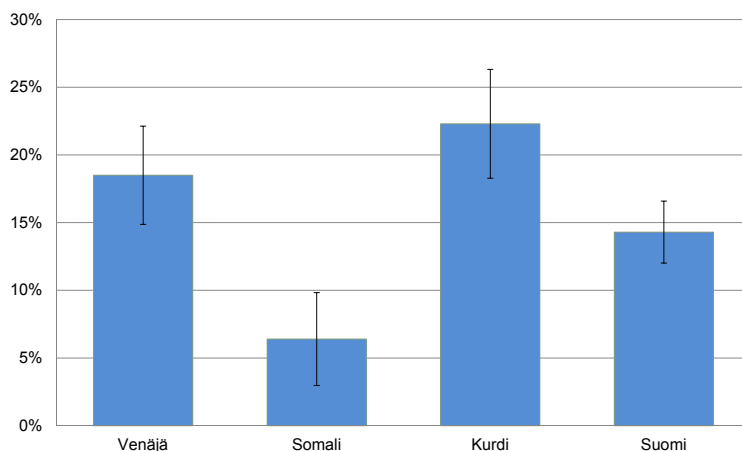
kuin koettu kuntoutuksen tarve koko väestössä. Kurditaustaisista enemmän kuin joka viides kertoi koetusta kuntoutuksen tarpeesta, mikä oli selvästi enemmän kuin kuntoutuksen tarve koko väestössä.

Venäläistaustaisista naisista suurempi osa kuin miehistä koki tarvitsevansa kuntoutusta, ja ero oli erityisen suuri 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä. Kuntoutuksen koettu tarve kasvoi iän myötä: 18–29-vuotiaista venäläistaustaisista miehistä 1 % ja naisista 14 %, 30–44-vuotiaista miehistä 7 % ja naisista 15 % ja 45–64-vuotiaista miehistä 21 % ja naisista 35 % koki tarvitsevansa kuntoutusta. Kurditaustaisilla koettu kuntoutuksen tarve ei vaihdellut sukupuolen mukaan, mutta kuten venäläistaustai-

Kuvio 14.4.1. Fysioterapiassa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneiden osuus sukupuolittain (%).



Kuvio 14.4.2. Kuntoutuksen tarvetta kokevien osuus (%).



silla tarve kasvoi iän myötä. 18–29-vuotiaista kurditaustaisista miehistä 12 % ja naisista 7 %, 30–44-vuotiaista miehistä 20 % ja naisista 25 % ja 45–64-vuotiaista miehistä 23 % ja naisista 33 % koki tarvitsevansa kuntoutusta. Kun tutkittiin sukupuolten välisiä eroja koetussa kuntoutuksen tarpeessa, analyysi suoritettiin pois lukien somalialaistaustaisten ryhmä, koska tilastollinen analyysi ei ollut mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi. Somalialaistaustaisilla koetussa kuntoutuksen tarpeessa ei ollut eroa ikäryhmien välillä.

Tyydyttymättömän kuntoutuksen tarve vaihteli ryhmien välillä, ja tarve oli erityisen suuri venäläis- ja kurditaustaisilla tutkittavilla. Kaikissa kolmessa ryhmässä tyydyttymättömän kuntoutuksen tarvetta oli lähes yhtä paljon kuin koettua kuntoutuksen tarvetta (taulukko 14.4.1).

Pohdinta

Maahanmuuttajataustaisen väestön kuntoutuspalvelujen käytön tutkiminen on haastavaa suomalaisen kuntoutuspalvelujärjestelmän monimutkaisuuden ja kuntoutuspalveluihin liittyvien termien vaikeaselkaisuuden vuoksi. Kuntoutuspalveluita koskevien haastattelukysymysten kääntäminen tutkimuskielille oli hankalaa, ja oman kielisiä haastatteluja jouduttiin toisinaan täydentämään suomenkielillä kuntoutustermeillä. On mahdollista, että osa kuntoutuspalveluita käyttäneistä henkilöistä ei ole tiennyt saaneensa juuri ammatillista kuntoutusta tai uudelleen koulutusta, eikä siksi ole osannut vastata haastattelukysymyksiin. On myös mahdollista, että esimerkiksi psykoterapeuttista kuntoutusta ei ole mielletty kuntoutukseksi, eivätkä tutkittavat ole sen vuoksi osanneet raportoida sitä haastatteluissa. Buchertin ja Vuorenon (2012) tutkimuksessa, jossa kartoitettiin hyvinvointipalveluiden ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttajataustaisten kuntoutuksen haasteista ja ratkaisuista, todettiin suomen kielen taidon puutteet yhdeksi keskeiseksi haasteeksi kuntoutukseen pääsyn ja siitä hyötymisen sekä myös kuntoutuksen järjestämisen kannalta. Tutkijoiden mukaan tulkauksen käyttö tarvittaessa sekä suomen kielen opetusta ja kuntoutusta yhdistävien palveluiden kehittäminen edistäisi yhdenvertaisuutta kuntoutuspalveluissa.

Somalialaistaustaisista vain pari prosenttia oli saanut kuntoutusta edeltäneiden 10 vuoden aikana, venäläis- ja kurditaustaisista hiukan suurempi osuus. Onko kuntoutuksen saanti maahanmuuttajaryhmissä yhtä yleistä kuin väestössä yleensä jää jatkotutkimuksissa selvittäväksi, sillä vertailutietoa väestöstä ei ollut saatavilla tätä raporttia kirjoitettaessa.

Kelan kuntoutukseen hakeutumista ja myönnettyjä kuntoutuspalveluita koskevan rekisteritutkimuksen tulosten mukaan työikäiset maahanmuuttajat hakeutuivat harvemmin kuntoutukseen kuin kantäväestö ja heille myönnettiin erityisesti ammatillista kuntoutusta harvemmin (Härkäpää ym. 2012). Kuntoutuspalvelujen käytön vähyyks saattaa kertoa riittämättömästä kuntoutuspalveluihin ohjaamisesta sekä kuntoutuspalveluihin hakeutumiseen ja niiden myöntämiseen liittyvistä kysymyksistä.

Kurditaustaisten kuntoutuksen suuri koettu tarve kertoo koetuista terveyden ja toimintakyvyn ongelmista ja avuntarpeesta. Myös venäläistaustaisten naisten kuntoutustarpeen taustalla on heidän kokemuksensa terveydentilansa ongelmista (ks. luku 4.1). Tarpeellisenä jatkotutkimusaiheena on selvittää, mitkä tekijät selittävät suurta kuntoutuksen tarvetta näissä ryhmissä. Taustalla voi olla erityisesti traumaatisoituneisuutta sekä työllistymiseen liittyviä esteitä. Tärkeää on kiinnittää huomiota myös somialaistaustaisten vähäiseen kuntoutuksen tarpeeseen ja selvittää siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Kurditaustaisilla, erityisesti naisilla, fysioterapian käyttö oli muita ryhmiä yleisempää. Sitä voivat selittää kidutus- ja traumatapahtumien yleisyys (ks. luku 9.2), heikoksi koettu terveys (ks. luku 4.1), koetut toimintarajoitukset (ks. luku 11.1) sekä etenkin kipukokemusten yleisyys (ks. luku 4.5).

Lähteet

- Buchert U, Vuorento M. Suomalaisten hyvinvointipalveluiden ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttajien ammatillisen ja mielenterveyskuntoutuksen haasteista ja ratkaisuista. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita: 81. Kelan tutkimusosasto; 2012.
- Gissler M, Malin M, Matveinen P. Terveystuon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Teoksessa: Gissler M, Malin M, Matveinen P, Sarvimäki M, Kangasharju A. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus-sarja: 296. Helsinki: Stakes; 2006.
- Halla T. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2007;123:469–475.
- Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti – Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2005.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja: 68. Helsinki; 2012.
- Härkäpää K, Vuorento M, Buchert U, Lehtikoinen T. Maahanmuuttajat Kelan kuntoutuspalveluissa: kuntoutusta hakeneet, kuntoutuspäätökset ja myönnetty toimenpiteet. Kuntoutus 2012;2:13–29.
- Peltola U. Asiakkaana maahanmuuttaja. Kuntoutus. 2005;28:62–74.
- Peltola U, Metso L. Maahanmuuttajien kuntoutumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä. Helsinki: Kuntoutussäätiö; 2008.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus; 2003.
- Väänänen A, Toivanen M, Aalto A-M, Bergbom B, Härkäpää K, Jaakkola M, Koponen P, Koskinen S, Kuusio H, Lindström K, Malin M, Markkula H, Mertaniemi R, Peltola U, Seppälä U, Tiitinen E, Vartia-Väänänen M, Vuorenmaa M, Vuorento M, Wahlbeck K. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta: 9. Helsinki: Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2009.

15 MAAHANMUUTTOTAUSTAN JA KOULUTUKSEN YHTEYDET TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN TEKIJÖIHIN

15.1 Maahanmuuttoon liittyvät tekijät

Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen

- Kaikissa kolmessa tutkitussa maahanmuuttajataustaisessa ryhmässä syrjintäkemukset olivat yleisempiä kauemmin Suomessa asuneilla ja nuorempina Suomeen muuttaneilla kuin lyhyemmän aikaa sitten ja vanhempana maahan muuttaneilla.
- Somalialais- ja kurditaustaisten fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vaikeudet olivat yleisempiä lyhyemmän aikaa sitten ja vanhempana Suomeen muuttaneilla.
- Venäläistaustaisista nuorempina maahan tulleilla oli enemmän koettuja traumatapahtumia, mielenterveyspalvelujen tarvetta ja päihteiden käyttöä. He olivat myös kokeneet useammin syrjintää ja kokivat harvemmin elämänsä merkitykselliseksi kuin vanhempina maahan tulleet.

Tässä luvussa tarkastellaan Suomessa asumisen ajan ja Suomeen muuttoajan yhteyksiä eri terveyden ja hyvinvoinnin tekijöihin. Suomessaoloaika luokiteltiin kolmeen luokkaan: viisi vuotta tai vähemmän aikaa Suomessa asuneisiin, 6–14 vuotta Suomessa asuneisiin ja 15 vuotta tai kauemmin Suomessa asuneisiin. Suomeen muuttoikä luokiteltiin 18-vuotiaina tai sitä nuorempina Suomeen muuttaneisiin ja yli 18-vuotiaina Suomeen muuttaneisiin. Kolmen tutkitun maahanmuuttajataustaisen ryhmän eroja Suomessa asutussa ajassa ja Suomeen muuttoajassa sekä muuta maahanmuuttotautaa esitellään luvussa 3.1.

Suomessaoloaika

Suomessaoloajan yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin tarkastellaan ensin venäläis-, sitten somalialais- ja lopuksi kurditaustaisten osalta. Kauemmin Suomessa asuneilla venäläistaustaisilla esiintyi enemmän syrjintäkokenemuksia kuin vähemmän aikaa Suomessa asuneilla (taulukko 15.1.1). Tämä ilmeni usealla syrjinnän osa-alueella: eri paikoissa (mm. kauppa, katu, oppilaitos), sekä koetuissa syrjinnän muodoissa (epäkunnioittavampi kohtelu, nimittely). Tämän voi toisaalta tulkita siten, että asumisaikajan pidentyessä lisääntyy myös altistuminen tilanteille, joissa syrjintää voi esiintyä, tai toisaalta myönteisesti siten, että syrjinnän määrä olisi viime vuosina Suomessa vähentynyt. Kauemmin Suomessa asuneet venäläistaustaiset olivat käyttäneet mielen-

terveyspalveluja viimeksi kuluneen vuoden aikana yleisemmin kuin vähemmän aikaa Suomessa asuneet. Tämä saattaa johtua siitä, että järjestelmä tunnetaan paremmin, jolloin palvelujen piiriin myös hakeudutaan helpommin. Kauemmin maassa olleet venäläistaustaiset raportoivat myös enemmän kuntoutuksen tarvetta.

Niiden venäläistaustaisten osuus, joilla oli vähintään yksi syntyperältään suomalainen hyvä ystävä, oli odotetusti korkeampi kauemmin kuin vähemmän aikaa Suomessa asuneissa. Vähemmän aikaa Suomessa asuneissa oli enemmän ahtaasti asuvia kuin kauemmin Suomessa asuneilla. Kauemmin Suomessa asuneissa venäläistaustaisissa oli enemmän joskus kannabista käyttäneitä. Kauemmin Suomessa asuneet kokivat itsensä myös useammin väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna. Vähemmän aikaa Suomessa asuneissa venäläistaustaisissa oli enemmän heitä, joiden suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen oli vaikeaa tai puuttuvaa, ja heillä oli myös enemmän vaikeuksia pankissa asioimisessa. Nämä tulokset olivat odotettuja ja toistuivat myös somalialais- ja kurditaustaisten ryhmissä. Pidemmän aikaa Suomessa asuneet

Taulukko 15.1.1. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja Suomessaaloajan mukaan venäläistaustaisten keskuudessa¹.

	Suomessaoloaika			Ero Suomessaaloajan mukaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Alle 6 vuotta	6–14 vuotta	Yli 14 vuotta	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot Ahtaasti asuminen (< 1 huone/asukas, %)	22,4	15,5	9,6	0,023
Mielenterveys Mielenterveyspalvelujen käyttö (12 kk, %)	1,2	5,6	9,6	0,008
Elintavat Käyttänyt joskus kannabista (%) Kokee itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna (%)	11,3 13,8	13,7 18,5	24,0 26,0	0,007 0,049
Toiminta- ja työkyky Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%) Vaikeuksia pankissa asioimisessa (%)	30,0 63,5	10,9 38,0	1,7 15,8	<0,001 <0,001
Sosiaalinen hyvinvointi Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	26,6	29,4	50,0	<0,001
Syrjintä- ja väkivaltakokemukset Epäkunnioittava kohtelu (%) Nimittely tai sanallinen loukkaus (%) Kadulla koettu syrjintä (%) Kaupassa koettu syrjintä (%) Oppilaitoksessa koettu syrjintä (%)	12,6 5,5 11,8 4,4 4,9	19,3 19,2 24,1 10,7 12,9	31,1 30,6 26,6 15,2 24,0	<0,001 <0,001 0,028 0,028 0,001
Terveyspalvelut Kohdunkaulan irtosolunäyte (5 v, %, naisista) Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja (%) Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa (12 kk, %) Reseptilääke käytössä (%) Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v, %) Fysioterapiassa käyneet (12 kk, %) Koettu kuntoutuksen tarve (%)	45,6 8,5 22,1 20,1 1,0 13,5 12,8	80,7 7,8 22,6 29,4 3,2 15,2 14,7	78,8 16,1 11,8 36,6 9,6 23,8 24,9	<0,001 0,031 0,007 0,010 0,005 0,048 0,013

¹ Luvut ikävakioituja

venäläistaustaiset olivat yleisemmin osallistuneet syöpäseulontoihin, heistä harvempi oli käynyt lääkärillä muualla kuin Suomessa viimeksi kuluneen vuoden aikana, ja he asioivat useammin tietyn terveyden- tai sairaanhoitajan kanssa kuin lyhyemmän aikaa maassa olleet. Kauemmin maassa olleilla venäläistaustaisilla oli useammin reseptilääke käytössä ja heistä useampi oli käyttänyt kuntoutus- ja fysioterapiapalveluja. Nämä tulokset viittaavat siihen, että palvelujärjestelmä on opittu tuntemaan paremmin, kun on asuttu Suomessa pidempään.

Suomessaoloajan yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin somalialaistaustaisten keskuudessa esitetään taulukossa 15.1.2. Kauemmin Suomessa asuneissa somalialaistaustaisissa oli enemmän työssä olevia ja lukion suorittaneita ja vähemmän pienituloisia kuin lyhyemmän aikaa Suomessa asuneissa. Nämä samat odotusten mukaiset havainnot tulivat esiin myös kurditaustaisten osalta, mutteivät venäläistaustaisten osalta. Samoin kuin venäläistaustaisilla, myös somalialaistaustaisilla oli sitä enemmän kokemuksia syrjinnästä mitä kauemmin he olivat asuneet Suomessa. Lyhyemmän aikaa Suomessa asuneilla somalialaistaustaisilla oli puolestaan enemmän entisessä kotimaassa koettuja traumatapahtumia (väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkemistä) sekä enemmän ajankohtaisesti esiintyvää alakuloisuutta kuin yli 15 vuotta Suomessa olleilla. Kauemmin Suomessa olleet somalialaistaustaiset osallistuivat aktiivisemmin järjestö- ja yhdistystoimintaan, heistä useammalla oli vähintään yksi suomalainen hyvä ystävä ja heistä suurempi osuus kertoi seuraavansa Suomen tapahtumia vähintään viikottain kuin lyhyemmän aikaa Suomessa asuneet.

Pidemmän aikaa Suomessa asuneissa somalialaistaustaisissa oli vähemmän heitä, joiden viimeisestä hammaslääkärikäynnistä oli yli viisi vuotta, tai jotka eivät olleet koskaan olleet hammashoidossa. Pidemmän aikaa Suomessa asuneilla somalialaistaustaisilla esiintyi vähemmän fyysisen toimintakyvyn vaikeuksia kuin lyhyemmän aikaa Suomessa asuneilla, sekä subjektiivisilla että objektiivisilla menetelmillä mitattuina. Heillä esiintyi vähemmän vaikeuksia myös sosiaalisen toimintakyvyn alueella: heissä oli vähemmän itsensä yksinäiseksi kokevia, heistä harvemmalla oli huono tai puuttuva suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen, vaikeuksia pankissa asioimisessa ja heistä harvempi ei osannut käyttää internetiä. Kauemmin Suomessa asuneet olivat useammin osallistuneet terveystarkastuksiin viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana. Kauemmin Suomessa asuneet somalialaistaustaiset olivat useammin matkustaneet entiseen kotimaahansa. Heillä oli myös parempi HIV-tietoisuus kuin vähemmän aikaa Suomessa asuneilla.

Suomessaoloajan yhteyksiä terveyden ja hyvinvoinnin tekijöihin kurditaustaisten keskuudessa esitetään taulukossa 15.1.3. Samoin kuin somalialaistaustaisilla, kauemmin Suomessa asuneissa kurditaustaisissa oli enemmän työssä olevia ja lukion suorittaneita kuin tuoreemmin maahan tulleissa. Kauemmin Suomessa asuneissa kurditaustaisissa oli myös vähemmän pienituloisia ja tulonsa riittämättömäksi kokevia sekä enemmän omistusasunnossa asuvia kuin tuoreemmin maahan tulleissa. Kuten venäläis- ja kurditaustaisten kohdalla, viisi vuotta tai vähemmän aikaa Suomessa asuneilla kurditaustaisilla oli vähemmän syrjintäkokemuksia kuin kauemmin maas-

sa olleilla. Somalialaistaustaisten tapaan myös kurditaustaisista kauemmin Suomessa asuneet osallistuivat aktiivisemmin järjestö- ja yhdistystoimintaan, heistä useammalla oli vähintään yksi suomalainen hyvä ystävä ja heistä suurempi joukko kertoi seuraavansa Suomen tapahtumia vähintään viikottain kuin vähemmän aikaa Suomessa olleet. Heistä suurempi osa kertoi myös syövänsä päivittäin ruisleipää. Suomeen

Taulukko 15.1.2. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja Suomessaoloajan mukaan somalialaistaustaisten keskuudessa¹.

	Suomessaoloaika			Ero Suomessaoloajan mukaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Alle 6 vuotta	6–14 vuotta	Yli 14 vuotta	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot				
Lukion käyneet (%)	14,7	21,6	41,3	<0,001
Ansiotyössä (%)	5,5	20,9	35,7	<0,001
Koettu toimeentulovaikeus (%)	69,0	39,5	22,1	<0,001
Koettu terveys ja pitkäaikainen sairastavuus				
Allergiset silmäoireet (12 kk, %)	13,9	28,0	37,2	0,010
Infektiotaudit				
Entiseen kotimaahansa matkustaneet (%)	7,4	20,6	46,0	<0,001
Kaikkiin viiteen HIV-tietoisuuskysymykseen oikein vastanneet (%)	7,1	9,8	15,1	<0,001
Suun terveys				
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet (%)	28,6	13,5	12,4	0,007
Mielenterveys ja traumat				
Alakuloisuus (7 vrk, %)	14,2	8,1	3,1	0,037
Entisessä kotimaassa väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen (%)	53,8	43,9	29,4	0,015
Toiminta- ja työkyky				
Kymmeneen tuoilta nousuun kulunut aika (s, ka)	25,7	25,4	23,6	0,037
Sadan metrin juoksu vaikeuksitta (%)	64,4	77,6	80,7	0,020
Usean kerrosvälin nouseminen portaita vaikeuksitta (%)	64,2	79,9	82,4	0,009
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	44,4	18,8	7,7	<0,001
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	15,8	4,2	3,1	0,001
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (%)	48,8	19,7	5,6	<0,001
Ei osaa käyttää internetiä (%)	26,3	16,1	8,9	0,012
Sosiaalinen hyvinvointi				
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	25,0	47,8	52,6	0,010
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	66,6	79,3	93,4	0,001
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	47,8	68,4	77,2	0,002
Syrjintä- ja väkivaltakokemukset				
Epäkunnioittava kohtelu (%)	9,5	24,8	31,8	0,005
Nimittely tai sanallinen loukkaus (%)	11,5	22,0	31,5	0,010
Uhkaaminen tai häirintä (%)	2,6	9,9	15,9	0,045
Kadulla koettu syrjintä (%)	16,8	36,7	40,9	0,019
Poliisiin kanssa asioidessa koettu syrjintä (%)	3,0	13,6	23,1	0,019
Oppilaitoksessa koettu syrjintä (%)	0,9	11,1	20,9	0,015
Terveyspalvelut				
Jokin terveystarkastus (5 v, %)	46,5	60,2	69,1	0,030

¹ Luvut ikävakioituja

vähemmän aikaa sitten tulleista puolestaan suurempi joukko kertoi seuraavansa entisen kotimaansa tapahtumia vähintään kuukausittain. Lyhyemmän aikaa Suomessa asuneet raportoivat enemmän entisessä kotimaassa koettuja traumatapahtumia sekä enemmän ajankohtaisia vakavia masennus- ja ahdistusoireita kuin kauemmin maassa olleet. Pidemmän aikaa Suomessa asuneilla kurditaustaisilla oli somalialaistaustaisten tapaan vähemmän sekä fyysisen että sosiaalisen toimintakyvyn vaikeuksia. Pidemmän aikaa Suomessa asuneilla oli myös vähemmän käyntejä sairaalan poliklinikalla.

Vähemmän aikaa Suomessa asuneilla kurditaustaisilla oli enemmän viimeisen vuoden aikana koettua hammassärkyä ja heistä useampi koki olevansa hammashoidon tarpeessa. Samoin kuin venäläistaustaiset, kauemmin Suomessa asuneet kurditaustaiset olivat useammin olleet kuntoutuksen piirissä. Kauemmin Suomessa asuneet kurditaustaiset olivat useammin olleet terveystarkastuksessa Suomeen tullessaan, heistä suuremmalle osalle oli tehty HIV-testi ja heistä useampi oli matkustanut entiseen kotimaahansa kuin tuoreemmin maahan tulleista. Kauemmin maassa asuneilla oli lisäksi parempi HIV-tietoisuus kuin vähemmän aikaa maassa olleilla. Kauemmin Suomessa olleilla kurditaustaisilla oli harvemmin matala D-vitamiinitaso kuin vähemmän aikaa Suomessa olleilla, vaikkakin myös heillä se oli yleistä.

Suomeen muuttoikä

Myös Suomeen muuttoikä yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin tarkastellaan ensin venäläis-, sitten somalialais- ja viimeiseksi kurditaustaisten osalta. Yli 18-vuotiaina Suomeen muuttaneilla venäläistaustaisilla oli useammin lukiotasoinen peruskoulutus, ja he asuivat useammin omistamassaan asunnossa kuin 18-vuotiaina tai sitä nuorempina Suomeen muuttaneet (taulukko 15.1.4). 18-vuotiaina ja sitä nuorempina Suomeen muuttaneilla oli enemmän entisessä kotimaassa koettuja traumakokemuksia (sotaa ja vangituksi tai kidnapatuksi joutumista) kuin yli 18-vuotiaina Suomeen muuttaneilla. 18-vuotiaina tai sitä nuorempina Suomeen muuttaneissa venäläistaustaisissa oli enemmän heitä, jotka joivat humalahakuisesti ja jotka olivat joskus käyttäneet kannabista. Nuorempina Suomeen muuttaneet arvioivat myös useammin olevansa mielenterveyspalvelujen tarpeessa, ja heillä esiintyi enemmän tyydyttymätöntä mielenterveyspalvelujen tarvetta. Syrjintäkokemuksia monella eri menetelmällä mitattuna olivat kokeneet enemmän nuorempina maahan muuttaneet. Myös elämän merkitykselliseksi kokeminen oli harvinaisempaa nuorempina maahan muuttaneilla. Nuorempina maahan muuttaneet venäläistaustaiset osallistuivat kuitenkin aktiivisemmin järjestö- ja yhdistystoimintaan ja heistä useammalla oli vähintään yksi suomalainen hyvä ystävä. Entisen kotimaansa tapahtumia vähintään kuukausittain seurasi suurempi osuus yli 18-vuotiaina maahan muuttaneista.

Yli 18-vuotiaina Suomeen muuttaneilla venäläistaustaisilla oli puolestaan useammin kohonnut kolesteroli tai lääkärin diagnosoima kuulovika. Myös heidän pu-

Taulukko 15.1.3. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja Suomessaolajan mukaan kurditaustaisten keskuudessa¹.

	Suomessaoloaika			Ero Suomessaolajan mukaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Alle 6 vuotta	6–14 vuotta	Yli 14 vuotta	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot				
Lukion käyneet (%)	32,1	44,4	47,7	0,039
Ansioyössä (%)	20,5	43,2	47,1	<0,001
Omistusasunnossa asuminen (%)	4,1	11,8	18,8	0,009
Kotitalouden tulot enintään 850e/kk (%)	51,5	28,5	25,5	<0,001
Koettu toimeentulovaikeus (%)	67,7	48,2	39,9	<0,001
Kansantautien riskitekijät				
Matala D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D < 50 nmol/l, %)	88,5	89,8	78,8	0,017
Infektioaudit				
Terveystarkastus Suomeen tullessa (%)	75,5	88,4	89,7	0,011
Entiseen kotimaahansa matkustaneet (%)	45,8	61,5	70,0	0,003
HIV-testattu (Suomessa tai muualla, %)	7,0	12,6	20,3	0,028
Kaikkiin viiteen HIV-tietoisuuskysymykseen oikein vastanneet (%)	6,3	14,4	19,1	<0,001
Suun terveys				
Hammassärkyä ja/tai suuhun ja hampaisiin liittyviä vaivoja (12 kk, %)	61,8	54,6	43,3	0,009
Koettu hammashoidon tarve (%)	73,5	65,5	53,9	0,014
Mielenterveys ja traumat				
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet (7 vrk, %)	47,8	32,3	32,9	0,039
Jokin traumatapahtuma (%)	82,2	79,1	66,8	0,007
Elintavat				
Ruisleipää päivittäin syövät (%)	47,0	55,5	69,8	0,004
Toiminta- ja työkyky				
Kymmeneen tuoilta nouseen kulunut aika (s, ka)	24,8	23,3	22,6	0,047
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	33,9	22,6	12,1	0,001
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	38,0	12,3	8,9	<0,001
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (%)	67,9	29,7	12,1	<0,001
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa (%)	16,5	5,0	2,7	0,002
Sosiaalinen hyvinvointi				
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	14,3	31,1	37,8	0,001
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	17,6	27,1	42,4	0,001
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain (%)	86,1	88,3	74,9	0,007
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	63,6	77,5	87,1	0,001
Syrjintä- ja väkivaltakokemukset				
Epäkunnioittava kohtelu (%)	22,6	36,0	30,3	0,041
Nimittely tai sanallinen loukkaus (%)	11,4	28,0	21,5	0,002
Uhkaaminen tai häirintä (%)	1,7	12,4	14,1	0,005
Kadulla koettu syrjintä (%)	12,9	31,8	28,5	0,003
Oppilaitoksessa koettu syrjintä (%)	2,0	10,7	13,4	0,018
Terveyspalvelut				
Sairaalan poliklinikalla käyneet (12 kk, %)	40,5	25,3	34,5	0,021
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v, %)	1,0	5,3	9,8	0,049

¹ Luvut ikävakioituja

ristusvoimansa oli heikompi kuin nuorempina maahan muuttaneilla. Samoin kuin somalialais- ja kurditaustaisten ryhmissä, yli 18-vuotiaina Suomeen saapuneissa oli enemmän heitä, joiden suomen- ja ruotsinkielen puheen ymmärtäminen oli huonoa tai puuttuvaa. Yli 18-vuotiaina Suomeen muuttaneista useampi oli viimeisen vuoden aikana käynyt lääkärissä muualla kuin Suomessa.

Somalialaistaustaisista nuorempina maahan muuttaneista useampi oli työ-elämässä kuin yli 18-vuotiaina maahan muuttaneista (taulukko 15.1.5). Venäläistaustaisten tapaan 18-vuotiaina tai sitä nuorempina Suomeen muuttaneilla somalialaistaustaisilla oli enemmän syrjäntäkokemuksia kuin yli 18-vuotiaina maahan muuttaneilla, joskaan ei yhtä monella mittarilla mitattuina. Yli 18-vuotiaina Suo-

Taulukko 15.1.4. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja Suomeen muuttoajan mukaan venäläistaustaisten keskuudessa¹.

	Suomeen muuttoikä		Ero Suomeen muuttoajan mu- kaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Alle 19 vuotta	Yli 18 vuotta	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot			
Lukion käyneet (%)	55,6	83,0	<0,001
Omistusasunnossa asuminen (%)	20,2	36,6	0,025
Kansantautien riskitekijät			
Kohonnut kokonaiskolesteroli (> 5 mmol/l, %)	34,1	55,4	0,012
Mielenterveys ja traumat			
Entisessä kotimaassa sotaa kokeneet (%)	15,6	1,2	0,007
Entisessä kotimaassa vangittuna tai kidnapattuna olleet (%)	15,4	1,8	0,014
Mielenterveyspalvelujen tarve (oma arvio, %)	23,9	9,4	0,014
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve (%)	20,3	6,3	0,041
Elintavat			
Juo kerralla 6 annosta tai enemmän vähintään kerran kuussa (%)	33,8	8,1	<0,001
Käyttänyt joskus kannabista (%)	26,4	10,8	0,004
Toiminta- ja työkyky			
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	37,3	32,1	0,005
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	1,3	16,4	<0,001
Sosiaalinen hyvinvointi			
Kokee elämän merkitykselliseksi (%)	46,3	73,2	0,003
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	58,0	29,6	0,001
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain (%)	82,0	93,2	0,015
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	70,3	46,0	0,003
Syrjäntä- ja väkivaltakokemukset			
Epäkunnioittava kohtelu (%)	40,3	18,1	0,002
Nimittely tai sanallinen loukkaus (%)	39,4	14,6	<0,001
Uhkaaminen tai häirintä (%)	13,8	3,8	0,005
Kadulla koettu syrjäntä (%)	45,4	16,2	0,001
Oppilaitoksessa koettu syrjäntä (%)	30,3	10,6	0,001
Terveyspalvelut			
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa (12 kk, %)	7,9	23,6	0,004

¹ Luvut ikävakioituja

meen muuttaneet somalialaistautaiset olivat puolestaan nähneet useammin toisen henkilön väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen kuin nuorempana maahan tulleet. Muualla kuin omassa kotitaloudessa asuvia alaikäisiä lapsia raportoi useampi yli kuin alle 18-vuotiaana maahan muuttanut. Niiden osuus, joilla oli vähintään yksi suomalainen hyvä ystävä, oli suurempi 18-vuotiaana tai sitä nuorempana kuin vanhempana Suomeen muuttaneilla.

Yli 18-vuotiaana Suomeen saapuneissa somalialaistautaisissa oli enemmän heitä, joiden viimeisestä hammaslääkärikäynnistä oli yli viisi vuotta, tai jotka eivät olleet koskaan olleet hammashoidossa. Yli 18-vuotiaana Suomeen saapuneet somalialaistautaiset naiset olivat useammin ympärileikattuja kuin nuorempina maahan muuttaneet. Yli 18-vuotiaana Suomeen saapuneilla somalialaistautaisilla oli enem-

Taulukko 15.1.5. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja Suomeen muuttoian mukaan somalialaistautaisien keskuudessa¹.

	Suomeen muuttoikä		Ero Suomeen muuttoian mu- kaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Alle 19 vuotta	Yli 18 vuotta	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot			
Alaikäisiä lapsia, jotka asuvat muualla (%)	10,3	20,1	0,037
Ansiotyössä (%)	38,6	15,4	0,002
Koettu terveys ja pitkäaikainen sairastavuus			
Lääkärin toteama nivelkulumia	2,1	8,0	0,036
Kansantautien riskitekijät			
Lihavat (%)	8,2	28,1	0,008
Infektiotaudit			
Terveystarkastus Suomeen tullessa (%)	90,4	74,6	0,014
Suun terveys			
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet (%)	10,2	22,3	0,041
Lisääntymisterveys (naiset)			
Ympärileikkauksen kokeneet (%)	54,9	79,5	0,032
Mielenterveys ja traumat			
Entisessä kotimaassa väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen (%)	28,2	49,7	0,007
Toiminta- ja työkyky			
Kymmeneen tuoilta nousuun kulunut aika (s, ka)	23,7	25,5	0,037
Sadan metrin juoksu vaikeuksitta (%)	88,3	69,8	0,002
Usean kerrosvälin nouseminen portaita vaikeuksitta (%)	88,6	72,1	0,004
Näkee sanomalehtitekstin vaikeuksitta (%)	89,8	81,6	0,015
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	5,2	27,5	<0,001
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	3,7	11,7	0,021
Ei osaa käyttää internetiä (%)	5,0	17,6	0,025
Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivat (%)	21,3	7,2	0,008
Sosiaalinen hyvinvointi			
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	54,6	36,7	0,046
Syrjintä- ja väkivaltakokemukset			
Uhkaaminen tai häirintä (%)	18,1	7,8	0,039
Oppilaitoksessa koettu syrjintä (%)	19,2	6,1	0,013

¹ Luvut ikävakioituja

män fyysisen toimintakyvyn ongelmia, sekä itse raportoituina että objektiivisilla testeillä mitattuna. Heillä oli myös enemmän sosiaalisen toimintakyvyn vaikeuksia: he kokivat kurditaustaisten tapaan itsensä useammin yksinäiseksi, ja suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen oli useammin huonoa tai puuttuvaa ja heistä suurempi osuus ei osannut käyttää internetiä. Vanhempina Suomeen muuttaneilla esiintyi lisäksi enemmän lääkärin toteamaa nivelkulumaa, ja lihavuus oli yleisempää kuin nuorempina maahan muuttaneilla. Nuorempina maahan muuttaneista useampi oli ollut terveystarkastuksessa Suomeen muuttaessaan. Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivia oli enemmän nuorempina Suomeen tullessa, mikä poikkeaa toimintakyvyn tuloista, mutta voi liittyä esimerkiksi rasittavampaan perhetilanteeseen sekä vaikeuksiin työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisessa.

Kurditaustaisista yli 18-vuotiaana Suomeen muuttaneilla oli enemmän traumakokemuksia entisessä kotimaassaan (väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen sekä kidutus) kuin nuorempina maahan muuttaneilla (taulukko 15.1.6). Samoin kuin venäläis- ja somalialaistaustaisilla, myös kurditaustaisten syrjintäkokeemukset olivat yleisempiä nuorempina kuin vanhempina maahan muuttaneilla, tosin ainoastaan oppilaitoksessa kohdatun syrjinnän osalta. Vanhempina maahan muuttaneissa oli enemmän pienituloisia ja tulonsa riittämättömiksi kokevia. Nuorempina maahan muuttaneilla oli useammin vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä, ja heistä useampi seurasi Suomen tapahtumia vähintään viikottain. He myös söivät ruisleipää useammin kuin vanhempina maahan muuttaneet.

Samoin kuin somalialaistaustaisilla, myös kurditaustaisilla maahanmuuttajilla oli yhteydessä fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Vanhempina maahan muuttaneet muun muassa kokivat itsensä useammin yksinäiseksi, ja heillä oli yleisemmin vaikeuksia suomen ja ruotsin kielen ymmärtämisessä ja julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa. Yli 18-vuotiaana Suomeen saapuneissa kurditaustaisissa oli myös enemmän heitä, jotka arvioivat olevansa hammashoidon tarpeessa. Nuorempina maahan muuttaneet olivat useammin osallistuneet terveystarkastuksiin ja olleet kuntoutuspalvelujen piirissä. Yli 18-vuotiaana Suomeen saapuneissa kurditaustaisissa oli enemmän raskauden ehkäisymenetelmää käyttäviä, he olivat imettäneet nuorinta lastaan kauemmin ja heissä oli enemmän raskauden keskenmenon kokeita kuin 18-vuotiaana tai sitä nuorempina Suomeen muuttaneissa. Nämä havainnot voivat johtua siitä, että valtaosa heistä oli todennäköisesti synnyttänyt ja kokenut keskenmenon jo ennen Suomeen tuloa. Yli 18-vuotiaana Suomeen muuttaneilla oli somalialaistaustaisten tapaan useammin kohonnut kokonaiskolesteroli. Nuorempina Suomeen muuttaneet kurditaustaiset olivat useammin osallistuneet terveystarkastukseen Suomeen tullessaan, ja heistä suurempi osa vastasi oikein HIV-tietoisuuskysymyksiin.

Taulukko 15.1.6. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja Suomeen muuttoian mukaan kurditaustaisten keskuudessa¹.

	Suomeen muuttoikä		Ero Suomeen muuttoian mukaisen ryhmien välillä (p-arvo)
	Alle 19 vuotta	Yli 18 vuotta	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot			
Kotitalouden tulot enintään 850e/kk (%)	19,3	38,6	0,001
Koettu toimeentulovaikeus (%)	35,2	55,3	0,002
Kansantautien riskitekijät			
Kohonnut kokonaiskolesteroli (> 5 mmol/l, %)	24,2	38,7	0,043
Infektioaudit			
Terveystarkastus Suomeen tullessa (%)	93,9	80,8	0,002
Kaikkiin viiteen HIV-tietoisuuskysymykseen oikein vastanneet (%)	24,6	11,0	0,013
Suun terveys			
Koettu hammashoidon tarve (%)	47,2	70,1	0,001
Lisääntymisterveys (naiset)			
Jokin raskauden ehkäisymenetelmä käytössä (%)	29,1	50,9	0,033
Keskenmenon kokeneet (%)	6,8	28,1	0,021
Nuorimman lapsen imetyksen kesto (kk)	5,7	10,4	<0,001
Mielenterveys ja traumat			
Entisessä kotimaassa väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen (%)	46,2	60,0	0,045
Entisessä kotimaassa kidutusta kokeneet (%)	10,8	24,2	0,039
Elintavat			
Ruisleipää päivittäin syövät (%)	67,9	53,6	0,036
Toiminta- ja työkyky			
Sadan metrin juoksu vaikeuksista (%)	80,0	65,9	0,027
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	6,9	18,8	0,004
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	7,6	27,3	<0,001
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa (%)	0,5	7,0	<0,001
Sosiaalinen hyvinvointi			
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	40,1	25,3	0,034
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	89,5	71,5	0,001
Syrjintä- ja väkivaltakokemukset			
Oppilaitoksessa koettu syrjintä (%)	17,7	6,2	0,003
Terveyspalvelut			
Jokin terveystarkastus (5 v, %)	80,7	67,3	0,045
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v, %)	17,7	4,0	0,001

¹ Luvut ikävakioituja

Pakolaistausta

Tätä raporttia valmisteltaessa ei ollut mahdollista tehdä analyyseja, joissa olisi huomioitu ja tarvittaessa vakioitu muita pakolaistaustaisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä kuin ikä. Pakolaistaustaisia ja ei-pakolaistaustaisia verrattaessa olisi kuitenkin muistettava, että sukupuolierot oleskeluluvan perusteessa olivat suuret sekä somaalilais- että kurditaustaisten keskuudessa: pakolaistaustaisissa oli enemmän miehiä kuin naisia (luku 3.1). Monet erot pakolaistaustaisten ja ei-pakolaistaustaisten välil-

lä saattavat siis johtua eroista sukupuoli-jakaumissa. Tässä nostetaan kuitenkin esiin joitakin keskeisimpiä havaintoja siitä, mitkä terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat ilmiöt näyttävät olevan yhteydessä pakolaistaustaan tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä. Jatkotutkimuksilla on syytä selvittää, johtuvatko havaitut erot etupäässä sukupuolten vai oleskeluluvan perusteen eroista.

Somaliasta muuttaneet pakolaistaustaiset raportoivat useammin syrjintäkoke-
muksia kuin he, joilla ei ollut pakolaistaustaa. Pakolaistaustaiset raportoivat myös
muuta useammin käyneensä päivystysvastaanotolla, mikä saattaa kertoa vaikeudes-
ta suomalaisen palvelujärjestelmän hahmottamisesta ja vaikeuksista saada tarvittu-
ja terveyspalveluja. Ilman pakolaistaustaa tulleilla oli puolestaan omasta mielestään
heikompi suomen tai ruotsin kielen taito, mikä voi liittyä toisaalta pakolaistaustaisille
kohdennettuihin kotouttamistoimiin, toisaalta sukupuolten välisiin eroihin.

Irakista tai Iranista muuttaneilla pakolaistaustaisilla oli puolestaan odotetusti
enemmän traumakokemuksia, erityisesti sotakokemuksia, väkivaltaisen kuoleman
tai loukkaantumisen näkemistä, fyysisen vahingon kohteena olemista, vangit-
tuna tai kidnapattuna olemista, kidutuskokemuksia, ja myös enemmän joitakin syr-
jintäkoke-
muksia kuin heillä, joilla ei ollut pakolaistaustaa. Yllättävää kyllä, pakolais-
taustaisilla oli muita vähemmän vakavia masennus- ja ahdistusoireita. Voi olla, että
pakolaistaustaiset pääsevät helpommin mielenterveyspalvelujen piiriin. Yhdenmu-
kaisesti Somaliasta tulleiden pakolaistaustaisten kanssa, myös Iranista tai Irakista tul-
leet pakolaistaustaiset arvioivat oman kielitaitonsa paremmaksi kuin muut. Heille oli
myös muita useammin tehty tartuntatautien tutkimuksia Suomeen tullessa. Nämä
erot liittyivät pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden vastaanottotoimintaan ja ko-
touttamistoimiin.

15.2 Koulutustaso ja asuinalue

Seppo Koskinen, Anu E Castaneda, Päivikki Koponen, Shadia Rask

- Venäläistaustaisista lukiotasoisesti koulutettujen terveys ja hyvinvointi olivat monessa suhteessa parempia kuin vähemmän koulutettujen ryhmässä.
- Somalialais- ja kurditaustaisilla vähäinen koulutus liittyi ongelmiin kaikilla muilla tarkastelluilla terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueilla lukuun ottamatta syrjintäkokemuksia.
- Tutkimuspaikkakuntien välillä oli eroja muun muassa syrjinnän kokemuksissa ja tyytyväisyydessä terveystalveihin. Tarkemmat tutkimuspaikkakuntakohtaiset tulokset esitellään liitteessä 4 sekä Terveystemme-tietojärjestelmässä.

Tässä luvussa tarkastellaan yleissivistävän koulutuksen ja asuinalueen yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin jokaisessa tutkitussa maahanmuuttajataustaisessa ryhmässä erikseen. Koulutustaso luokiteltiin somalialais- ja kurditaustaisilla kolmeen ryhmään: ei lainkaan koulutusta, peruskoulu tai osa siitä tai vastaava ja lukio tai osa siitä tai vastaava. Venäläistaustaisilla alin koulutusluokka rajattiin pois tilastollisista analyyseistä, sillä siihen lukeutui vain muutama henkilö. Asuinalue luokiteltiin pääkaupunkiseutuun (Helsinki, Espoo, Vantaa) ja sen ulkopuolisiin (Turku, Tampere, Vaasa) kuntiin. Aineiston rajallisen koon takia miehiä ja naisia tarkastellaan yhdessä. Koulutustasoa eri maahanmuuttajataustaisissa ryhmässä käsitellään luvussa 3.3 ja otoksen alueellista jakautumista luvussa 2.3.

Koulutustaso

Koulutustason yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin tarkastellaan ensin venäläis-, sitten somalialais- ja lopuksi kurditaustaisten ryhmässä. Venäläistaustaisista lukiotasoisesti koulutettujen terveys ja hyvinvointi olivat monessa suhteessa parempia kuin vähemmän koulutettujen ryhmässä (taulukko 15.2.1). Peruskoulutasoisen koulutuksen saaneisiin verrattuna pitempään koulua käyneet asuivat yleisemmin omistusasunnossa, olivat harvemmin fyysisesti kuormittavassa työssä, olivat joutuneet harvemmin vakavan fyysisen vahingon kohteeksi entisessä kotimaassaan, kokivat vähemmän syrjintää ja seurasivat tiiviimmin entisen kotimaansa tapahtumia. Peruskoulutasoisen koulutuksen saaneisiin verrattuna ylemmässä koulutusryhmässä myös anemia ja tupakointi olivat harvinaisempia, HIV-testissä käyneiden osuus oli suurempi ja tasapaino oli parempi. Ylemmässä koulutusryhmässä koettiin myös elämänlaatu hyväksi ja elämä merkitykselliseksi yleisemmin kuin alemmassa koulutusryhmässä. Koulutusryhmien välinen ero oli päinvastainen ainoastaan puristusvoimetestissä ja lääkärin toteamien silmäsairauksien yleisyydessä. Peruskoulutasoisen koulutuksen saaneiden puristusvoima oli hieman suurempi ja heistä pienemmällä

osalla oli lääkärin toteama silmäsairaus verrattuna lukiotasaisen koulutuksen saaneisiin. Viimeksi mainittu tulos ei välttämättä tarkoita sitä, että venäläistaustaisista ylempään koulutusryhmään kuuluvilla olisi enemmän silmäsairauksia kuin alemmaa ryhmään kuuluvilla; pikemminkin voi olla kyse siitä, että enemmän koulua käyneistä isompi osa on käynyt silmälääkärin vastaanotolla, jossa on voitu havaita esimerkiksi silmalaseilla helposti korjattava likinäköisyys tai ikänäköisyys.

Somalialaistaustaisilla koulutusryhmien välisiä eroja ilmeni hyvin monissa hyvinvoinnin osoittimissa (taulukko 15.2.2). Vähäinen koulutus liittyi ongelmiin kaikilla muilla tarkastelluilla hyvinvoinnin osa-alueilla lukuun ottamatta syrjäntäkoemuksia. Lukiotasaisen koulutuksen saaneet kokivat vähemmän tai ei lainkaan koulua käyneisiin verrattuna yleisemmin epäkohteliasta kohtelua, nimittelyä sekä syrjäntä kadulla, kaupoissa, oppilaitoksissa ja poliisin kanssa asioidessa. Vähiten syrjäntä ilmoittivat kokevansa ne somalialaistaustaiset, jotka eivät olleet käyneet koulua lainkaan. Vähän tai ei lainkaan koulua käyneisiin verrattuna lukiotasaisen koulutuksen saaneet olivat selvästi yleisemmin ansiotyössä ja kokivat vähemmän toimeentulovai-

Taulukko 15.2.1. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja peruskoulutuksen tason mukaan venäläistaustaisten keskuudessa¹.

	Koulutustaso		Ero koulutustason mukaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Peruskoulu ²	Lukio ³	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot Omistusasunnossa asuminen (%)	18,2	35,5	0,001
Kansantautien riskitekijät Matala hemoglobiinitaso (miehillä < 130, naisilla < 120 g/l, %)	44,8	34,1	0,029
Infektiotaudit HIV-testattu (Suomessa tai muualla, %)	37,9	58,3	0,001
Mielenterveys ja traumat Entisessä kotimaassa ollut vakavan fyysisen vahingon teon kohteena (%)	18,2	9,1	0,020
Elintavat Tupakoi päivittäin (%) Työ ruumiillisesti vähintään melko rasittavaa (%)	28,4 28,3	12,7 15,5	<0,001 0,005
Toiminta- ja työkyky Tasapainotestissä maksimijän saavuttaneet (%) Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka) Lääkärin toteama silmäsairaus tai näkövika (%)	56,3 35,9 38,4	72,3 32,9 53,8	0,001 0,038 0,002
Sosiaalinen hyvinvointi Koettu elämänlaatu hyvä (%) Kokee elämän merkitykselliseksi (%) Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain (%)	74,2 57,4 85,0	84,9 70,6 92,2	0,020 0,024 0,030
Syrjäntä- ja väkivaltakokemukset Jatkuva syrjäntä (%) Kadulla koettu syrjäntä (%)	15,0 33,4	3,9 19,5	<0,001 0,007

¹ Luvut ikävakiointuja

² Käynyt ala- tai yläasteen, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muualla

³ Käynyt lukion, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muualla

Taulukko 15.2.2. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja peruskoulutuksen tason mukaan somalia-laistaustaisten keskuudessa¹.

	Koulutustaso			Ero koulutustasojen mukaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Ei lainkaan	Peruskoulu ²	Lukio ³	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot				
Ansiotyössä (%)	9,8	19,8	36,0	0,001
Ahtaasti asuminen (< 1 huone/asukas, %)	51,5	66,6	74,4	0,023
Kotitalouden tulot enintään 850 e/kk (%)	76,1	32,1	23,4	<0,001
Koettu toimeentulovaikeus (%)				
Koettu terveys ja pitkäaikainen sairastavuus	46,6	42,9	22,2	0,001
Terveystensä hyväksi tai melko hyväksi kokevat (%)	80,9	85,8	94,3	0,013
Jatkuva kipu ja särky vaivannut paljon (%)	16,3	10,9	3,8	0,043
Somaattinen oireilu (summapistemäärä, ka)	5,1	4,0	2,1	<0,001
Kansantautien riskitekijät				
Lihavat (%)	26,5	26,1	12,0	0,027
Infektiotaudit				
Terveystarkastus Suomeen tullessa (%)	71,5	83,7	90,1	0,016
Entiseen kotimaahansa matkustaneet (%)	17,6	24,9	37,5	0,031
Kaikkiin viiteen HIV-tietoisuuskysymykseen oikein vastanneet (%)	5,6	9,7	20,7	<0,001
Suun terveys				
Irritettavia hammasproteeseja (%)	11,7	4,2	1,6	0,009
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä (%)	72,6	68,1	87,0	0,011
Koettu hammashoidon tarve (%)	70,4	52,9	47,6	0,026
Tyydyttymätön hammashoidon tarve (%)	47,1	30,1	27,6	0,041
Mielenterveys				
Nukkumisvaikeudet (7 vrk, %)	22,5	10,2	8,7	0,015
Toiminta- ja työkyky				
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	23,9	26,4	28,6	<0,001
Kymmeen tuoilta nousuun kulunut aika (s, ka)	26,8	25,4	22,2	<0,001
Sadan metrin juoksu vaikeuksitta (%)	64,5	77,1	88,4	<0,001
Puolen kilometrin kävely vaikeuksitta (%)	82,5	85,7	98,8	0,035
Usean kerrosvälin nouseminen portaita vaikeuksitta (%)	66,4	75,8	93,7	<0,001
Ostoskassin kantaminen (5 kg) sadan metrin matkan vaikeuksitta (%)	82,2	83,1	97,2	0,049
Lääkärin toteama kuulovika (%)	9,7	2,6	1,8	0,035
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	42,8	15,0	1,1	<0,001
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	17,1	4,7	3,2	0,001
Ei osaa käyttää internetiä (%)	36,1	11,1	0,7	<0,001
Työkykyensä rajoittuneeksi arvioivat (%)	12,3	14,1	1,8	0,006
Sosiaalinen hyvinvointi				
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	21,9	45,3	58,9	<0,001
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain (%)	61,0	87,3	86,4	<0,001
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	56,7	87,7	94,5	<0,001
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	45,2	64,6	87,1	<0,001
Äänesti viime eduskuntavaaleissa (%)	17,4	33,7	70,7	<0,001
Syrjintä- ja väkivaltakokemukset				
Epäkohtelias kohtelu (%)	9,8	22,8	28,0	0,020
Nimittely tai sanallinen loukkaus	12,5	26,3	28,4	0,042
Kadulla koettu syrjintä (%)	17,4	33,5	45,7	0,007
Kaupassa koettu syrjintä (%)	5,6	9,2	21,8	0,021
Poliisin kanssa asioidessa koettu syrjintä (%)	4,9	14,4	23,9	0,029
Oppilaitoksessa koettu syrjintä (%)	3,2	10,0	20,3	0,024
Terveyspalvelut				
Jokin terveystarkastus (5 v, %)	38,2	63,4	73,6	<0,001
Näön tutkimus (5 v, %)	37,9	49,2	60,3	0,035
Toistuvan lääkärin hoidon tarve (%)	13,8	14,5	3,3	0,013

¹ Luvut ikävakioituja² Käynyt ala- tai yläasteen, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muualla³ Käynyt lukion, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muualla

keuksia. He myös ymmärsivät suomen- tai ruotsinkielistä puhetta paljon yleisemmin, kokivat vähemmän yksinäisyyttä, osasivat paljon yleisemmin käyttää internetiä, ja heillä oli selvästi yleisemmin syntyperältään suomalaisia ystäviä. Myös äänestysaktiivisuus, aktiivinen osallistuminen järjestö- tai yhdistystoimintaan, Suomen ja entisen kotimaan tapahtumien seuraaminen sekä vieraileminen entisessä kotimaassa olivat lukion käyneiden ryhmässä yleisempiä kuin vähemmän koulua käyneiden keskuudessa.

Somalialaistaustaisten ryhmässä myös monilla terveyteen liittyvillä tekijöillä oli vahva yhteys koulutustasoon. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvissa oli eniten terveytensä hyväksi kokevia ja vähiten kivuista kärsiviä. Ylimmässä koulutusryhmässä myös suun terveys oli paras, somaattinen oireilu oli vähäisintä ja sekä lihavuus että nukkumisvaikeudet olivat harvinaisimpia. Somalialaistaustaisten toimintakyvyssäkin oli huomattavia eroja koulutusryhmien välillä. Lukiotasaisen koulutuksen saaneilla puristusvoima oli suurin, tuoliltanousu sujui nopeimmin ja myös oma arvio liikkumiskyvystä oli usean osoittimen mukaan paras. Samoin oma arvio työkyvystä oli sitä parempi, mitä korkeammin koulutettua ryhmää tarkasteltiin. Palvelujen käytössä ja niiden tarpeessa oli myös selvät koulutusryhmien väliset erot. Terveystarkastus Suomeen tullessa ja viiden viimeksi kuluneen vuoden aikana oli tehty useimmin lukiotasaisen koulutuksen suorittaneille, samoin kuin näöntutkimus. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvilla toistuvan lääkärinhoidon samoin kuin hammashoidon tarve oli harvinaisinta.

Kurditaustaisilla koulutustason yhteydet terveyden ja hyvinvoinnin tekijöihin olivat hyvin samanlaisia kuin somalialaistaustaisillakin (taulukko 15.2.3). Syrjintäkokemuksia ylimmässä koulutusryhmässä oli kuitenkin muita enemmän ainoastaan oppilaitoksissa. Vähän tai ei lainkaan koulua käyneisiin verrattuna korkeammin koulutetuista kurditaustaisista useampi oli työelämässä ja osallistui aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan, seurasi Suomen tapahtumia, oli äänestänyt viime eduskuntavaaleissa ja koki tulonsa riittäviksi. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvilla koettu terveys ja suun terveys oli paras, pitkäaikaissairaudet ja selkäkipu olivat harvinaisimpia ja vakavia masennus- ja ahdistusoireita, alakuloisuutta ja nukkumisvaikeuksia esiintyi vähiten. Ympärileikkaus oli tehty kahdelle kolmasosalle ei lainkaan koulua käyneistä mutta vain joka seitsemännelle ylimpään koulutusryhmään kuuluvista. Myös hyvin monet hyvän fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osoittimet olivat yleisimpiä eniten koulua käyneillä, joilla myös koettu työkyky oli paras. Näön tutkimuksessa viiden viime vuoden aikana käyminen oli yleisintä ja tyydyttymätön lääkärinhoidon tarve puolestaan harvinaisinta lukiotasaisen koulutuksen saaneilla.

Taulukko 15.2.3. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja peruskoulutuksen tason mukaan kurditautistaisten keskuudessa¹.

	Koulutustaso			Ero koulutustasojen mukaisten ryhmien välillä (p-arvo)
	Ei lainkaan	Peruskoulu ²	Lukio ³	
Sosiodemografiset tekijät ja elinolot				
Ansiotyössä (%)	28,4	34,4	48,0	0,003
Koettu toimeentulovaiveus (%)	64,6	55,7	40,4	<0,001
Koettu terveys ja pitkäaikainen sairastavuus				
Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevat (%)	61,4	65,2	79,2	<0,001
Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneet (%)	38,6	30,3	22,7	0,012
Selkäkipu (7 vrk, %)	40,3	29,3	19,3	0,048
Kansantautien riskitekijät				
D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D, nmol/l, ka)	29,3	32,0	34,5	0,041
Infektiotaudit				
HIV-testattu (Suomessa tai muualla, %)	10,2	8,6	19,8	0,005
Kaikkiin viiteen HIV-tietoisuuskysymykseen oikein vastanneet (%)	1,3	9,2	22,7	<0,001
Suun terveys				
Hampaiden lukumäärä (ka)	25,5	27,1	27,8	0,002
Irrotettavia hammasproteeseja (%)	18,1	14,7	6,6	0,006
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä (%)	42,1	46,8	60,3	0,005
Lisääntymisterveys				
Synnytysten lukumäärä (ka)	3,9	2,7	1,8	<0,001
Ympärileikkauksen kokeneet (%)	64,6	39,1	14,3	<0,001
Mielenterveys				
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet (7 vrk, %)	43,0	39,7	27,8	0,016
Elintavat				
Käyttänyt alkoholia (12 kk, %)	12,6	34,1	45,1	<0,001
Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa (%)	12,2	26,2	32,9	0,005
Toiminta- ja työkyky				
Kymmeneen tuolilta nousuun kulunut aika (s, ka)	26,3	23,9	22,2	0,001
Sadan metrin juoksu vaikeuksista (%)	57,3	63,9	78,0	<0,001
Usean kerrosvälin nouseminen portaita vaikeuksista (%)	62,1	69,5	76,5	0,029
Kuulee usean henkilön keskustelun vaikeuksista (%)	79,2	90,4	92,1	0,009
Lukutaito huono tai puuttuva (%)	38,1	2,5	0,2	<0,001
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	41,3	14,8	8,6	<0,001
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (%)	57,0	30,2	19,0	<0,001
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa (%)	12,7	5,6	3,3	0,020
Ei osaa käyttää internetiä (%)	29,0	6,2	3,1	<0,001
Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivat (%)	31,0	28,7	18,4	0,005
Sosiaalinen hyvinvointi				
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	57,7	75,9	83,4	0,001
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	14,8	25,0	37,5	0,002
Äänesti viime eduskuntavaaleissa (%)	18,0	50,3	47,9	0,006
Syrjintä- ja väkivaltakokemukset				
Oppilaitoksessa koettu syrjintä (%)	5,6	5,6	13,9	0,013
Terveyspalvelut				
Näön tutkimus (5 v, %)	49,2	63,6	70,0	0,018
Reseptilääke käytössä (%)	52,1	36,0	33,4	0,016
Tyydyttämätön lääkärin hoidon tarve (%)	40,4	29,4	23,4	0,014

¹ Luvut ikävakioituja² Käynyt ala- tai yläasteen, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muualla³ Käynyt lukion, osan siitä tai sitä vastaavan Suomessa tai muualla

Asuinalue

Seuraavaksi tarkastellaan joitain keskeisimpiä terveyden ja hyvinvoinnin eroja pääkaupunkiseudulla ja muualla asuvien välillä. Tarkemmat tutkimuspaikkakunnittaiset tulokset ovat saatavissa tämän raportin verkkoversiossa sekä myöhemmin Terveytemme-tietojärjestelmässä (ks. luku 16).

Pääkaupunkiseudulla asuvat venäläistaustaiset raportoivat muualla asuvia useammin kokeneensa syrjintää asuntoa hankittaessa sekä epäkohteliaampaa kohtelua. Sen sijaan nimitystä ja uhkaamista tai häirintää kertoivat kokeneensa harvemmin pääkaupunkiseudulla kuin muualla asuvat, mikä saattaa liittyä siihen, että pääkaupunkiseudulla muita kieliä kuin suomea puhuvia on enemmän ja heihin ollaan jo totuttu paremmin kuin muualla. Pääkaupunkiseudun kalliimpi hintataso saattaa selittää siellä asuvien venäläistaustaisten yleisiä kokemuksia tulojen riittämättömyydestä. Muualla kuin pääkaupunkiseudulla asuvat kertoivat käyneensä useammin sairaalan poliklinikalla, kun taas pääkaupunkiseudulla asuvat venäläistaustaiset kokivat useammin hoidon tarvetta.

Pääkaupunkiseudulla asuvat somalialaistaustaiset kertoivat kaikista syrjintäkokeneuksista useammin kuin muualla asuvat. Pääkaupunkiseudulla asuvat olivat myös kokeneet muualla asuvia useammin väkivaltaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Somalialaistaustaisista pääkaupunkiseudulla asuvilla oli muita harvemmin taloudellisia vaikeuksia. Pääkaupunkiseudulla asuvat olivat myös muita useammin käyneet terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana ja pääkaupunkiseudulla asuvat naiset olivat useammin osallistuneet syöpäseulontoihin, mikä puolestaan saattaa liittyä pidempään Suomessa asumisen aikaan. Pääkaupunkiseudun ulkopuolella asuvat somalialaistaustaiset olivat tyytyväisempiä saamiinsa terveystalveluihin kuin pääkaupunkiseudulla asuvat.

Kurditaustaisten syrjintäkokenemukset olivat puolestaan yleisempiä muualla kuin pääkaupunkiseudulla. Pääkaupunkiseudulla asui enemmän pienituloisia ja samoin enemmän hoidon tarvetta kokevia kurditaustaisia kuin muualla Suomessa.

16 SEURANTAJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN

Shadia Rask, Anu E Castaneda, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Timo Koskela, Risto Kaikkonen, Eila Linnanmäki

- Maamu-tutkimuksessa käytettyjä ja eri tutkimuskielille käännettyjä toiminta- ja työkyvyn mittausten menetelmiä on vapaasti saatavilla TOIMIA-tietokannasta.
- Maamu-tutkimuksen tuloksia raportoidaan interaktiivisessa Terveystemmen verkkopalvelussa, jossa tietojen vertailu onnistuu väestöryhmittäin, alueittain sekä kansallisella tasolla.
- Maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia suunnitellaan tutkittavaksi jatkossa osana Alueellista terveys- ja hyvinvointitutkimusta (ATH).

Euroopan sosiaalirahaston rahoittaman Maahanmuuttajien terveys ja työkyky – seurantajärjestelmä kunnille -hankkeen keskeisenä tavoitteena oli kehittää seurantajärjestelmää, jonka avulla kunnat voivat seurata maahanmuuttajataustaisen väestönsä terveyttä, toiminta- ja työkykyä, palveluiden toimivuutta, yhdenvertaisuuden toteutumista ja syrjäytymiskokemuksia. Kehittämistyö rakentui Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa kerätyn tutkimustiedon pohjalle. Kehittämisprosessi toteutettiin yhteistyössä hankkeeseen osallistuvien kuntien kanssa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Vaasa). Kehittämistyön tavoitteena oli tarjota kunnille työkalu, jonka avulla kuntakohtaisten kehittämistoimien vaikutuksia ja toimenpiteiden toteutumista voidaan arvioida maahanmuuttajien terveyteen, työkykyyn ja työllistymiseen nähden.

Kehittämistyön taustalla oli kunnissa tunnistetut haasteet maahanmuuttajataustaisen väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa. Erityishaasteena oli tiedon saatavuus, koska maahanmuuttajataustaista väestöä on ongelmallista erottaa tilastoissa ja rekistereissä. Seurantatietoja tarvitaan, jotta kunnallista päätöksentekoa ja palvelujen kehittämistoimia voidaan perustaa tilastoituun tai tutkittuun tietoon väestön hyvinvoinnin tilasta. Lisäksi väestötietoja edellytetään ja suositellaan kerättävän myös monissa valtakunnallisissa poliittisissa ohjelmissa ja laeissa. Kehittämistyön aikana toukokuussa 2011 astui voimaan uusi terveydenhuoltolaki, joka entisestään korostaa väestötietojen keräämisen merkitystä ja velvoittaa kunnat valmistelemaan hyvinvointikertomuksen kerran valtuustokaudessa (Terveystietolaki 1326/2010).

Seurantajärjestelmän toteutusta suunniteltiin yhteistyössä kuntien yhteyshenkilöiden ja hankkeen ohjausryhmän kanssa. Lisäksi kehittämistyötä esiteltiin kunta-kohtaisissa työpajoissa, joissa kuultiin osallistujien palautteita ja ideoita. Suunnittelutyöhön osallistuvat tahot pitivät tärkeänä, että seurantajärjestelmän tietoja on helppo ylläpitää ja päivittää. Tietojen vertailun toivottiin onnistuvan paitsi väestöryhmittäin, myös alueittain ja kansallisella tasolla. Lisäksi seurantajärjestelmän toivottiin ra-

kentuvan jo olemassa oleviin järjestelmiin, kuten rekistereihin ja käynnissä oleviin seurantatutkimuksiin, jotta tietojen ylläpito ja päivittäminen jatkuisi myös hankkeen päättymisen jälkeen.

Kehittämisprosessi on edennyt kuntien toiveiden pohjalta. Seurantajärjestelmän rakenne on muotoutunut kolmiosaiseksi, ja keskeisinä yhteistyötahoina ovat Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto TOIMIA, THL:n Terveys- ja hyvinvointiverkko sekä THL:n Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH). Seurantajärjestelmän kolme osaa muodostavat itsenäiset kokonaisuutensa, ja yhdessä ne mahdollistavat kerätyn tutkimustiedon ja kehitettyjen mittaus- ja arviointimenetelmien mahdollisimman laajan hyödyntämisen niin tutkimus-, kehittämis- kuin asiakastyössäkin. Maamu-tutkimuksessa käytettyjä ja eri tutkimuskielille käännettyjä menetelmiä on mahdollisuus helposti hyödyntää, kun ne ovat vapaasti saatavilla TOIMIA-verkoston ylläpitämästä TOIMIA-tietokannasta. Maamu-tutkimuksessa kerättyä tutkimustietoa on puolestaan helppo hyödyntää, kun tuloksia raportoidaan interaktiivisessa Terveys- ja hyvinvointiverkkoalustalla. ATH-tutkimus käsittää vuosina 2012–2014 yli 150 000 suomalaista. ATH-tutkimukseen valmistellaan maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia käsittelevää lisämodulia toteutettavaksi ensimmäisen kerran vuonna 2014.

Työ maahanmuuttajataustaisen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi jatkuu. TOIMIA-tietokannassa olevien menetelmien, Terveys- ja hyvinvointiverkkoalustalla tarjolla olevan seurantatiedon ja ATH-tutkimuksessa kerättävän uuden tutkimustiedon avulla voidaan osaltaan kehittää ja arvioida toimenpiteitä edistämään ja ylläpitämään työikäisen maahanmuuttajataustaisen väestön työ- ja toimintakykyä ja työllistymistä sekä yksilö- että väestötasolla. Tulevaisuuden visiona on, että seurantajärjestelmässä tarjolla olevat menetelmät ja seurantatieto voivat auttaa kuntien maahanmuuttajataustaisen väestön osallistamisessa sekä heidän osaamispotentialinsa tunnistamisessa ja hyödyntämisessä.

Maamu-menetelmät TOIMIA-tietokantaan

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston ylläpitämä TOIMIA-tietokanta (www.thl.fi/toimia/tietokanta) on toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa etsivien ammattilaisten työväline. Osa Maamu-tutkimuksessa käytetyistä ja eri tutkimuskielille käännettyistä mittareista on jo nyt vapaasti saatavilla TOIMIA-tietokannasta. Maamu-tutkimuksen menetelmiä viedään tietokantaan vaiheittain, ja aluksi tietokannasta löytyy mittareita esimerkiksi koetusta fyysisestä toimintakyvystä ja työkyvystä. Asiantuntijat voivat hyödyntää venäjän-, somalin- ja kurdinkielisiä mittareita arvioidessaan näitä kieliä puhuvien maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden työ- ja toimintakykyä. Tulevaisuudessa tietokantaan laaditaan myös suositus maahanmuuttajataustaisen väestön toimintakyvyn mittaamisesta.

Maamu-tutkimuksen tuloksia julkaistaan Terveystemme-verkkopalvelussa

Terveystemme-verkkopalvelu on THL:n ylläpitämä sivusto, joka tarjoaa tilasto- ja seurantatietoja väestön terveydestä ja hyvinvoinnista alueittain ja väestöryhmittäin (www.terveystemme.fi). Verkkopalvelun sisältö jakautuu keskeisiä terveysosoittimia esittävään osioon sekä väestötutkimusten ja rekisteriaineistojen tulosraportteja sisältäviin osioihin. Sivuston sisältöjä täydennetään ja päivitetään jatkuvasti. Maamu-tutkimuksen tuloksia raportoidaan Terveystemme-verkkopalvelussa, missä tietojen vertailu onnistuu väestöryhmittäin, alueittain sekä kansallisella tasolla. Tulostaulukojen ja -kuvioiden lisäksi sivustolta löytyy indikaattoreiden tulkintatietoja, joiden avulla tulosten hyödynnettävyys paranee.

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) tietolähteenä maahanmuuttajien terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) avulla kerätään väestöryhmittäistä seurantatietoa keskeisistä terveyden ja hyvinvoinnin ilmiöistä. Tämä luo kunnille ja kuntayhtymille edellytykset seurata asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä (www.thl.fi/ath). Vuonna 2014 maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia suunnitellaan tutkittavaksi osana kansallista ATH-tutkimusta. Tiedonkeruuprosessin suunnittelu on käynnistetty, ja keskustelu Maamu-hankkeeseen osallistuneiden kuntien kanssa toteutettavasta yhteistyöstä on aloitettu. Suunnitelmana on, että vuonna 2014 maahanmuuttajaväestöä koskeva tiedonkeruu toistetaan samoissa kunnissa kuin vuosina 2010–2012. Tällöin voidaan arvioida mitauskertojen välillä toteutuneiden palveluiden ja työllistämistoimien vaikuttavuutta tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä. Vuoden 2014 tutkimusta on mahdollista laajentaa myös muihin maahanmuuttajataustaisiin ryhmiin sekä muihin kuntiin. Maamu-tutkimuksen kokemuksia (ks. luku 17) tullaan hyödyntämään ATH-tutkimuksen maahanmuuttajia koskevan modulin suunnittelussa. Tiedonkeruu tullaan toteuttamaan Maamu-tutkimusta suppeammin, mutta kansallista ATH-tutkimusta intensiivisemmin menetelmin, kuten esimerkiksi haastatteluiden avulla.

Lähteet

Terveystenhuoltolaki 1326/2010. Saata-villa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>
www.terveystemme.fi. Tilasto- ja seurantatietoja alueittain ja väestöryhmittäin.

www.thl.fi/ath. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus.
www.thl.fi/toimia/tietokanta. TOIMIA-tietokanta.

17 MAAHANMUUTTAJATUTKIMUKSEN HAASTEITA JA KOKEMUKSIA

17.1 Aineistonkeruun toteuttaminen

Anneli Weiste-Paakkanen, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda, Mulki Mölsä, Seppo Koskinen, Eila Linnanmäki

- Kieli- ja kulttuurivähemmistöjen tutkimuksessa lisäresursseja vaativia vaiheita ovat tutkimushenkilöstön koulutus ja työnohjaus, henkilökohtainen kontaktin otto tutkittavien rekrytoinnissa, tutkittavien neuvonta ja hankkeen hallinto sekä kielellis-kulttuurillisten erityisratkaisujen räätälöiminen.
- Tutkittavien äidinkielen käytöstä oli etua, mutta kenttähenkilöstön pohjakoulutus ja ammattiosaaminen sekä yleinen henkilökohtainen soveltuvuus tutkimustyöhön ovat kieli- ja kulttuuritaustaa tärkeämpiä tekijöitä tiedonkeruun onnistumisessa. Kaikki tutkittavat eivät myöskään halua identifioitua etnisyyden perusteella.
- Myös suomea puhuvat, kantaväestöön kuuluvat työntekijät onnistuivat kotioiväykäyneillä motivoimaan tutkittavia osallistumaan.

Tähän lukuun on koottu Maamu-tutkimuksen henkilöstön kokemuksia aineistonkeruun toteuttamisesta. Tavoitteena on kuvata hyviä käytäntöjä, joita voidaan soveltaa tulevaisuudessa kieli- ja kulttuurivähemmistöjen väestötutkimuksissa. Henkilöstön kokemuksia kuvaava aineisto koostuu kahdestakymmenestä puolistrukturoidusta teema-haastattelusta, joihin osallistui sekä kenttähenkilöstöä että hankkeen ydinryhmää (ks. luku 2.2). Haastattelujen kesto vaihteli noin puolesta tunnista tuntiin. Nauhoitettua haastattelumateriaalia oli noin 12 tuntia ja litteroitua tekstiä 172 sivua. Haastattelut tehtiin syksyn 2011 ja talven 2012 aikana tutkimuspaikoilla ja THL:n toimipisteessä. Haastatteluista ja niiden analysoinnista vastasi ulkopuolinen tutkija, joka ei osallistunut tiedonkeruun päivittäiseen toteutukseen.

Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkimuksessa työskennelleet, jotka onnistuttiin tavoittamaan, suostuivat haastatteluun. Suostuneista kaikki, paitsi yksi, antoivat luvan haastattelun nauhoittamiseen. Tulokset on pyritty esittämään niin, että yksittäisiä haastateltavia ei voi tunnistaa tekstistä. Haastattelujen toteutuksessa ja tulosten tulkinnessa on pyritty ottamaan huomioon, että eri kulttuuristen haastateltavien ja haastattelijan välisessä vuorovai-
kutussuhteessa ja kysyttäessä hankaliksi miellettyjä kysymyksiä, haastateltavat voivat paeta kulttuurierojen taakse (Pietilä 2010). Kokemusaineistoa sitovat samat eettiset periaatteet kuin vähemmistöjen terveystutkimuksia: pyrkimys tutkittavien hyvin-

voinnin edistämiseen ja tasa-arvon ylläpitämiseen, tutkittaville kohdistuvan haitan ehkäisemiseen ja kulttuurillisten yleistysten välttämiseen (Mir ym. painossa).

Haastattelun rungon ja analyysin tärkeimmät kolme teemaa olivat tutkittavien rekrytointi osallistumaan tutkimukseen, tutkittavien suhtautuminen kysymyksiin ja mittauksiin sekä kenttähenkilöstön rooli. Tekstiaineiston analyttinen lukutapa noudatti aineistolähtöistä tulkintaa, jossa litteroidut haastattelut muodostivat kerronnallisen tekstin. Kokemuksellisuus on eräs kertomuksen peruselementeistä, tapa välittää, millaista oli elää tietyn prosessin läpi. Laadullisessa haastattelututkimuksessa esiintyvälle kerronnalle on usein tyypillistä korostaa häiriöitä ja yllätyksiä, vaikka haastateltava pyrkiikin suhteuttamaan kerrontansa haastattelijan odotuksiin (Hyvärinen 2010). Tässä esiteltyjä tuloksia tuleekin ymmärtää suhteessa Maamu-tutkimuksen suunnitteluvaiheessa ennakoituihin haasteisiin.

Henkilökohtainen kontakti tutkittavien rekrytoinnissa

Väestötutkimuksissa luottamuksellisuus, puolueettomuus, tietosuoja ja satunnaisotanta ovat tärkeitä periaatteita, jotka eivät aina ole kieli- ja kulttuurisvähemmistötaustaisille tutkittaville entuudestaan tuttuja. Sekä hankkeen kenttähenkilöstö että ydinryhmä korostivat henkilökohtaisen kontaktin luomisen tärkeyttä tutkittavien rekrytoinnissa. Kotiovikäyntien ja puhelimitse luodun kontaktin tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä tutkimuksen tarkoituksesta ja merkityksestä sekä herättää kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Kenttähenkilöstön mukaan parhaiten toimi henkilökohtainen lähestyminen, jossa oman ammatillisen asemansa esiin tuova kenttätyöntekijä selitti tutkittavalle ymmärrettävästi, että tutkimuksen toteuttaja on puolueeton terveysviranomaistaho, ja että vastaavia väestötutkimuksia tehdään koko väestölle säännöllisesti. Koko väestön tutkimuksissa käytetty rekrytointimenetelmä, kotiin lähetetty kirje, ei ollut riittävän tehokas maahanmuuttajataustaisten tutkittavien rekrytoinnissa, kuten Maamu-tutkimuksen alkuvaiheessa oli ennakoitu. Tutkittavien luku- ja kirjoitustaitoa tai kiinnostusta perehtyä kirjeeseen, joka tulee sellaiselta viranomaistaholta, jonka asemaa ei tunneta, ei voi ottaa itsestäänselvyytenä missään vaiheessa tiedonkeruuprosessia (Deding ym. 2007). Kotiovikäynteihin ja tutkittavien puhelimitse tavoitteluun kului paljon resursseja, mikä on huomioitava tulevilla tutkimuksissa.

Monia tutkittavia motivoi paitsi henkilökohtainen etu eli ilmaiseen terveystarkastukseen pääsy, myös mahdollinen tulevaisuuden hyöty omalle yhteisölle. Terveysten, koetun hyvinvoinnin ja palveluihin pääsyn tutkiminen koetaan yleensä mielekkäänä tutkimusaiheena ja tutkimusaiheen kokeminen merkityksellisenä on eräs tärkeimmistä osallistumiseen vaikuttavista tekijöistä (Malin & Raisamo 2011). Myös monissa kenttähenkilöstön haastatteluissa ilmeni ajatus, että tutkittavat kokivat myönteisenä sen, että Suomessa kerätään väestötasoista tietoa maahanmuuttajataustaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Toisaalta monet pitkäaikaan Suomessa asuneet

henkilöt eivät halunneet identifioitua maahanmuuttajiksi ja vastaavissa tutkimuksissa tulisikin tarjota mahdollisuus itse valita, haluaako osallistua omalla äidinkielellä vai suomeksi toteutettavaan tutkimukseen. Myös tutkimuksen nimen on hyvä olla riittävän neutraali ja muuta kuin maahanmuuttajuutta korostava, jotta erityisesti pitkään Suomessa asuneet henkilöt eivät koe sitä leimaavaksi.

Tutkittavien rekrytoinnin haasteisiin lukeutuivat tutkittavien kiireet, joihin sopeuduttiin tekemällä kotiovikäyntejä ja tarjoamalla haastattelu-aikoja myös iltaisin ja viikonloppuisin, mikä vaati runsaasti resursseja. Myös asenteelliset syyt ja epäluottamus yhteiskuntaa kohtaan voivat vaikuttaa tutkittavien osallistumiseen (Malin & Raisamo 2011). Monissa henkilöstöhaastattelussa ilmeni, että tutkittavat kertoivat epäluulostaan viranomaisia kohtaan ja kokemastaan syrjinnästä ja pettymyksistä, mikä heikensi heidän luottamustaan tutkimuksia kohtaan. Heille oli erityisen tärkeää tähdentää, ettei tietoa käytetä heitä vastaan. Epäluuloa helpotti se, että myönteiset kokemukset osallistumisesta levisivät tutkittavien tuttavapiireissä erityisesti pienemmissä kaupungeissa. Toisaalta myös mahdollisten kielteisten kokemusten kiirimiseen pienissä yhteisöissä on syytä suhtautua vakavuudella.

Maahanmuuttajayhteisöissä valtaa käyttävien mielipidevaikuttajien vaikutuksesta osallistumiseen ei ollut näyttöä haastatteluaineistossa. Joissain tapauksissa perheen sisäiset valtasuhteet saattoivat vaikuttaa osallistumispäätökseen, joskus kielteisesti, joskus myönteisesti. Kenttähenkilöstön haastatteluissa välittyi kuitenkin vahva käsitys siitä, että valtaosa tutkittavista teki osallistumispäätöksensä itsenäisesti, omiin kokemuksiinsa, tarpeisiinsa ja elämäntilanteeseensa perustuen ja voimakkain päätökseen vaikuttava tekijä oli tapa, jolla tutkittavaa lähestyttiin. Tutkimuksen ydinryhmän keskeinen kokemus oli, että kenttähenkilöstön tulisi olla riittävän koulutettua ja kokenutta sekä väestötutkimusten peruseriaatteissa että terveyteen liittyvissä kysymyksissä, jotta vuorovaikutus tutkittavan kanssa edistäisi osallistumisaktiivisuutta. Tämä myös takaisi haastattelujen ja terveystarkastusten paremman laadun.

Joidenkin tutkittavien kohdalla omakielisyydestä ja -kulttuurisuudesta oli etua tavoittamisessa ja motivoimisessa, mutta myös suomea puhuvat, kantaväestöön kuuluvat työntekijät onnistuivat kotiovikäynneillä motivoimaan tutkittavia osallistumaan. Joissain tapauksissa kantaväestöön kuuluvan työntekijän kotiovikäynti tuotti jopa paremman lopputuloksen kuin omaan kieliryhmään kuuluneen työntekijän tekemä kotiovikäynti. Nämä kokemukset osoittivat, että tutkittavaa tavoittaessa ja osallistumiseen motivoidessa kieli- ja kulttuuritaustaa tärkeämpää on työntekijän vuorovaikutustaidot, tutkittavan kohtaaminen aidosti ja sitoutuneisuus omaan työhönsä. Silloinkin, kun tutkittavan suomen kielen taito oli heikko, suomea puhuvan työntekijän onnistui useimmiten saada tutkittavan puhelinnumero, jolloin tutkimuskoordinaattori pystyi myöhemmin soittamaan tutkittavalle ja kertomaan tutkimukseen osallistumisesta vielä tutkittavan äidinkielellä.

Tutkittavien suhtautuminen haastattelukysymyksiin ja terveystarkastusten mittauksiin

Kenttähenkilöstön mukaan terveystarkastus, varsinkin verikokeet, olivat merkittävin kannustin tutkimukseen osallistumiselle. Verikokeiden tulokset myös kiinnostivat tutkittavia eniten. Negatiivisena kokemuksena varsinkin tutkimuksen alkuvaiheessa kiinnostusta saattoi laskea myös se, että omia laboratoriotutkimusten vastauksia joutui odottamaan jopa useita kuukausia. Tulosten raportoiminen tutkittaville osoittautui haasteelliseksi, sillä kenttähenkilöstön mukaan monet tutkittavat eivät ymmärtäneet kotiin lähetettävää laboratoriokokeiden tuloksista sekä suomeksi että omalla äidinkielellä kertovaa kirjettä ja normaalitkin tulokset saattoivat aiheuttaa huolta. Vastaavanlaisissa tutkimuksissa on varauduttava siihen, että tutkittavien puhelinneuvonta vaatii tutkijalääkäriltä tai vastaavalta tutkimushoitajalta paljon aikaa ja resursseja. Osalla tutkittavia Maamu-tutkimus herätti toiveita saada palveluja. Lisäksi useilla tutkittavilla oli väärinkäsitys tutkijalääkärin roolista hoitavana lääkärinä ja he soittivat monia kertoja pyytäen vastaanoton järjestämistä tai lääkkeiden määräämistä. Lisäksi palveluihin pettyneitä oli vaikea ohjata jatkotutkimuksiin tai hoitoon omalle terveysasemalle.

Tutkittavien suhtautuminen kysymyksiin ja mittauksiin vaihteli, mutta tutkimushoitajien mukaan eniten ihmetystä aiheuttivat toimintakykyä mittaavat testit, joissa kaikki tutkittavat eivät halunneet yrittää parastaan. Yleisesti ottaen terveystarkastukseen oltiin tyytyväisiä. Haastatteluosiossa taustatietoihin kuuluvat kysymykset tuloista ja varallisuudesta olivat joillekin tutkittaville epämieluisia, sillä kenttähenkilöstön mukaan kysymykset muistuttivat näiltä osin maahantulohaastattelua. Kenttähenkilöstön mukaan kaikkien tutkittujen ryhmien tutkittavat puhuivat erityisen mielellään oireistaan ja hoitokokemuksistaan. Yleisimmin tutkittavilta tullut kritiikki kohdistui haastattelun pituuteen.

Vaikka tutkimuksen suunnitteluvaiheessa ajateltiin, että tutkittaville olisi helppointa tehdä haastattelu heidän kotonaan, suurin osa tutkittavista kuitenkin toivoi haastattelun tehtäväksi jossain muualla, esimerkiksi samassa tutkimuspisteessä kuin missä terveystarkastuskin tehtiin, tai pääkaupunkiseudulla THL:n tiloissa. Hyvä käytäntö oli ajoittaa terveystarkastus ja verikokeet sekä pienen välipalan jälkeen tehtävä haastattelu samaan paikkaan, jotta tutkittavalle koitui mahdollisimman vähän vaihua. Tämä toi haasteita haastattelu- ja terveystarkastustoimintaan soveltuvien asianmukaisten tilojen löytämiseen.

Islaminuskon tulkintoja vastaavaa sukupuolten mukaista erottelua edellyttävissä tilanteissa sovellettiin kieli- ja kulttuuriryhmäkohtaisia erityisratkaisuja (esim. lisääntymisterveys, ks. luku 8). Maamu-tutkimuksen kokemusten perusteella voidaan todeta, että osa lisääntymisterveyteen liittyvästä häveliäisyydestä on kaikille kulttuureille yhteistä yksityisyyden varjelua, osa kulttuurisidonnaista ajattelua. Kieli- ja kulttuurivähemmistöjen väestötutkimuksissa on tärkeää käydä suunnitteluvaiheessa läpi kaikkien kysymysten ja mittausten kulttuurinen kompetenssi kieli- ja kulttuuriryhmän

edustajien kanssa (Malin & Raisamo 2012). Maamu-hankkeen valmisteluvaiheessa toteutettiin maahanmuuttajataustaisten terveysalan ammattilaisten fokusryhmähaastatteluja, joissa käsiteltiin tutkimussisältöjä (ks. luku 2.2). Erityisen kriittinen on oltava tarkempiin kysymyksiin johtavien seulakysymysten kanssa, joiden kulttuurillinen tulkinta saattaa ohjata tutkittavat vastaamaan eri tavoin kuin toisenlainen tulkinta mahdollistaisi. Tällöin seulakysymys saattaa olla liian tiukka ja karsia turhan paljon tutkittavia tarkentavista kysymyksistä (esim. traumojen seulakysymys, ks. luku 9.2).

Traumaattisten tapahtumien ja oireiden kysyminen herätti eniten tunteita kenttähenkilöstössä sekä henkilöstön mukaan myös tutkittavissa. Tämä oli ennakoitavissa hankkeen valmisteluvaiheessa, ja siksi kenttähenkilöstölle järjestettiin mahdollisuus työnohjaukseen. Hankkeen ydinryhmän mukaan kenttähenkilöstön ammatti- ja vuorovaikutustaidot korostuivat kysyttäessä vaikeita elämäkokemuksia, joista oli erittäin tärkeää saada tietoa. Kenttähenkilöstön näkemys oli, että oman äidinkielen käytön mahdollisuus oli tärkeä väylä siihen, että tutkittavat suostuivat puhumaan heille tapahtuneista vaikeista asioista. Toisaalta on mahdollista, että omaa kulttuuri-taustaa ja -yhteisöä edustavalle tutkimushoitajalle tai -haastattelijalle ei haluttu kertoa yksityisinä pidettyjä, esimerkiksi mielenterveyteen ja lisääntymisterveyteen liittyviä asioita (Feskens ym. 2006).

Vastaavanlaisissa tutkimuksissa on huomioitava, miten tutkittavalle saadaan välitettyä entistä vahvemmin puolueettomuuden ja luottamuksellisuuden tuntu, mikäli halutaan tehdä tutkimus omalla äidinkielellä. Jotta kenttätyöntekijät ja tutkittavat eivät olisi tuttavilla keskenään, työntekijöiden olisi ainakin hyvä asua eri kaupungeissa kuin tutkittavat, mikäli molemmat edustavat samaa kieli- ja kulttuuriryhmää (Malin & Raisamo 2012). Kenttähenkilöstön kesken on tärkeä sopia työnjaosta niin, ettei kukaan haastattele ainakaan läheisimpiä tuttaviaan ja sukulaisiaan.

Kenttähenkilöstön rooli

Kenttähenkilöstö oli omasta mielestään terapeuttisessa roolissa ja monen tutkimushoitajan ja -haastattelijan mielestä omalla äidinkielellä käyty keskustelu vaikeista sosiaalisista ja terveysongelmista oli merkittävää henkistä apua tutkittaville. Erityisesti kenttähenkilöstö korosti tutkittavien esiin tuomaa tarvetta omankielisille mielenterveyspalveluille ja terveysneuvonnalle. Osa tutkimushaastattelijoista ja -hoitajista kertoi tutkittavien avautuneen kokemuksistaan myös virallisen tutkimusosion jälkeen. On mahdollista, että tutkittavat ovat halunneet antaa itsestään paremman kuvan virallisessa haastattelussa, ja vasta jälkikäteen kertoneet ongelmistaan. Kenttähenkilöstön mukaan tutkittavat purkivat heille erityisen mielellään negatiivisten hoitokokemusten aiheuttamaa turhautumistaan ja yksinäisyytensä sekä kokemaansa syrjintään liittyvää ahdistusta. Toisaalta kaikesta tutkittavat eivät halunneet puhua. Eräs haastattelija esitti edustamansa vähemmistöryhmän puolesta näkemyksensä vaikenemiselle näin:

”Me olemme niin kyllästyneitä sotaan. Me inhotaan sotimista eikä me halua puhua siitä. Me halutaan unohtaa nämä asiat, ja sitten joku kysyy sulta, muistatko tällaista ja tapahtuiko sulle tällaista. Juuri kun on vähitellen opittu unohtamaan ne”.

Tutkimuksen ydinryhmän mukaan kenttähenkilöstön ammattitaidon ja vuorovaikutustaitojen tulisi olla riittäviä kohtaamaan tutkittavat näissä tilanteissa ja työnohjauksen pitäisi pystyä tukemaan kenttähenkilöstöä tiiviisti tässä roolissa. Kaksikielisen kenttähenkilöstön haasteena oli riittävä tietotaito väestötutkimuksen mittausten ja kysymysten esittämisen ja tallentamisen laadussa. Maamu-tutkimuksessa panostettiin kenttähenkilöstön kouluttamiseen ja päivittäiseen ohjeistukseen sekä erilliseen työnohjaukseen muita väestötutkimuksia huomattavasti enemmän, mutta tämäkin tuntui varsinkin kenttätöiden alkuvaiheessa riittämättömältä, mikä on huomioitava vastaavanlaisten tutkimusten resursseja ja aikatauluja suunniteltaessa.

Vastaavissa tutkimuksissa kenttähenkilöstön työroolin tulisi olla selvempi, ja tiedonkeruun teknisten edellytysten pitäisi olla kunnossa kenttähenkilöstön aloitettaessa työnsä. Suunnitteluvaiheessa asetettu tavoite siitä, että kenttähenkilöstö osallistuisi tutkimuksen pilottivaiheen jälkeen lomakkeiden, ohjelmistojen ja työskentelyohjeiden viimeistelyyn, ei osoittautunut mahdolliseksi, sillä useimmilla ei ollut tähän tiedollisia ja taidollisia valmiuksia. Koko henkilöstön osallistaminen tiedonkeruun toteutuksen ja siinä tarvittavien työmenetelmien, lomakkeiden ja ohjelmistojen suunnitteluun ja viimeistelyyn olisi edellyttänyt ydinryhmältä mahdollisuutta työskennellä tiiviisti haastattelijoiden ja tutkimushoitajien kanssa samaan aikaan kuin monet muut käytännön järjestelyt veivät paljon aikaa.

Erityinen haaste on myös tarvittavien materiaalien (lomakkeet, kutsut, esitteet jne.) kääntäminen tutkittavien omille kielille. Myös käännosten tarkastusprosessiin on varattava riittävästi aikaa. Tähän tarvitaan sekä eri kulttuurien että tutkimuksen aihepiirin ja käsitteistön tuntevaa henkilöstöä. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa esimerkiksi lomakkeiden toimivuus on syytä testata huolella ennen kenttähenkilöstön rekrytointia, koulutusta ja pilottivaiheen toteuttamista. Tiedonkeruussa olisi myös järkevintä käyttää mahdollisimman luotettavaa ja yksinkertaista teknistä toteutusta. Myös kenttähenkilöstön vaiheittainen rekrytointi niin, että pilottivaiheeseen olisi ensin rekrytoitu henkilöitä, joilla on laajempi osaaminen hankkeen valmisteluun ja loput kenttähenkilöstöstä vasta myöhemmin, olisi helpottanut hankkeen alkuvaiheen ongelmia.

Monikulttuurisen työyhteisön anti Maamu-tutkimusta toteutettaessa näkyi tutkimuksen ydinryhmän mukaan erilaisina arkityötä rikastuttavina toimintatapoina ja omistautuneisuutena tutkimuksen teolle. Tutkimuksen ydinryhmä korosti, että kielijä ja kulttuuriryhmät ovat heterogeenisiä, taustaerot vaikuttavat tutkimuskäyttäytymiseen ja tutkimusorganisaation on oltava valmis räätälöimään toimintaansa yllättävissä haasteissa. Jotta aineistonkeruu saatiin etenemään parhaimmalla mahdollisella

tavalla, kolmen tiimin työskentelyä ohjattiin eri tavoin. Toisessa tiimissä tutkimuskoordinaattori vastasi vahvemmin tutkimushaastattelijoiden ja -hoitajien töiden organisoimisesta, ja ydinryhmän ja tutkimushaastattelijoiden ja -hoitajien yhteydenpito tapahtui pitkälti keskitetysti tutkimuskoordinaattorin kautta. Toisissa ryhmissä taas työn organisoimiseen tarvittiin voimakkaammin ydinryhmän tukea, ja tutkimushaastattelijat ja -hoitajat raportoivat päivittäin työnsä etenemisestä ydinryhmän jäsenille. Tiimien työskentelyn ohjaus vaati ydinryhmältä huomattavasti enemmän aikaresursseja kuin hankkeen suunnitteluvaiheessa oli osattu ennakoida.

Maamu-tutkimuksen ydinryhmä suosittelee tulevissa tutkimuksissa tiedonkeruutiimien organisoimista muilla perusteilla kuin kieli- ja kulttuuriryhmittäin. Kieli- ja kulttuuriryhmittäin kootut tiimit aiheuttivat haasteita, kuten tutkittavien anonymiteetin säilyminen pienillä paikkakunnilla. Kenttähenkilöstön työmotivaation ajoittainen puute saattoi levitä yhdessä ryhmässä, jolloin tiiviimpi yhteistyö erilaisten hyvien käytäntöjen levittämiseksi olisi helpottanut työskentelyä. Hyvä käytäntö olisi rekrytoida tiimien koordinaattorien sijaan kentän toiminnasta kokonaisvaltaisesti vastaava kenttäkoordinaattori, jolla olisi vahva väestötutkimuksen ruutiinien osaaminen. Tiedonkeruutiimien organisoiminen esimerkiksi tehtäväalueittain mieluummin kuin kieliryhmittäin saattaisi myös palvella paremmin työyhteisön ilmapiiriä ja ryhmäytymistä.

Tutkimuksen ydinryhmä piti kenttähenkilöstön terveys- ja tutkimustietouden pohjakoulutusta ja ammattiosaamista vähintäänkin yhtä tärkeänä kriteerinä rekrytoitaessa kieli- ja kulttuurivähemmistöaustaista kenttähenkilöstöä kuin muissa väestötutkimuksissa. Yhteenvetona voidaan Maamu-tutkimuksen kokemusaineiston perusteella todeta, että kieli- ja kulttuurivähemmistöjen väestötutkimuksiin on varattava enemmän resursseja kuin koko väestön tutkimukseen johtuen siitä, että tutkimusmaailma on monille vähemmistöille vieras ja haasteet ovat suurempia. Maamuhankkeen valmistelussa tämä ennakoitiin määrittämällä yksittäisten haastattelujen ja terveystarkastusten toteutukseen enemmän aikaa kuin muissa väestötutkimuksissa. Lisäresurssitarvetta kuitenkin aiheutti tutkittavien tavoitteluun, rekrytointiin ja yhteisöissä tiedottamiseen tarvittava ennakoitua suurempi työmäärä sekä kenttähenkilöstön päivittäinen ohjaustyö. Maamu-tutkimuksessa kehitetyt menetelmät ovat kuitenkin käytettävissä tulevissa tutkimuksissa, mikä pienentää tulevien tutkimusten resurssitarvetta.

Lähteet

- Deding M, Fridberg T, Jakobsen V. Non-response in a survey among immigrants in Denmark. Working paper: 16. Danish National Centre for Social Research; 2007.
- Feskens R, Joop H, Lensvelt-Mulders G, Schmeets H. Collecting data among ethnic minorities in an international perspective. *Field Methods* 2006;18:284–304.
- Hyvärinen M. Haastattelukertomuksen analyysi. Teoksessa: Ruusuvuori J, Nikander P, Hyvärinen M (toim.). *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino; 2010.
- Malin M, Raisamo S. Maahanmuuttajien elin-

- olojen ja terveyden selvittämiseksi on tehtävä erillisiä tutkimuksia. Maahanmuuttajien hyvinvointisurveys 1/2. Hyvinvointikatsaus 2011;4:66–70.
- Malin M, Raisamo S. Maahanmuuttajien hyvinvointitutkimusten kehittäminen auttaa sekä maahanmuuttajia että yhteiskuntaa. Maahanmuuttajien hyvinvointisurveys 2/2. Hyvinvointikatsaus 2012;2:67–71.
- Mir G, Salway S, Kai J, Karlsen S, Bhopal R, Ellison GTH, Sheikh A. Principles for research on ethnicity and health: the Leeds Consensus Statement. Eur J Public Health, painossa.
- Pietilä I. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa: Ruusuvoori J, Nikander P, Hyvärinen M (toim.). Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino; 2010.

17.2 Henkilöstön rekrytointi ja perehdyttäminen sekä kuntayhteistyö

Shadia Rask, Päivikki Koponen, Anu E Castaneda, Seppo Koskinen, Eila Linnanmäki

- Kenttätyöntekijöiden rekrytointi onnistui parhaiten verkostojen kautta. Työntekijöiden perehdyttäminen vaati erityisen paljon henkilökohtaista ohjausta. Useampi kenttätyöntekijä on työllistynyt muihin maahanmuuttajatutkimuksiin.
- Kuntatyöpajat olivat hyvä väylä tutkimustulosten levittämiseen, mutta tulosten hyödyntäminen vaatii pitkäjänteistä työskentelyä ja virastojen välistä yhteistyötä.
- Tutkimustuloksia jalkautettiin maahanmuuttajayhteisöihin venäjän-, somalin- ja kurdinkielellä järjestettyjen seminaarien kautta.

Tässä luvussa kuvataan kenttätyöntekijöiden rekrytoimiseen, perehdyttämiseen ja hankkeen jälkeiseen työllistymiseen liittyviä haasteita ja hyviä käytäntöjä. Lisäksi lukuun on koottu kokemuksia kuntayhteistyön toteutumisesta. Tavoitteena on, että Maamu-hankkeessa havaittuja hyviä käytäntöjä voidaan soveltaa tulevaisuudessa kuntayhteistyöhön perustuvissa kieli- ja kulttuurivähemmistöjä työllistävissä hankkeissa.

Kenttätyöntekijöiden rekrytointi, perehdyttäminen ja työllistyminen hankkeen jälkeen

Tiedonkeruun käynnistyessä kenttätyöntekijöiden rekrytointi tapahtui pitkälti henkilökohtaisten kontaktien kautta. Pääkaupunkiseudun ulkopuolisista kunnista työntekijöitä haettiin myös Työ- ja elinkeinotoimiston avoimen haun kautta. Parhaiten rekrytoinnit onnistuivat verkostojen kautta. Työntekijätarjonta ylitti hankkeen työllistämismahdollisuudet, ja koko toimintakauden ajan hankkeeseen kohdistui paljon toiveita sekä maahanmuuttajataustaisten työnhakijoiden että maahanmuuttotyöstä kiinnostuneiden työnhakijoiden ja opiskelijoiden tahoilta.

Työntekijöiden perehdyttäminen ja työn päivittäinen ohjaaminen vaati enemmän aikaa ja henkilökohtaista ohjausta kuin hankkeen suunnitteluvaiheessa oli osattu odottaa. Suomen kielen taidosta ja Suomessa kerätystä työkokemuksesta riippuen kenttätyöntekijöillä oli hyvin erilaiset valmiudet suoriutua päivittäisistä työhön liittyvistä käytännöistä, kuten työaikasunnittelusta ja -seurannasta, sairauspoissaolojen ilmoittamisesta tai verokorttien tilaamisesta. Jatkossa vastaavissa tutkimuksissa kenttätyöntekijöiden avustaminen henkilöstöasioissa voisi luontevasti kuulua kentän toiminnasta kokonaisvaltaisesti vastaavalle kenttäkoordinaattorille.

Vuosien 2010–2012 aikana hankkeessa työskenteli yhteensä 15 harjoittelijaa, ja pääosin harjoittelujaksot olivat myönteisiä kokemuksia sekä harjoittelijal-

le että projektille. Harjoittelijoiden työtehtäviin kuuluivat muun muassa tutkittavien tavoittamisessa avustaminen, postittaminen sekä muut avustavat tehtävät. Moni harjoittelijoista suoritti harjoittelua osana maahanmuuttajien ammatilliseen peruskoulutukseen valmistavaa koulutusta, useampi suoritti Työ- ja elinkeinotoimiston työharjoittelua tai työelämävalmennusta, ja osa suoritti ammatillisiin tai korkeakouluopintoihin kuuluvia harjoittelujaksoja. Osa harjoittelijoista työllistyi hankkeeseen harjoittelujaksonsa jälkeen.

Kenttähenkilöstön Maamu-hankkeen jälkeisestä työllistymisestä ei ole kerätty systemaattista tietoa, mutta yhteydenpito on monien työntekijöiden kanssa jatkunut työsuhteiden päättymisen jälkeen. Useampi Maamu-hankkeen koulutukseen osallistunut ja hankkeessa työskennellyt kenttätyöntekijä on työllistynyt muihin maahanmuuttajatutkimuksiin (esimerkiksi THL:n ja Väestöliiton toteuttamaan Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (ETNOKIDS) sekä Tampereen yliopiston maahanmuuttajataustaisten vanhempien ja vauvan varhaista vuorovaikutusta selvittävään tutkimukseen). Useampi työntekijä myös jatkoi opiskeluaan. Osa työntekijöistä työllistyi koulutustaan vastaaviin tehtäviin sosiaali- ja terveysalalle, kun taas osa siirtyi perhevapaille tai työnhakijoiksi.

Kuntayhteistyö

Tutkimuksessa mukana olleet kuusi kuntaa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Vaasa) toimivat hankkeen osatoteuttajina. Kukin kunta nimesi yhteyshenkilöksen työntekijän, jonka vastuulla oli hankkeen edistäminen omassa kunnassaan. Osa yhteyshenkilöistä kuului myös hankkeen ohjausryhmään. Työntekijät hoitivat yhteyshenkilön tehtäviä virkatyöajallaan. Hankkeeseen mukaan valittujen kuntien tuli kuulua Manner-Suomen ESR-ohjelmaan, minkä vuoksi esimerkiksi Lappeenranta ei voitu ottaa mukaan hankkeeseen (Itä-Suomi on ESR-rahoituksessa erityisasetelmassa ja saa rahoituksensa erillään valtakunnallisesta osiosta).

Onnistuneen kuntayhteistyön edellytyksenä oli hankkeeseen sitoutunut yhteyshenkilö, joka tunsi maahanmuuttajatyön kentän kunnassaan ja jolla oli laajat verkostot myös oman virastonsa ulkopuolella. Hanke järjesti säännöllisesti yhteisiä tapaamisia yhteyshenkilöille ja lisäksi yhteyshenkilöitä tavattiin erillisissä kuntakohtaisissa tapaamisissa, joissa suunniteltiin aineistonkeruun käytännön toteutusta. Joissain kunnissa sopivan yhteyshenkilön löytyminen vei aikaa ja kiireiset työntekijät epäroiväät yhteyshenkilön tehtävien tuovan kohtuuttomasti lisätoita. Osassa kunnista yhteyshenkilöiden vaihtuvuus toi lisähaasteita kuntayhteistyön etenemiselle ja aineistonkeruun suunnittelemiselle. Toisissa kunnissa taas yhteistyö THL:n kanssa oli entuudestaan tuttua ja kuntayhteistyö oli erittäin sujuvaa jo hankkeen alusta lähtien. Alkuvaikeuksien jälkeen yhteistyö oli sujuvaa myös niiden kuntien kanssa, joissa sopivan yhteyshenkilön löytyminen vei aikaa.

Yhteyshenkilöillä oli merkittävä rooli siinä, minkälaiset tilat tutkimuksen toteuttamiselle onnistuttiin saamaan. Kaikissa kunnissa sosiaali- ja terveysasemat kärsivät tila-ahtaudesta, minkä vuoksi tutkimustilojen löytäminen oli erittäin haastavaa. Luovuuden ja sinnikkyuden avulla kaikista kunnista kuitenkin löydettiin toimintaan soveltuvat tilat, joskin joissain kunnissa muualta kuin sosiaali- ja terveysasemilta. Yhteyshenkilöillä oli myös keskeinen rooli hankkeesta tiedottamisessa omassa kunnassaan. Yhteyshenkilön kontakteilla oli merkitystä erityisesti kuntakohtaisten työpajojen onnistumiseen ja työpajan osallistujamäärään. Monessa kunnassa sosiaali- ja terveysvirastojen erillisuus vaikeutti yhteistyötä, ja tiedonkulku virastojen välillä oli paikoin puutteellista. Myös muiden virastojen (kuten opetus- ja liikuntaviraston) mukaan ottaminen ja huomioiminen hankkeen suunnittelussa ja työpajoissa vaihteli kunnan yhteyshenkilön verkostoista riippuen. Katkonaisen tiedonkulun vuoksi joissain kunnissa maahanmuuttotyön avainhenkilöitä jäi hankkeen suunnittelun ja työpajatilaisuuksien ulkopuolelle.

Käytännön suunnittelutyön ohella kuntayhteistyön merkittävin muoto olivat kuntatyöpajat, joissa tutkimuksen kuntakohtaisia alustavia tuloksia esitettiin. Kuntatyöpajat olivat kaikille aiheesta kiinnostuneille avoimia tilaisuuksia, joista jokaiseen osallistui useita kymmeniä henkilöitä ja niissä syntyneitä yhteistyömuotoja on kuvattu alla tarkemmin kaupunkikohtaisesti. Alustavia tuloksia on esitelty myös lukuisissa maahanmuuttotyöhön liittyvissä kansallisissa seminaareissa, eri toimijoiden koulutus- ja verkostotilaisuuksissa, oppilaitoksissa sekä kansainvälisissä kongresseissa.

Helsingin kuntatyöpajaan osallistui asiantuntijoita eri toimialoilta, kuten terveyskeskuksesta, sosiaalivirastosta, tietokeskuksesta ja henkilöstökeskuksesta. Myös muiden tahojen kuten Kelan, Helsingin yliopiston, Väestöliiton, sisäasianministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön edustajia oli läsnä. Kuntatyöpajan lisäksi Helsingin alustavia tuloksia esiteltiin terveystoimen johtoryhmässä sekä sosiaaliviraston koulutustilaisuudessa ja maahanmuutto- ja kotoutumisasioiden asiantuntijaverkoston kokouksessa.

Espoon kuntatyöpajaan osallistui kaupungin työntekijöitä muun muassa terveyskeskuksesta, kaupunkisuunnittelukeskuksesta, nuorisopalveluista sekä työ- ja elinkeinotoimistosta. Maamu-tutkimuksen asiantuntijoita kutsuttiin esittelemään Espoon tuloksia myös sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmän kokoukseen.

Vantaan kuntatyöpajan osallistujista moni oli asiantuntijaorganisaatioiden ja kolmannen sektorin työntekijöitä. Kaupungin työntekijät edustivat muun muassa terveyskeskusta, sivistysvirastoa ja maahanmuuttajien yhteispalvelutoimistoa. Vantaan kuntatyöpajan seurauksena kaupungin perhepalveluista vastaavat asiantuntijat konsultoivat Maamu-tutkimuksen asiantuntijoita maahanmuuttajille räätälöidyn perhevalmennuksen erityishaasteista ja suosituksista Monitoimijainen perhevalmennus Vantaalla -hankkeen suunnittelussa. Lisäksi Vantaan monikulttuurisuusasiain neuvottelukunta pyysi Maamu-tutkimuksen asiantuntijoita esittelemään Vantaan alustavia tuloksia neuvottelukunnan kokoukseen.

Turun kuntatyöpajaan osallistui sekä Turun, Raision että Kaarinan kaupungin henkilöstöä. Työntekijä- ja asiantuntijajaportaan lisäksi myös johtotason työntekijät olivat vahvasti edustettuina. Työpajassa syntyi konkreettisia ideoita tutkimustulosten hyödyntämisestä muun muassa kotouttamiskoulutuksen suunnittelussa ja uudella valtuustokaudella eri ikäryhmien ohjelmissa. Lisäksi tutkimustulosten todettiin antavan näyttöön perustuvan pohjan kehittää maahanmuuttajataustaisille naisille atk-opetusta, kohdennettuja liikuntapalveluita sekä vertaistukea lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen.

Tampereen kuntatyöpajaan osallistui asiantuntijoita muun muassa kaupungin hyvinvointipalveluista, ulkomaalaistoimistosta ja maahanmuuttajien psykiatrian poliklinikalta. Tutkimustulosten toivottiin johtavan tiiviimpään yhteistyöhön Pirkanmaan tulkkeskuksen, maahanmuuttajaneuvontapisteiden ja terveyskeskusten välillä.

Vaasan kuntatyöpajaan osallistui muun muassa kaupungin terveyskeskuksen, ulkomaalaistoimiston ja vastaanottokeskuksen työntekijöitä. Vaasan kuntatyöpajan seurauksena Maamu-asiantuntijoita osallistui Pohjanmaan maahanmuuttajaprojektien verkostotapaamiseen, ja Maamu-tutkimuksen alustavia tuloksia esiteltiin myös Vaasassa järjestetyssä Maahanmuuttajat ja kuntoutus -koulutustilaisuudessa.

Hankkeen suunnitteluvaiheessa kuntatapaamisten ja -työpajojen yhtenä tavoitteena oli koota tietoa kuntien maahanmuuttostrategioista, maahanmuuttajataustaisten kuntalaisten huomioimisesta sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä kunnan keräämästä rekisteri- ja seurantatiedosta. Monessa kunnassa tämä tieto oli hyvin pirstaleista, eikä kuntatapaamisten kautta ollut mahdollisuutta koota kattavaa tietoa aiheesta. Usein yhteyshenkilöillä oli tietoa omaan työhönsä liittyvistä toimenpiteistä, mutta kokonaisvaltaista kuvaa kunnan maahanmuuttotyöstä ja maahanmuuttoon liittyvistä strategioista kaivattiin. Tällaisen tiedon kokoaminen ja virastojen välisen yhteistyön tiivistäminen jäivät jatkokehittämisaiheiksi.

Kuntatyöpajojen tärkein anti Maamu-hankkeen tutkijoille oli mahdollisuus tarkastella alustavia tuloksia yhdessä kuntatoimijoiden kanssa, tunnistaa keskeisimmät löydökset ja aihepiirit loppuraportissa käsiteltäväksi. Lisäksi kuntatyöpajoissa käydyt keskustelut ovat helpottaneet tulosten tulkintaa.

Alustavia tuloksia on kuntatyöpajojen lisäksi käsitelty kaikille avoimissa venäjän-, somalin- ja kurdinkielisissä seminaareissa syys-lokakuussa 2012. Nämä seminaarit järjestettiin Helsingissä yhteistyössä Väestöliiton kanssa. Tilaisuuksien kohderyhmänä olivat venäjän-, somalin- ja kurdinkielinen väestö Suomessa, ja niihin kutsuttiin Maamu-tutkimuksen tutkittavat sekä maahanmuuttajajärjestöjen ja -yhdistysten edustajia ja heidän kauttaan muita kohderyhmiin kuuluvia. Seminaarien tavoitteena oli kerätyn tutkimustiedon jalkauttaminen yhteisöissä sekä kohderyhmien kuuleminen tulosten tulkinnassa. Kaikissa kieliryhmäseminaareissa keskustelu oli varsin vilkasta ja osallistujat ottivat kantaa esimerkiksi siihen, mitkä tuloksista olivat ennakoituja ja mitkä yllättäviä. Monet osallistujat peilasivat tutkimustuloksia henkilökohtaisiin kokemuksiinsa ja kertoivat hyvin avoimesti muun muassa Suo-

nessa koetusta syrjinnästä, työllistymiseen liittyvistä haasteista ja palvelukokemuksistaan.

Venäjän-, somalin-, ja kurdinkielisillä seminaareilla on todennäköisesti merkitystä myös siinä, että käsitys ja ymmärrys väestötutkimuksen tavoitteista ja merkityksestä laajenee maahanmuuttajayhteisöissä. Erityisesti pääkaupunkiseudulla maahanmuuttajataustaiset henkilöt ovat kertoneet osallistuneensa esimerkiksi opinäytetöinä tehtyihin tutkimuksiin, joiden tuloksista ei ole heille tiedotettu. Tämä on saattanut herättää turhautumista tutkittavissa ja he ovat saattaneet kokea, ettei tutkimukseen osallistumisesta ollut heille hyötyä. Merkittävää olisikin, että Maamutkimuksen tuloksia hyödynnettäisiin myös hankkeeseen osallistuneissa kunnissa palvelujen kehittämisessä ja näin syntyvistä hyvistä käytänteistä saataisiin esimerkkejä motivoimaan maahanmuuttajataustaisia tutkittavia osallistumaan tutkimuksiin myös jatkossa.

SAMMANDRAG

Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Mulki Mölsä, Seppo Koskinen (red.). Invandrarnas hälsa och välbefinnande. Undersökning om invånare i Finland med rysk, somalisk och kurdisk bakgrund. [Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa.] Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 61/2012. 397 sidor. Helsingfors 2012.

Syftet med rapporten är att i ett så tidigt skede som möjligt förmedla de centrala observationerna från undersökningen Invandrarnas hälsa och välbefinnande (Maamu) till personer och organisationer i behov av informationen. En stor projektorganisation, med expertkompetens inom olika områden, har planerat och verkställt undersökningen (www.thl.fi/maamu). Förhoppningsvis drar även många andra experter nytta av materialet och går inför en djuplodande och mer omfattande forskning kring de grundläggande resultaten som presenteras i denna rapport.

För att genomföra undersökningen Invandrarnas hälsa och välbefinnande sändes inbjudan till tusen personer med rysk, tusen med somalisk och tusen med kurdisk bakgrund i åldern 18–64 år bosatta i Helsingfors, Esbo, Vanda, Åbo, Tammerfors eller Vasa. De inbjudna personerna hade bott i Finland minst ett år. Intervjuerna och hälsoundersökningarna gjordes av personal med ryskt, somaliskt eller kurdiskt ursprung och kunskaper i både de intervjuades språk och finska. Stor vikt lades vid att nå dem som fått inbjudan, och följaktligen blev deltagaraktiviteteten högre jämfört med motsvarande undersökningar i många andra länder. Inalles 70 procent av dem med rysk, 51 procent av dem med somalisk och 63 procent av dem med kurdisk bakgrund deltog åtminstone i någon del av undersökningen. Planeringen och verkställandet av undersökningen koordinerades av Institutet för hälsa och välfärd tillsammans med ett omfattande kontaktnät av experter. Materialet för hela befolkningen i åldern 18–64 år, i de kommuner som ingick i undersökningen, används som jämförelsegrund när det gäller de variabler som på ett jämförbart sätt har undersökts och rapporterats i samband med undersökningen Terveys – Hälsa 2011.

Invandrarna med ryskt ursprung hade högre utbildningsnivå jämfört med de andra invandrargrupperna eller hela befolkningen i samma åldersgrupp i de kommuner som ingick i undersökningen. De minst utbildade invandrarna kom från Somalia. Drygt en tredjedel av kvinnorna med somalisk bakgrund hade inte alls gått i skola. Bland dem med somalisk och kurdisk bakgrund uppgav cirka var tionde kvinna och några procent av männen att de läser dåligt eller inte alls. Närapå var tredje kvinna med somalisk och var femte kvinna med kurdisk bakgrund ansåg att de har stora problem när det gäller att förstå finska och svenska i tal. Ungefär en tredjedel av alla intervjuade med rysk och kurdisk bakgrund samt var sjätte av alla med somalisk bakgrund uppgav att de hade problem med att sköta ärenden bland annat i ban-

ken och på ämbetsverk. Det var vanligast bland kvinnorna med somalisk (28 %) och kurdisk bakgrund (15 %) att användningen av internet orsakade problem. Männerna med somalisk och rysk bakgrund ansåg sig ha lika stor arbetsförmåga som männen i hela befolkningen. I alla de undersökta invandrargrupperna var emellertid andelen förvärvsarbetande mindre, medan andelen arbetslösa och permitterade var större jämfört med hela befolkningen i samma åldersgrupp i de kommuner som ingick i undersökningen. Två tredjedelar av dem med somalisk, men bara under en tredjedel av dem med kurdisk bakgrund deltog regelbundet i någon form av organisations- eller föreningsverksamhet. Personer med ryskt ursprung var aktivast när det gällde att följa med händelser såväl i sitt forna hemland som i Finland. I det senaste riksdagsvalet var män med somalisk bakgrund de aktivaste vad gäller att rösta, medan de minst aktiva var kvinnor med somalisk bakgrund.

Kvinnorna med kurdisk och rysk bakgrund upplevde sin hälsa vara klart sämre än i de andra grupperna som deltog i undersökningen. Däremot upplevde de med somalisk bakgrund, i synnerhet männen, att de hade en väldigt god hälsa. De med somalisk bakgrund var även mest nöjda med sin livskvalitet. De var närapå alltid nöjda med hur de klarar dagliga aktiviteter, även om en betydande andel berättade om problem med att bland annat sköta bankärenden och att använda internet. Deltagare med ryskt ursprung var bäst i undersökningarna som testade fysisk funktionsförmåga, medan de med somaliskt ursprung var sämst. De med kurdiskt ursprung upplevde i väldigt stor utsträckning att de hade syn- och hörselproblem. Övervikt och fetma var allmänt förekommande i synnerhet bland kvinnor med somalisk och kurdisk bakgrund samt bland män med kurdisk bakgrund. Frekvensen av övervikt och fetma bland dem med rysk bakgrund låg närmare situationen för hela befolkningen, utom i fråga om kvinnornas bukfetma som var mindre hos kvinnorna med rysk bakgrund. Diabetes förekom mest hos kvinnorna med somalisk bakgrund enligt vad de själva uppgav samt på basis av laboratorieresultat som tydde på sjukdomen. Bland personer med ryskt ursprung var högt blodtryck allmänt förekommande. Männerna med rysk och kurdisk bakgrund röker oftare, medan kvinnorna röker mer sällan jämfört med hela befolkningen i samma åldersgrupp. Deltagare med somalisk bakgrund rökte knappt alls. Närapå 40 procent, det vill säga exceptionellt många av deltagare med rysk bakgrund i åldern 18–29 år uppgav att de hade använt cannabis. Alkoholkonsumtionen var vanligast förekommande och rikligast bland män med rysk bakgrund. Bland deltagare med somalisk bakgrund var det väldigt få som dagligen åt färska grönsaker och frukter. Deltagare med somalisk och kurdisk bakgrund motiverade i mindre utsträckning än hela befolkningen i samma åldersgrupp i de kommuner som ingick i undersökningen.

Användningen av tillförlitliga preventivmetoder var lägst, medan spontana missfall var allmännast bland kvinnorna med somalisk bakgrund som även hade det största antalet förlossningar. Aborter var vanliga bland kvinnorna med rysk bakgrund. En betydande del av både kvinnorna med somalisk och kurdisk bakgrund uppgav att de hade genomgått en omskärelse.

Inalles 78 procent av deltagare med kurdisk, 57 procent av dem med somalisk bakgrund och 23 procent av dem med rysk bakgrund hade upplevt någon betydelsefull traumatisk händelse i sitt forna hemland. Bestående skada till följd av våld var vanligast hos deltagare med kurdisk bakgrund och var tionde av dem uppgav att de hade fått sådan bestående skada i något skede. Mer än en femtedel av alla intervjuade hade fått utstå skällsord och förolämpningar i vardagen och en ännu större andel uppgav sig ha blivit bemött på ett oartigt eller respektlöst sätt medan de varit bosatta i Finland. Varannan av kvinnorna med kurdisk bakgrund samt var fjärde av kvinnorna med rysk och män med kurdisk bakgrund hade allvarliga symtom på depression och ångest, medan motsvarande tal var under 10 procent för hela befolkningen i samma åldersgrupp i de kommuner som ingick i undersökningen. Deltagare med kurdisk och rysk bakgrund använde mentalvårdstjänsterna i samma utsträckning som hela befolkningen i samma åldersgrupp, även om förekomsten av aktuella depressions- och ångestsymtom var betydligt vanligare än hos hela befolkningen i de kommuner som ingick i undersökningen.

Deltagare med somalisk och kurdisk bakgrund sökte sig oftare än såväl de med rysk bakgrund som hela kommunbefolkningen i åldern 18–64 år till hälsostationens läkarmottagningar och en betydande del var jourbesök. De invandrargrupper som ingick i undersökningen använde i mindre grad privatläkar- och företagshälsovårdstjänster samt receptmediciner ordinerade av en läkare jämfört med hela befolkningen. Bland dem med rysk bakgrund var det vanligt att använda läkartjänster även i andra länder än i Finland. De vanligaste hindren för att få vård uppgavs vara lång väntetid, allt för höga priser samt språksvårigheter. Personer med ryskt och kurdiskt ursprung upplevde i väldigt hög grad att de behövde rehabilitering, det vill säga var femte ansåg själv att de var i behov av rehabilitering.

De som varit längst bosatta i Finland samt de som flyttat hit i unga år hade oftare upplevt diskriminering jämfört med dem som vistats här en kortare tid och anlänt i vuxen ålder. Deltagare med somalisk och kurdisk bakgrund som varit bosatta en kortare tid i Finland och flyttat hit i vuxen ålder hade oftare problem med den fysiska och sociala funktionsförmågan. Deltagare med rysk bakgrund som flyttat till Finland i unga år hade upplevt traumatiska händelser, haft behov av mentalvårdstjänster och använt rusmedel i högre grad. De hade även oftare mött diskriminering och upplevde mer sällan att livet var meningsfullt jämfört med de som anlänt i vuxen ålder.

Europeiska socialfonden har finansierat initiativet att utveckla uppföljningssystemet *Invandrarnas hälsa och arbetsförmåga för kommunerna*. Utvecklingsprojektet har syftat till att bättre dra nytta av forskningsmetoder och forskningsresultat. Metoderna för mätning av funktions- och arbetsförmågan som har använts i denna undersökning är fritt tillgängliga i databasen TOIMIA och är översatta till de olika språken som använts i undersökningen. Forskningsresultaten rapporteras även via den interaktiva webbtjänsten Terveystemme, där en jämförelse av data kan göras enligt befolkningsgrupp, region samt på nationell nivå. Dessutom finns planer på att framöver

undersöka invandrarnas hälsa och välbefinnande som en del av den Regionala hälso- och välfärdsundersökningen (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH).

Erfarenheterna av projektet Invandrarnas hälsa och välbefinnande ger vid handen att de största utmaningarna för undersökningar bland språk- och kulturminoriteter i synnerhet handlar om att utbilda och handleda forskningspersonalen, ta personlig kontakt för att rekrytera personer att ta del i undersökningen, ge råd till dem som deltar i undersökningen samt utveckla språkliga och kulturella lösningar. Det var en fördel att tala med deltagare på deras modersmål, men det faktum att personalen hade samma språkliga och kulturella bakgrund som deltagare kunde även i viss mån utgöra ett hinder för datainsamlingen. Alla deltagare vill nämligen inte bli identifierade utifrån etnicitet och det kan vara svårt att behandla känsliga frågor med en person med samma etniska tillhörighet. Workshoparna, som arrangerades i de kommuner som ingick i undersökningen, visade sig vara ett bra sätt att sprida information om forskningsresultaten. Det krävs emellertid både långsiktigt arbete och samverkan mellan ämbetsverken för att resultaten ska komma till användning. Forskningsresultaten behandlades även vid seminarier som arrangerades på ryska, somaliska och kurdiska. De upplevdes vara till nytta såväl med tanke på forskarnas arbete med att tolka resultaten som att invandrargrupperna får information om forskningsresultat.

Hälsovårdstjänster och i synnerhet mentalvårdstjänster för invandrare borde utvecklas i rask rakt, eftersom det nuvarande servicesystemet bara når en del av dem som är i behov av tjänsterna. Det behövs hälsofrämjande åtgärder och rehabilitering för att förebygga övervikt och begränsningar i funktionsförmågan samt för att rätta till dåliga motionsvanor och ett eventuellt bristande näringsintag. Det krävs åtgärder även för personer med invandrarbakgrund när det gäller att förebygga och utveckla vården av folksjukdomar och i synnerhet diabetes. Det är viktigt att ännu bättre än hittills stödja integrationen, särskilt när det gäller språkkunskaper samt även läs- och skrivkunnigheten i vissa invandrargrupper. Bra livskvalitet och högt förtroende för det finska servicesystemet hör till de starka sidorna och utgör en bra grund när det gäller att främja invandrarnas hälsa och välbefinnande.

Ämnesord: invandrare, hälsa, välbefinnande, funktionsförmåga

SUMMARY

Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Mulki Mölsä, Seppo Koskinen (ed.). Migrant health and wellbeing. A study on persons of Russian, Somali and Kurdish origin in Finland. [Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 61/2012, 397 pages. Helsinki 2012.

The aim of this report is to make the key findings of the Migrant Health and Wellbeing Study (Maamu) available as soon as possible to the persons and organisations requiring them. We hope that, along with the broad-based project organisation responsible for planning and implementing the Maamu project (www.thl.fi/maamu), many other experts will utilise the material by deepening and expanding the basic results presented in this report.

A total of one thousand persons of Russian origin, one thousand of Somali origin and one thousand of Kurdish origin aged between 18 to 64 living in Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere and Vaasa were invited to participate in the Migrant Health and Wellbeing Study. The invitees had been living in Finland for at least a year. The interviews and health examinations were carried out by personnel of Russian, Somali and Kurdish origin who spoke both the languages of the respective target groups and Finnish. Special attention was paid to getting in touch with the subjects, and the participation rate exceeded that of similar surveys conducted in many other countries. A total of 70% of the subjects of Russian origin, 51% of Somali origin and 63% of Kurdish origin participated in at least one part of the survey. The design and implementation of the survey was co-ordinated by the National Institute for Health and Welfare (THL) in co-operation with a wide network of experts. Material on the overall population aged between 18 and 64 in the survey municipalities was used as a comparison for the variables that have been studied comparably and reported in the Health 2011 survey.

The education level of immigrants of Russian origin was higher than that of the other groups or of the overall population of the same age in the survey municipalities. The level of education was lowest among persons of Somali origin. Slightly more than a third of women of Somali origin had not been to school at all. Approximately one in ten women of Somali and Kurdish origin considered that they were able to read only poorly or not at all. In the case of men, this was a couple of per cent. Considerable difficulty in understanding spoken Finnish or Swedish was experienced by nearly every third woman of Somali origin and by one in five women of Kurdish origin. Nearly a third of persons of Russian and Kurdish origin and one in six of Somali origin stated that handling business in a bank, office or similar place presented difficulties. Difficulties in using the internet were more common among women of So-

mali (28%) and Kurdish (15%) origin. Men of Russian and Somali origin rated their work ability as being as good as that of men in the population in general. The employment rate, however, was lower in all the groups of immigrant origin surveyed, and the proportion of unemployed or laid-off persons was higher than in the overall population of the same age in the survey municipalities. Two-thirds of persons of Somali origin, but just less than one-third of those of Kurdish origin participated regularly in the activities of non-governmental organisations or associations. Persons of Russian origin were the most active in following events in their former home country and in Finland. Most active in voting in the most recent parliamentary elections were men of Somali origin; the least active voters were women of Somali origin.

The self-rated health of women of Kurdish and Russian origin was significantly worse than in the other groups studied. Persons of Somali origin on the other hand, especially men, rated their health as excellent. Persons of Somali origin were also the most satisfied with their quality of life. They were, almost without exception, satisfied with their coping with day-to-day activities, although a significant proportion reported difficulties in handling business in a bank or other office and with using the internet. In tests of physical function, persons of Russian origin performed the best; persons of Somali origin the worst. In the population of Kurdish origin, visual and hearing difficulties were particularly prevalent. Overweight and obesity were common especially in women of Somali and Kurdish origin and in men of Kurdish origin. In persons of Russian origin, overweight and obesity were closer to the situation of the overall population, with the exception of women's abdominal obesity, which was lower in women of Russian origin. Diabetes both self-reported and according to laboratory findings indicative of the disease was most prevalent in women of Somali origin. The incidence of hypertension was highest in persons of Russian origin. Men of Russian and Kurdish origin smoked more frequently and women less frequently than the overall population of the same age in the survey municipalities. Persons of Somali origin hardly smoked at all. Of 18–29-year old persons of Russian origin, an especially large number, nearly 40%, reported that they had used cannabis. Alcohol consumption was most common and heaviest among men of Russian origin. Very few persons of Somali origin ate fresh vegetables or fruit every day. Persons of Somali and Kurdish origin exercised less than the overall population of the same age in the study municipalities.

The use of reliable contraceptive methods was lowest and spontaneous miscarriages were most common among women of Somali origin, who also had the highest number of births. Abortions were common among women of Russian origin. A significant proportion of both Somali and Kurdish women reported that they have been circumcised.

Up to 78% of persons of Kurdish origin, 57% of persons of Somali origin and 23% of persons of Russian origin had experienced a major traumatic event in their former home country. Permanent injuries caused by violence were most common among persons of Kurdish origin, one in ten of whom had at some time received a

permanent injury due to violence. While living in Finland, name-calling and verbal abuse had been encountered in everyday life by more than one in five respondents in all the groups, and discourteous or disrespectful treatment was even more common than this. As many as half of women of Kurdish origin, and one in four of women of Russian origin and men of Kurdish origin had severe symptoms of depression and anxiety, while less than 10% of persons of similar age in the overall population had severe symptoms of depression and anxiety. The use of mental health services in the groups of Russian and Kurdish origin was as common as in the overall population of the same age in the survey municipalities, even though the incidence of current symptoms of severe depression and anxiety in these groups was significantly more common than in the overall population.

Persons of Somali and Kurdish origin used health centre physician services more than persons of Russian origin and the overall population aged between 18 and 64 in the survey municipalities, and a significant proportion of these visits were emergency visits. All of the groups of immigrant origin used the services of private and occupational health care physicians and physician-prescribed medication less than the overall population. The use of physicians' services also outside Finland was common among persons of Russian origin. The most common obstacles to receiving care were waiting for appointments, excessively high prices and language difficulties. The perceived need for rehabilitation was especially common among persons of Russian and Kurdish origin, with one in five reporting that they needed rehabilitation in their opinion.

Experience of discrimination was more common among persons who had lived in Finland for longer and among persons who had moved to Finland at a younger age than among persons who had moved to the country more recently and at an older age. Difficulties in physical and social functioning among persons of Somali and Kurdish origin were more common in persons who had moved to Finland more recently and at an older age. Among persons of Russian origin, those who had come to the country at a younger age had more experienced traumatic events, need for mental health services and substance abuse. They had also experienced discrimination more frequently and found their lives meaningful less frequently than persons who had come to the country at an older age.

The development work of the European Social Fund financed project *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky –seurantajärjestelmä kunnille* (Migrant health and work capacity – a follow-up system for the municipalities) has furthered utilisation of the methods used in the study and the study results. Methods of measuring functional and work capacity used in the study and translated into the various study languages are freely available in the TOIMIA database. The results of the study are also reported in the interactive *Terveystemme* (Our health) online service, where data can be compared by population group and at regional and national level. In addition, plans are being made to survey the health and wellbeing of immigrants in the future as part of the Regional Health and Wellbeing Study (ATH).

Based on the experience accumulated in the Maamu project, challenging phases which require additional resources in studies with minority languages and among cultural minorities include, in particular, training and guidance of research staff, initiation of contact with the subjects at the recruiting stage, counselling of the subjects and customisation of special linguistic and cultural solutions. Use of the subjects' mother tongue was an advantage, but a common language and cultural background shared by the subjects and study personnel may also to some extent hamper the collection of data. Not all subjects want to be identified according to ethnicity, and handling sensitive issues amongst members of their own community can be problematic. The workshops arranged in the survey municipalities were a good route for disseminating the study results, but the utilisation of the study results entails long-term work and co-operation between authorities. The results of the study were discussed also in seminars organised in Russian, Somali and Kurdish. This was found to be useful both in interpreting the results from the researchers' standpoint and in disseminating the information to the immigrant communities.

The development of health services, especially mental health services, for immigrants is urgently needed as the current service system reaches only a proportion of those needing services. Health promotion measures and rehabilitation are needed to prevent obesity and limitations in functional capacity and to remedy lack of exercise and possible nutritional deficiencies. Actions to prevent and improve the treatment of public health problems especially diabetes, are required also for immigrants. Even more attention should be paid than has been the case to date to supporting integration, especially to improving Finnish or Swedish language skills, and, in some groups, also to literacy. Experiencing the quality of life as good and confidence in the Finnish service system are strengths which can be considered as sound starting points for promoting health and wellbeing.

Keywords: immigrant, health, wellbeing, functional capacity

Аннотация

Ану Э. Кастаньеда, Шадия Раск, Пяйвикки Копонен, Мулки Мёлся, Сеппо Коскинен (ред.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. (Здоровье и благосостояние иммигрантов. Исследование адаптации иммигрантов русского, сомалийского и курдского происхождения.) Национальный институт здоровья и благосостояния (THL) Raportti 61/2012, 397 страницы. Хельсинки 2012.

Цель данного издания - адресное доведение основных результатов проекта "Изучение состояния здоровья и социального благополучия иммигрантов" (Мааму) на максимально ранней стадии до сведения лиц и организаций, работающих с иммигрантами. Мы надеемся, чтобы, помимо проектной организации "Мааму" (www.thl.fi/maamu), ответственной за планирование и проведение проекта, также другие специалисты этой области могли использовать материалы исследования для более расширенного и углубленного анализа полученных основных результатов, представленных в данном отчете.

Приглашение принять участие в исследовании здоровья и благополучия иммигрантов получили по тысяче представителей в возрасте от 18 до 64 лет русского, сомалийского и курдского происхождения, проживающих в Хельсинки, Эспоо, Вантаа, Турку, Тампере или Вааса. Приглашенные лица проживали в Финляндии не менее одного года. Собеседование с приглашенными лицами и их медицинское обследование было проведено сотрудниками русского, сомалийского и курдского происхождения, владеющими как материнским языком исследуемых групп, так и финским. Особое внимание было уделено достигаемости респондентов, благодаря чему было достигнуто более высокое число участников, нежели в аналогичных исследованиях, проведенных в других странах. 70 % из потенциальных респондентов русского, 51 % сомалийского и 63 % курдского происхождения приняли участие по крайней мере в одной части исследования. Планирование и проведение исследования было скоординировано Национальным институтом здоровья и благосостояния (THL) совместно с широкой сетью специалистов. Имеющийся аналогичный исследовательский материал относительно основного населения возраста 18-64 лет вышеуказанных городов используется в качестве сравнительной оценки относительно тех показателей, которые были получены в результате проведенного сравнительного анализа исследования, опубликованного под названием "Здоровье 2011".

Уровень образования иммигрантов русского происхождения оказался выше чем у других исследованных групп или основного населения того же возраста в исследованных городах. Самый низкий уровень образования наблюдался среди лиц сомалийского происхождения. Чуть более одной трети женщин сомалийского происхождения лишены школьного образования. Приблизительно каждый десятый из женщин сомалийского и курдского происхождения оценивает свое умение читать как неудовлетворительное или отсутствующее. Среди мужчин - пару процентов. Почти каждая пятая женщина курдского происхождения и каждая третья женщина сомалийского происхождения испытывала большие трудности в понимании устной финской или шведской речи. Почти одна треть респондентов русского и курдского происхождения, и каждый шестой респондент сомалийского происхождения сообщил, что испытывает трудности при ведении дел в банке или другом соответствующем учреждении. Трудности, связанные с использованием интернета, наблюдались чаще всего среди женщин сомалийского (28%) и курдского (15%) происхождения. Мужчины сомалийского и русского происхождения оценили свою работоспособность как в среднем все мужчины основного населения. Однако доля работающих граждан среди всех опрошенных групп иммигрантов была меньше, а доля безработных и отправленных на вынужденный отпуск была больше чем среди всего трудоспособного население того же возраста в среднем в исследованных городах. Две трети лиц сомалийского происхождения, но только менее трети лиц курдского происхождения, принимали участие в общественной деятельности на регулярной основе. Респонденты русского происхождения активнее всех следили за событиями своей бывшей родины и также Финляндии. Самый активный электорат на прошедших парламентских выборах - мужчины сомалийского происхождения, а самый пассивный - женщины сомалийского происхождения.

Состояние здоровья по собственной оценке респондента была значительно ниже среди женщин курдского и русского происхождения, чем в других изученных группах. Однако лица сомалийского происхождения, особенно мужчины, оценили состояние своего здоровья как особенно хорошее. Лица сомалийского происхождения были больше всех удовлетворены качеством своей жизни. Они были - почти без

исключения - удовлетворены своей способностью справляться с повседневными делами, хотя в то же время относительно многие признались в трудностях в ведении дел в банке, в других учреждениях или по интернету. Лица русского происхождения прошли тест на физические способности лучше всех, лица сомалийского происхождения показали самые слабые результаты. Проблемы со зрением и слухом наблюдались особенно часто среди лиц курдского происхождения. Избыточный вес и ожирение распространены среди женщин сомалийского и курдского происхождения, а также среди мужчин курдского происхождения. Проявление избыточного веса и ожирения среди лиц русского происхождения соответствует средним показателям всего населения, за исключением ожирения в области талии, которое наблюдалось в меньшей мере среди женщин русского происхождения. Заболеваемость диабетом, о котором было доложено самим респондентом, а также на основании проведенных лабораторных исследований, наблюдалась чаще всего у женщин сомалийского происхождения. Заболеваемость повышенным артериальным давлением наблюдалась чаще всего среди лиц русского происхождения. Мужчины русского и курдского происхождения курили чаще чем основное население того же возраста в исследованных городах, а женщины - реже. Лица сомалийского происхождения почти не курили. Значительное число лиц русского происхождения в возрасте 18-49 лет - почти 40% - признались в использовании каннабиса. Употребление алкоголя особенно наблюдалось среди мужчин русского происхождения. Лица сомалийского происхождения использовали очень редко свежие фрукты или овощи в своем повседневном рационе. Также лица сомалийского и курдского происхождения меньше занимались физкультурой нежели население того же возраста в целом в исследованных городах.

Использование надежных контрацептивных средств было в меньшей мере распространено и, с другой стороны, спонтанные выкидыши были в большей мере распространены среди женщин сомалийского происхождения, которые также имели наибольшее количество родов. Прерывание беременности чаще всего осуществлялось среди женщин русского происхождения. Значительное число женщин сомалийского и курдского происхождения рассказало, что им было сделано обрезание.

Даже 78% лиц курдского, 57% сомалийского и 23% русского происхождения испытали какой-то травмирующий случай во время пребывания на бывшей родине. Непроходящие травмы, полученные вследствие пережитого насилия, были в большей степени распространены среди респондентов курдского происхождения, из которых каждому десятому была причинена непроходящая травма вследствие насилия. Во время пребывания в Финляндии более 20% респондентов всех групп слышали обзывания и устные оскорбления в свой адрес в повседневной жизни. Невежливое или неуважительное обращение было еще более обычным явлением. Каждая вторая женщина курдского происхождения, каждая четвертая женщина русского происхождения и каждый четвертый мужчина курдского происхождения испытывал симптомы серьезной депрессии, тогда когда среди всего населения того же возраста в исследованных городах только 10% испытывали симптомы серьезной депрессии. Обращение к психологической помощи среди лиц курдского и русского происхождения распространено в такой же степени как среди всего населения того же возраста в исследованных городах, хотя проявление текущих симптомов серьезной депрессии по отношению к основному населению было значительно более распространено среди исследованных групп иммигрантов.

Иммигранты сомалийского и курдского происхождения использовали услуги государственного здравоохранения чаще чем иммигранты русского происхождения или основное население в возрасте от 18 до 64 лет. Значительная часть этих обращений составляли посещения учреждений дежурных медицинских услуг. Все исследованные группы иммигрантского происхождения использовали услуги врача, предоставляемые на рабочем месте, а также услуги частных медицинских учреждений или выписанные врачом лекарства, меньше чем основное население. Лица русского происхождения чаще чем другие пользовались услугами врача за пределами Финляндии. Препятствиями к получению лечения стали, чаще всего, очереди в системе здравоохранения, высокие цены за лечение и языковые барьеры. Потребность на реабилитационные услуги было значительно распространено среди лиц русского и курдского происхождения, из которых каждый пятый респондент заявил о необходимости получения услуг реабилитационного характера.

Лица, проживающие в Финляндии уже давно или приехавшие в Финляндию в более раннем возрасте сталкивались с проявлениями социального вытеснения чаще чем лица, проживающие в Финляндии недолго или приехавшие относительно недавно. Лица сомалийского и курдского происхождения, проживающие в Финляндии недолго или приехавшие относительно недавно, испытывали чаще других

проблемы с физическими и социальными функциональными способностями. Лица русского происхождения, приехавшие в Финляндию в более раннем возрасте, имели чаще других пережитые травматические события, а также потребность в психологической помощи и проблемы с алкоголем. Они также чаще чем лица, приехавшие в Финляндию в позднем возрасте, испытывали проявления социального вытеснения и чувство собственной незначительности.

При разработке проекта *"Здоровье и работоспособность иммигрантов - система отслеживания для муниципальных образований"*, финансируемого европейским социальным фондом, были задействованы методы и результаты, полученные при проведении настоящего исследования. Используемые в исследовании методы измерения работоспособности и функциональных способностей человека переведены на разные языки, и ими можно свободно ознакомиться в базе данных "TOIMIA". Результаты проведенного исследования представлены также в нашей интерактивной сетевой услуге, с помощью которой возможно проведение сравнительного анализа данных по разным категориям населения, регионам, а также на национальном уровне. В дальнейшем исследование здоровья и благополучия иммигрантов планируется проводить в рамках проекта Регионального исследования здоровья и благополучия граждан (ATH).

На основании опытов, полученных в рамках проекта "Мааму", отмечена необходимость более тщательного анализа при проведении исследования языковых и культурных меньшинств. Подготовке и инструктажу персонала, которому поручено проведение исследования, следует выделить дополнительные ресурсы. Повышенное внимание следует обращать также на установление личного контакта с респондентами, их информирование и разработку специальных мер по языковым и культурным вопросам. Возможность проведения исследования на родном языке респондентов имела свои преимущества, однако общее языковое и культурное происхождение исследуемых и исследователей может также, в какой-то степени, затруднять процесс сбора информации. Далеко не все респонденты готовы раскрыть свою этническую принадлежность. Далее, обсуждение чувствительных вопросов внутри своей общины может оказаться многим слишком неудобным. Мастерские, организованные в исследованных городах, оказались хорошим каналом для распространения результатов исследования, однако применение полученных результатов предполагает долгосрочную работу и сотрудничество между различными ведомствами. Результаты исследования были обсуждены в семинарах, организованных на русском, сомалийском и курдском языках. Данные семинары оказались полезными для ученых, анализирующих результаты исследования, а также в плане доведения результатов исследования до переселенческих общин.

Разработка услуг для иммигрантов в сфере здравоохранения, в частности в сфере психологической помощи, требует стремительных мер, так как нынешняя система обслуживания способна привлечь далеко не всех, кто нуждается в данных услугах. Необходимо проведение профилактической работы, направленной на реабилитационные меры и улучшение состояния здоровья иммигрантов путем предупреждения избыточного веса и возникновения ограничений функциональным способностям человека, а также в плане устранения недостатков, связанных с возможным неправильным питанием или недостаточным объемом физкультурных занятий. Разработка методов предупреждения и профилактики социальных болезней, особенно диабета, предполагает принятие мер и самими иммигрантами. Повышенное внимание следует уделять поддержке в адаптации, в частности развитию языковых навыков иммигрантов. Следует также подчеркнуть важность проведения дальнейшей работы по развитию письменной грамотности некоторых исследованных групп. Принятый уровень качества жизни и доверие финской системе обслуживания - сильные стороны нашего общества, являющиеся предпосылками для дальнейшего развития здоровья и благополучия граждан.

Ключевые слова: иммигрант, здоровье, благополучие, функциональные способности человека

QORAAL KOOBAN

Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Mulki Mölsä, Seppo Koskinen (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. (Caafimaad iyo nololwanaaga ajaanibta. Cilmibaaris ruushka-, soomaalida- iyo kurdishta ku nool Finland.) Machadka caafimaadka iyo nololwanaaga (THL). Raboot 61/2012, 397 boga. Helsinki 2012.

Muhiimadda howshan oo aheyd in ay helaan cilmibaarayaasha caafimaadka iyo nololwanaaga ajaanibta (Maamu) macluumaadkey cilmibaaristan ku ogaadeen iney iney sii adeegsadaan suurogal ahaan dadyowga u baahan doona iyo abaabulkooda. Waxaan rajeyneynaa, in Maamu-hanke (www.thl.fi/maamu) warbixintan natiijooyinka ka soo baxay qorsheynta iyo natiijada jawaabaadkii ay noqoto mashruuc abaabul oo ballaaran kaasoo ka faa'iideystaan aqoonyahanada kuwaasoo iyaguna si fiican u darsa una ballaariyaan macluumaadkan.

Cilmibaarista caafimaadka iyo nololwanaaga ajaanibta waxaa loogu yeerey kun raashiyaan, kun soomaaliya iyo kun kurdish ah dad da'aadoodu u dhaxeeyo 18-64 jiro, kuwasoo ku nool Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ama Vaasa. Dadyowgaas loo yeerey waxay ku noolaayeen Finland ugu yaraan sanad. Wareysiga iyo baarista caafimaadkaba waxaa sameynayey baarayaasha goobtaas raashiyaan, soomaali iyo kurdishaan kuwasoo ku hadlaya la baaraha luuqadiisa iyo luuqada finnishka. Baarayaashuna waa kuwo si qaasa looga soo baaraan dagey, hufnaanta looga qeybqaateyna waxay aheyd mid aad uga sareysa markii loo fiiriyo baaritaamadii lagu sameeyey waddamo kaloo badan. Baaristii dadka asalkoosu ahaa ruushka 70% asal ahaan soomaalida 51% iyo asal ahaan kurdida 63% ayaa ka qeybqaatey cilmibaaristii ugu yaraan qeyb kamid ah. Waxaa agaasimaya qorsheynta iyo hirgelinteedaba Machadka caafimaadka iyo nololwadaaga (THL) iyagoo la kaashayanaya aqoonyahanada ay la leeyihiin cilmi isweydaarsiga. Da'da labaarayashaa 18-64 jir tirokoobka natiijada ka soo baxdey waxaa lala barbar dhigayaa qeybaha ajaanibta kale, kuwaasoo haday yihiin kuwo u qalma isbarbar dhig waxaana lagu soo wargelin cilmibaarista caafimaadka 2011.

Ajaanibta asalkoodu ahaa ruushka aqoonta tacliinta wey ka sareeyeen markii loo fiiriyo kuwo asalkoodu ahaa waddamada kale markii loo eego da'dooda. Tacliinta ay soomaalida leeyihiin ayaa u liidatey. Sadex meelood meel ayaan haweenka soomaaliyeed dhiganba weligood iskuul. Qiyaastii tobonkiiba haweenka mid ayaa wax yar qorta amaba aanan waxba qorin haweenka soomaalida iyo kurdishta, nimankana boqolkii labo. Luuqada swidhiska ama finnishka ku hadlidiisa iney fahmaan aad ayey ugu adkeyd hawennka asalkoodu ahaa soomaalida sadexdii haweenba mid kamid ah iyo kurdidhtoo lixdii haweenba mid, waxayaabaha ugu adag ooy sheegeena waa kadanaysiga bankiyada, xafiisyada iyo wixii lamida. Aqoondarada isticmaalka

internetkana waa mid ku badan haweenka soomaalida (28%) haweenka kurdishtana (15%). Soomaalida iyo ruusha nimankooduba gebi ahaan waxay u arkeen iney yihiin kuwa shaqeyn kara. Horin walbaba ajaaniba oo kaqeybqaadatey cilmibaaristan wey lahaayeen kuwo shaqeya balse waxaa jirey kuwo iyaguna shaqo la'aan ah ama kuwo iyagana shaqo la'aan darteed loo soo fasaxay iney ku jireen oo isku da' u badnaa. Sadex meelood labo meel soomalida laakiin kurdidu waxay ahaayeen sadexdiiba mid waa kuwo si joogta ugu xiran hey'ado ama howlo urureed. Raashiyaanku iyagu waa kuwo si hufan ula socda waddankoodii hore iyo Finlandba waxyaabaha ka jira. Si hufnaan leh ayaa codeyntii doorashadii golaha baarlamaanka Finland niman badan oo saamliya ka codeeyeen. kuwa sida hufan aan u codeyna waxay ahaayeen haweenka asalkoodu ahaa soomaaliga.

Haweenka asalkoodu ahaa kurdishka iyo ruushka caafimaadkoodu wuu ka liitey markii loo fiirayo kuwa kalee ka qeybqaadatey cilmibaaristan, meeshey nimanka soomaalida ay u arkeen in caafimaadkoodu yahay heer sare. Soomaaliduna waxay ahaayeen kuwa ugu qanacsan guud ahaan noloshooda. Waxayna si aan caadi aheyn ugu qanacsanaayeen howlmaalmeedkooda iyo sidey ku noolaan lahaayeen, xitaa iyadoo qaarkood inta baddan sheeganaya dhibaataada ka heysata ka daneysiga bankiga iyo xafiisyada kaleba iyo weliba isticmaalka ku daneysiga shabakada. Asal ahaan ruushka waa kuwa ugu wanaagsanaa baaritaankii tabarta iyo waxqabadkaba, soomaalidu waxay ahaayeen kuwa ugu liita. Kurdiduna waxay ahaayeen kuwo maqalka iyo aragtida ku dhibaateysan. Cayilka iyo miisanka badan wuxuu ahaa mid ku baddan haweenka soomalida iyo haweenka kurdida iyo weliba nimanka kurdida. Ruushkana gebi ahaan inta ka qeybqaadatey baaristan cayilka waxaa ugu soo dhowaa dhexda haweenka taasoo markii loo eego haweenka ruushka aan ku badneyn. Macaanka ama sokorowga inta sheegatey iyo baaritaanka sheybaarka natijadiisaba kuwa u badan waxay ahaayeen haweenka soomaalida. Dhiiga kacsan ama ku dhow waxaa u badnaa kuwa asalkoodu ahaa ruushka. Nimanka ruushka iyo kurdida ayaa u badnaa sigaar cabista. laakiin guud ahaan haweenkii kaga qeybgaley meelaha kala duwan cilmibaaristan kuma badneyn cabista sigaarka. Soomaalida maba cabaan sigaarka 18-29 jirada ruushka intooda baddan ugu yaraan 40% ayaa sheegey iney cabaan muqaadiraadka kannabis. Qamriga isticmaalkiisa waa mid ku badnaa nimanka ruushka. Soomalidu aad bey ugu yar tahay wax cuna maalin walba qudrad ama miro fireesh ah. Soomaalidu iyi kurdidaba waa kuwa ugu aalamiitada liito markii loo eego gebi ahaan baaritaamadii lagu sameeyey meelaha kala duwan.

Habka hubantida ee looga hortago dhalmada caruurta ama ilmahoo kadilma waa mid ku baddan haweenka soomalida, kuwaasoo horeyba wax u soo dhaley. Ilmo iska soo xaaqista waxaa u badan haweenka ruushka. Si xad dhaafa qeybo haweenka soomalida iyo haweenka kurdishka ah ayaa sheegey iney guddan yihiin.

Kurdida 78% soomaalida 57% iyo ruushka 23% dareenkey ku reebtey qalbigooda iyo dhibaataadii ay kala soo kulmeen waddankoodii hore. Dhaawaca aan ba'eyn ee loogeystey wuxuu ku badnaa kurdishka, taasoo tobankii kurdi mid kamida loogeystey dhaawac aan ka ba'eyn. Aflagaadada iyo cayda loo geystey intey

Finland ku noolaayeen waa mid maalin walboo noloshooda waxaa ku jawaabey shantii la wareystayba mid kamid ah, waxaa sidoo kale ku badnaa xushmad la'aan iyo qadarin xumo lagula dhaqmey. Walbahaar iyo nayidjab dareenkeeda waxay aheyd mid haweenka kurdida labadiiba ay mid dareemeysey. nimanka ruusha iyo kurdida afartiiba mid ayaa dareenkaas qabey, markii tirakoobka goobihii cilmibaarista ka jirtey leysku geeyey walwalka iyo dareenka niyadjabka waxay aheyd wax kayar 10%. Adeegyada cilminafsiiga waxaa isticmaalkeeda ku badnaa kurdida iyo ruuska. Baqdinta iyo walwalka guud ahaan lagu ogaadey cilmibaaristan waxaa u badanaa hormooyinkaas.

Soomaalida, kurdida iyo ruushka ee da'doodu u dhexeysey 18–64 jir ee baritaankan ka qeybqaatey iyo dhamaan degmooyinkii lagu sameynayey cilmibaaristan waxay badankood isticmaalaan adeegyada dhaqaatiirta jooga rugaha caafimaadka dadweynaha kuwasoo inta baddan la kulma dhaqaatiirta heeganka ah, aad bey ugu yaryihiin kuwa isticmaala rugaha caafimaadka shaqaalaha iyo dhaqaatiirta bareefadka ah iyo daawooyinke qoraanba. Asal ahaan kuwa ruushka isticmaalida dhaqaatiirta meelaha kale een aheyn Finland wey ku baddan yihiin, sababtuna helista daryeelka ayaa waxay tahay mid safkeedu dheer yahay, qiimahoo qaaliya iyo luuqadii oo ku adag. Kuwa baxnaaninta u baahan waxaa ugu badnaa ruushka iyo kurdida kuwasoo shantii qofba uu mid kamid ahi fikirkiisu ahaa inuu u baahan yahay baxnaanin.

Dareenka ah in la takoorey waxay ku badneyd kuwa waqtiga dheer ku noolaa Finland iyo dhalinyarada, markii loo fiiriyo kuwo iyagu degnaa waqtiga yar iyo dadka waaweyn ee u soo guurey Finland. Tabardarida iyo taagdaradaba waa mid ay kaga baddan yihiin soomaalida iyo kurdida waqtiga dheer halkan ku noolaa markii loo eego kuwooda dhawaan usoo guurey Finland. Dhalinyarada asalkoodu ahaa ruushka ee usoo guurey Finland waa kuwa iyagu maqaadiirta ugu darran heysato isticmaalana muqaadiraadka ama maandooriyaal una baahda adeegyada cilmi nafsiga. Iyagaana u baddan kuwa dareensan in la takoorey isla mar ahaanta noloshuna wax macna u laheyn markii loo eego kuwooda waaweyn ee u soo guurey Finland.

Maalgelinta ay keydka dhaqaalaha arrimaha bulshadda ee Yurub maalgelisey mashruuca la socodka degmooyinka ku howlan caafimaadka iyo kartida shaqo ee ajaanibta natiijada cilmibaaristan iyo habka loo sameeyey waxay hormarineysaa oo looga faa'iideysanayaa sidii lagu horumarin lahaa. Waxyaabihii loo adeegsadey cilmibaaristan oo lagu cabirayey iyadoo loo turjumey luuqado kale macluumaadka cilmibaaristan iyo cabbirkii kartida shaqo waxaad si xora uga heleysaa boga warbixinada TOIMIA. Waxaa natiijaada cilmibaaristan sidoo kale rabootgeeda ka heleysaa adeega shabakada caafimaadkeena, halkaasooy kuu sahlanaan doonto inaad is barbar dhigto heerarka nawaaxiyadii ama hormooyinkii isku jinsiyada ahaa. Waxaa intaa sii dheer in la qorsheynayo cilmibaaris caafimaadka iyo nololwanaaga ajaanibta ka sii socon doonta qeybo nawaaxiga cilmibaarista caafimaadka iyo nololwanaaga (ATH).

Waayo aragnimadda iyo aqoonta uu mashruuca Maamu u leeyahay cilmibaarista dhaqmada iyo luuqadaha dadyowga ku yar waddanka howsha ugu adag waxay tahay waxbarista iyo tasmada shaqo ee howlwadeenada cilmibaarista, la xiriirista shaqsiyaadka isku soo duwistooda, talosiinta wareystayaasha xalka ama xalinta luuqadaha iyo dhaqamada hirgelintooda. Waxaa arrinn wanaagsan in lagu wareysto la wareystaha afkiisa hooyo, balse wareystaha iyo la waeystaha isku luuqada ah mararka qaarkood waxay ku noqotaa carqalad soo uruurinta macluumaadka maadaama dhaqankii isku mid kayihiin la wareystayaasha qaar ma rabaan iney ka hadlaan ama wax ka sheegaan jiritaankoodii, sidoo kalana waxyaabo qaarkoodna ay ku adkaadaan is wareydiinta su'aalaha qaar dad isku dhaqan ama af ah. Goobaha shaqo ee lagu qabtay cilmibaaristan waxay ahayeen kuwo faa'iido leh natiijada cilmibaaristan iyo baahinteeda, laakiin ka faa'iideysiga natiijada cilmibaaristan waxay u baahan tahay dulqaad shaqo dheer iyo wada shaqeynta hay'adaha kale. Waxaa sidoo kale cilmibaaristan lagu falanqeyey aqoon isweydaarsi ay ka qeyb ahaayeen soomaali, kurdi iyo ruush, taasoo u faa'iido aheyd natiijada macluumaadka iyo fikirkii ay ka heleen cilmibaarayaashii war isweydaariskii ajaaniibtaas.

Waxaa in si degdega loo hormariyo u baahan adeegyada caafimaadka siiba adeega cilmi nafsiga ajaanibta, sababtoo ah inta u baahan barkeed uun baa hesho adeegaas. Horumarinta caafimaadka iyo baxnaaninta waxaa u baahan ka hortagista cayilka, awoodis darada shaqo iyo aan aalamiiteyn hadana ay ku yar tahay isticmaalka nafaqooyinka in loo saxo. Cudurada dadka qaasatan macaanka/sokorowga ka hortagisteeda sidii loo horumarin lahaa in lagu howleeyo ajaanibta. U fududeynta laqabsiga waddanka, siiba barashada luuqada ja hormooyinka qaarkood oo u baahan barista qorista iyo aqrinta, waxayna u baahan tahay waxyaabo baddankood in la qiimeeyo. Nolasha wanaagsan iyo kalsoonida nidaanka adeega finnishka ay ahaadaana kuwo lagu kalsoonaado, taasoo muhiimaduna tahay horumarinta caafimaadka iyo nololwanaaga.

Dulucda hadalka: ajaanib, caafimaad, nololwanaag, howlkarnimo

كورتە راپورت

نەنۇنى كاستانىدا (Anu E Castaneda)، شادىيە رەسك (Shadia Rask)، پايڭىكى كوپونىن (Päivikki Koponen)، مولكى مۆلسە (Mulki Mölsä)، سىنپۇ كۆسىكىن (Seppo Koskinen) (رۇژنامىسى).
 Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurdiataustaisista Suomessa. (تەندروستى و باشگوزەرانى كۆچىران. لىكۆلىنەمۇ لەمۇ كەسەنە كە پىشېنە روسى- سۇملى و كوردىيان لە قەلەندا ھەيە). بەنكە تەندروستى و باشگوزەرانى (THL). راپورتى ۲۰۱۲/۶۱، ۳۶۳ لاپەرە. ھەلسىنكى ۲۰۱۲. (چاپكراوہ)

مەبەست لەم بەر ھەمە ئومىيە كە خالە سەر كەمىكانى سەر نەمكەننى لىكۆلىنەمۇ لە تەندروستى و باشگوزەرانى كۆچىران (Maamu) ھەر چى زووتر بەدەستى كەسەن و نۇرگانە پىشېستەمەن بەگىمەندىت. ھىوادارىن، كە پروژە مامو (Maamu) (www.thl.fi/maamu) ھاواكات لەمگەل لىپىر سەراپەنى بەر فرەوانى نەمخەمدار شەن و جىبەجىكرەننى رىكخەستى پروژە كە زۆرىكە لە پىسپۇرانى تىرىش بىتوان كەلەك لە ماتىر يالەكانى و مەبەگرن و كەلەكى پى بەگىمەن لەر يەكە ھەر چى قولكردنە و بەرىنكە دىنەمۇ نەمۇ زانىيارى بەنەرتىيەنە كەلمە راپورتەدا پىشەكەش كراوہ.

بۇ لىكۆلىنەمۇ تەندروستى و باشگوزەرانى كۆچىران سەر جەم ھەزار كەس كە پىشېنە روسى، ھەزار كەس كە پىشېنە سۇملى و ھەزار كەس كە پىشېنە كورد كە تەمەنەن لە نىوان ۱۸-۶۴ سەل بوون بەنگەران، كە لە ھەلسىنكى، نىسپۇ، قانتا، توركو، تامپېرى پان لە فاسادا دەژيان. كەسەننى بەنگەران لانى كەم ماوہى بەك سەل بوو لە قەلەندا ژيانىان بەسەر دەبرد. دىمەنەكان و لىكۆلىنەمۇ تەندروستىمەكان لىكۆلىنەمۇ روس، سۇملى و كوردى زەمان لەمۇ شۇنەنەن كە جىگە مەبەست بوون نەنجامىان داوہ، كە بەزەمانى خۇدى نەمۇ كەسەمۇ لىكۆلىنەمۇ لەسەر دەكرا و ھەر ھەھە بە قەلەندىش دەنەن. بۇ بىننى كەسەننى كە لىكۆلىنەمۇ مەبەست لەسەر دەكرا بەتايىتتى گرىنگىكى زۆرى پى دەرا، و رىژە چالاكبوون لە بەشدارى كەندىشدا لە چاوا ناوا لىكۆلىنەمۇ بەك لە زۆرىكە لە ولاتانى تەدا زۆر بەرز بوو. نەمۇ كەسەننى لىكۆلىنەمۇ لەسەر كرا، روسىمەكان ۷۰%، سۇملىمەكان ۵۱% و كوردەكان ۶۳% لانى كەم لە بەشكەن لەمۇ لىكۆلىنەمۇ بەشدارى كەردە. بەنكە تەندروستى و باشگوزەرانى نەمخەش و جىبەجىكرەننى لىكۆلىنەمۇ بە ھاواكارى لەمگەل تۆرىكى بەر فرەوان لە پىسپۇراندا لە نەستو كرت. ماتىر يالى لىكۆلىنەمۇ لە سەر جەم دانىشتوانى تەمەن ۱۸-۶۴ سەلەن بەراورد دەكرەن لەمگەل نەمۇ بەشەنەن كە گۇرەنكارىيان بەسەردا ھاتوہ، كە لەمۇ لىكۆلىنەمۇ بەراوردكارەن كراون و لە لىكۆلىنەمۇ تەندروستى سەلى ۲۰۱۱ راپورت دراوہ.

ئاستى خۇندەمۇرى كۆچىرانى بەپىشېنە روس زەمان بوون بەرزتر بوو لەمچا گروپمەكانى تەدا ياخۇد لەمچا ھەممو دانىشتوانى ولات سەر بەمۇ تەمەنەنە بەگوزەرى لىكۆلىنەمۇ شۇنەنە جۇراوچۇرەكان كە كراون. ئاستى خۇندەمۇرى كۆچىرانى بەپىشېنە سۇملى زەمان لە ھەممو لە خوارتر بوو. لەسەر سى يەككى ژاننى سۇملى كۆچىرە ھىچ كاتتەك نەچچو بوونە فەزگەوہ. نەزىكە لە دەدا بەك ژن لە ژاننى پىشېنە سۇملى و كورد مەزەنەن نەمۇ بوو كە بە لاوازى دىتوان بەخۇنەنەن پان ھەر ھىچ ناتوان، بۇ پىپاوان نەمۇ رىژە مە دەدا دوو بوو. تىگىشەن لە قەسە قەلەندى پان سوئدى گرتقى گەردى بۇ نەزىكە سى يەككى ژاننى كۆچىرە سۇملى و پىنچ يەككى ژاننى كۆچىرە كورد ھەبوو. نەزىك بە بەك لەسەر سىنى كۆچىرەننى روس زەمان و كورد زەمان و بەك لەسەر شەشى كۆچىرەننى سۇملى زەمان رايگەنەن كە لە كاتى سەردانىندا لە بەنگە، لە دام و دەزگا فەرمەكاندا پان لە ناوا شۇنەنەن گىرەگەرتىيان ھەيە. گىرەگەرتەكانى بەكار ھىنەننى نىتەرتىت زۆرتە بوون بۇ ژاننى كۆچىرە سۇملى زەمان (۲۸%) بۇ ژاننى كورد زەمان (۱۵%). پىپاوانى سۇملى و روسى زەمان پىپاوانى و ابوو كە تونابى كار كەندىيان بەنەندازە پىپاوانى ھەممو دانىشتوانى تە باشە. بەلام بەھەر حال رىژە نەنەنە كە كارىيان ھەبوو و لەسەر كار بوون لە لىكۆلىنەمۇ لە ھەممو گروپمەكاندا كە پىشېنە كۆچىرەننى ھەيە كەمەتر بوو و رىژە بىكاران پان نەنەنە بەزۆر پىشوپان پى دراوہ زۆر تە بوو لە چاوا لىكۆلىنەمۇ بەك لەسەر نەمۇ تەمەنەنەن لە ئاستى ھەممو دانىشتوانى ولاتدا كراوہ. نوو لەسەر سىنى سۇملى زەمان، بەلام تەننىا لە خوار بەك لەسەر سىنى كورد زەمان بەشدارى بەردەمۇ چالاكى رىكخراو و نەنچوومەنى كەردە. روسى زەمانەن چالاكانە تەنگادارى رووداومەكانى ولاتى پىشوپى خۇيان و رووداومەكانى قەلەندىيان بوون. لە ھەلبۇزاردى پەلمەننى نەمۇ دوپانەندا پىپاوانى سۇملى چالاكانە تە دىنگەن داوہ، ژاننى سۇملى لە ھەممو لاوازتر و كەمەتر دىنگەن داوہ.

تەندروستى ژاننى و كورد و روس زەمان بە روونى خراپتر بوو لەمچا لىكۆلىنەمۇ تە لە گروپى تەدا، لە بەرەمبەردا سۇملى زەمانەن بەتايىت پىپاوان بە بۇچوونى خۇيان تەندروستىيان زۆر باشە. سۇملى زەمانەن كە ناو ھەمموپاندا رازىتر بوون ھەر ھەھە لە ژيانىان. نەوان بەبى ھىچ ناوہ تەبەك رازى بوون ولە ھەممو كاروبارى رۇژانەن خۇيان سەر كەوتو بوون، سەرەرا نەمۇ بەشكەن بەرچاوپان باسى گىرەگەرتىيان كە كاتتەك كە سەردانى بەك و باقى فەرمەكانە دەكەن و كاتتەك نىتەرتىت بەكار دەھەن. روسى زەمانەن لە تىستەكاندا تونابى فەزىكىيان لە ھەمموپان باشتە نەنجام دا، بەلام سۇملى زەمانەن لە ھەممو لاوازتر بوون. لەناو كورد زەمانەن بەبۇچوونى خۇيان

گیروگرفتی بینین و بیستن تییاندا بتایبیتی گشتی و زور بوو. کیشی زور و قلموی بتایبیتی لئاو ژنانی سؤمالی و کوردا همرودها لئاو پیاوانی کوردا گشتی و زور بوو. دهرکومتی قلموی لئاو رووسی زمانکاندا له چاو هممو دانیشتونانی ولاندا، بجی لمبر چاوگرتی قلموی ناوقدی ژنان، له ناو ژنانی رووس زماندا کمتر بوو. نمخوشی شمکر بگوزیره لیکو لئینومکانی تاقیگا وک راپورتی نمخوشی و دوزراوه دهرکومتوه له ناو ژنانی سؤمالی زماندا زورتر بوو. گوشاری بجزی خوین له ناو رووسی زمانکاندا زورتر بوو. پیاوانی کورد و رووس زمان زورتر جگهره دمکیشن و ژنان بدمگمتر لمچاو لیکو لئینومکانی سمرتاسری له هممو دانیشتونانی ولات لمسر ناستی نوه تممنانه لم لیکو لئینومکانی لمبر چاو گیراوه. سؤمالی زمانکان بهیچ شیویک جگهر میان نمکیشاوه. رووسی زمانکانی تممن ۱۸-۲۹ سال بتایبیتی زوریان نزیکهی ۴۰% باسی کیشانی مادی کانایسییان کردوه. خوارنموی مشروب لئاو پیاوانی رووسی زماندا گشتی بوو و زوریان مسرف کردوه. سؤمالی زمانکان زور بدمگممن روژانه سموزه یان میوهی تازه دمخون. سؤمالی و کورد زمانکان مسرف گرهی و مرزیشیان کمتر کردوه له چاو دانیشتونانی سمرتاسری هاوتممن که لیکو لئینومکانی لمسر کراوه.

بکار هینانی شیومکانی باومرپیگراوهی بمرگری کردن له دووگیان بوون له ناو ژنانی سؤمالی زماندا کمتر بووه و مندال لمبارچوونی خویمخویی له ناویاندا زور بووه، که همرودها مندالی زورتریشیان بووه. مندال لمباربردن لئاو ژنانی رووس زماندا زور گشتی بووه. بشیکی بمرچاو له ژنانی سؤمالی و کورد زمان باسیان کردوه که ختمنه کراون.

کورد زمانکان تمناعت ریژهی ۷۸%، سؤمالی زمانکان ۵۷% و رووسی زمانکان ۲۳% باسی نو میان کردوه که بسمهاتی دلنژین و ناخوشیان له ولاتی پیشوی خویان بسمه هاتوه. نارمحتی بمر دوام و همیشیمی له ننجامی بکار هینانی زمرورننگوه لئاو کورد زمانکاندا زورتر و گشتی تر بوو، که لهوانه یگ لمسر دیبان بهوی زمرورننگوه نارمحتی همیشیمی تووش بووه. لهکاتی ژبانان له فلندا ناو وناوئرلینان و قسده زارمکی نازار هینر زیاتر له پینچ یمکی هممو نو گروپانهی لیکو لئینومکانی لمسر کراوه له ژبانانی روژانعیاندا بمروروی بوونتموه، رفقاری بی حورممتیانه و نامودعیانه بمرامبریان لموش زیاتر بووه. خمموی و نارمحتی دهرونی بهیژ له ناو ژنانی کورد زماندا تمناعت له همر دوو کسدا یمکی همیووه، ژنانی رووسی زمان و پیاوانی کورد زمان همر چوار یمکیان همیابووه، له لیکو لئینومکانی نو چمشه له سمرتاسری دانیشتونانی ولات بق نو تممنانهی که لئیرشدا کراوه ریژهی خمموی و نارمحتی دهرونی بهیژ کمتر له ۱۰% بووه. بکار هینانی خزمگوزاری تندروستی دهرونی له گرووی کورد زمان و رووسی زمانکاندا زور و گشتی بووه له چاو ناکامی لیکو لئینومکانی سمرتاسری دانیشتونانی ولات بق نو تممناندی لیرشدا کراوه، سمرهاری نوهی دهرکومتی نیشانمکانی خمموی و نارمحتی دهرونی بهیژ له نیستادا له هممو نو گروپاندا له چاو هممو دانیشتونانی ولاندا زور بمرچاو ترو گشتی تره.

سؤمالی زمان و کورد زمانی کوزمچیران زیاتر له رووسی زمانکان و تهاوی دانیشتونانی تری تممن ۱۸-۶۴ سالان خزمگوزاری چوونه لای دوکتوری بنکدهی تندروستی کلک لی و مردمگرن و بشیکی بمرچاوی نوانش هات وچوی بشی نیشکگری بووه. هممو نو گروپه کوزمچیرانهی لیرمدا لیکو لئینومکانی لمسر کراوه لمچاو هممو دانیشتونانی ولاندا کمتر کلکیان و مرگرتوه له دوکتوری تایبیتی و خزمگوزاری دوکتوری تندروستی کاری همرودها لمو دهرمانانهی رچمتدارانهی که له لاین دوکتوره دراوه. رووسی زمانکان بگشتی کلک له خزمگوزاری دوکتور له دهرموی فلنداش دمکن. ریگرمکانی بمردهم بدهستهنپتانی چارسری بگشتی بریتی بوون له نورمیگ که بق چارسری گیراوه، نخی زور بمرز و گرفتکمانی زمان. پیویستی به چارسری توانبخشین بشیویمکی بمرچاو بتایبیتی لئاو رووسی زمانکان و کورد زمانکاندا زور بوو، که لهوانه همر پینچ یمکیان باسی کردوه که بمرچوونی خوی پیویستی به چارسری توانبخشینی همیه.

نعمونی هلاواردن لئاو نواندا زور بووه که ماویمکی زورتر له فلندا ژباون و نوانهی به تممنی لاویتی بق فلندا هاتون له چاو نوانهی که ماویمکی کمتر ژباون یان نوانهی له تممنیکی سمر مورتدا بق نم ولانه کوزمچیران کردوه. گیروگرتکمانی توانایی فیزیکی و کوزملاهیتی سؤمالیه زمانکان و کورد زمانکان زورتر و گشتی تر بوو لمچاو نوانهی که ماویمکی کمتر له ولاندا ژباون یان نوانهی که له تممنیکی سمر مودا بق فلندا کوزمچیران کردوه. نو رووسی زمانکانی که به تممنی لاوی بق فلندا هاتون زورتر بمروروی روداوی دلنژین و ناخوش بوون و پیویستیان به خزمگوزاری تندروستی دهرونی همیووه و مشرووب و مادی هوشبیریان بکار هیناوه. نوانه زور جار رووبرووی هلاواردنیش بوونتموه و بدمگممن نرخ و گرنگی ژبانیان هست پیکردوه لمچاو نوانهی که له تممنیکی سمر مورتدا بق ولات هاتون.

سندوقی یارمحتی کوزملاهیتی نوروپا که پارهی بق پروژهی توانایی کارکردن و تندروستی کوزمچیران سیستمی چاوینیری له شمارموانیکاندا له کاری گمشپیدانی نم پروژمیدا چوینتمه پیشموه لمبر نوهی نو شیوانهی له لیکو لئینومکاندا بکار هاتون و ننجامکانی لیکو لئینومکمش کلکی لی و مرگیراوه. نو شیوانهی که له لیکو لئینومکاندا بکار هاتون و وهرگیردراومکانیش بق زمانکان و پیوانکانی توانایی کارکردن دمتوانری نازادانه له بنکدهی زانیاری TOIMIA بدمست بیت. همرودها ننجامکانی لیکو لئینومکانی راپورت دندریتوه له خزمگوزاری مالبری نینتئر نکتیفی تندروستیماندا (Terveytemme)، که لمویندا بمروردکردنی زانیاریمکان له ناستی گروپکانی

دانشجویان، ناوچمکان و هر دوها نتمو مگاندا ننجام دهریت. سمر برای نوه له نایندیشدا بهر دوام تندروستی و باشگوزهرانی کۆچهران نمخشی بۆ دکیشریت تا وک بشینک له لیکۆلینوه له تندروستی و باشگوزهرانی ناوچمی (ATH) لیکۆلینوهی لیسمر ننجام بدریت.

بمگۆیره ی نوه نزمونانیه که له پرۆژهی مامودا (Maamu) کۆکراونتموه لمکاتی ننجامدانی لیکۆلینوهی لیسمر کمایتمیه زمانی و کلتورویمکان نوه بابتمانی که قورسن و پئویست به دهرفتی زیاتر دهکات له قوناغه جۆراو جۆرمکانی دا بهتایبته بریتین له نامادهکردن و رینوینی کارپیدانی پیزسونیلماکان، کۆنناکتی روویمروو لمگهل نوه کسانه بۆ لیکۆلینوه هملدهیزدین، راولژدان بوه کسانه لیکۆلینوه مکیمان لیسمر دهریت و هر وهها پیکوه دروویمروو ریگاچاره تاییبتمکانی زمان و کلتور. له بکاره هینانی زمانی دایکی نوه کسانه لیکۆلینوه مکیمان لیسمر ننجام دراهه بسوود بو، بهلام زمان و کلتوروی هاویشی کسی لیکۆلینوه لیسمر کراوکه و ننجامدهری دیمانهکه دهریت هر وهها له همدن حالتدا بهرامبه به زانیاری کۆکردنوه که ریگری دروست بکات. ههمو نوانه که لیکۆلینوهیان لیسمر کراوه نایانوه که بمگۆیره ی نیتیکه بناسریتوه و باسکردنی همدن پرسباری هسنتیار لئاو کۆملمکهی خۆیدا دهریت قورس بیت. نوه گرووی کارانهی که له جیگاکانی لیکۆلینوه مکیدا ریکخران کانالیکه باش بوون بۆ بلاوکردنوهی ننجامدانی لیکۆلینوه که، بهلام کملک و مرگرتن له ننجامدانی نهم لیکۆلینوه پئویست به کاریکی بهر دوام و بسبهر و هاوکاری نیوان فهرانگهکانی دهلمت دهکات. ننجامدانی لیکۆلینوه که له چمدین سیمیناردا باسیان لیکرا که به زمانهکانی رووسی، سوآلی و کوردی ریکخران، که بجهو چوونی گشتی بسوود بینرایوه وک وهرگیزانی ننجامدانی له لایین لیکۆلینهر انوه و هر وهها له خستنه بهر دهرستی زانیاریمکان و بلاوکردنوهی بسمر ریکخران و کۆملمکانی کۆچهراندا.

خزمتمگوزاریمکانی کۆچهران، بهتایبته گشمپیدانی خزمتمگوزاری تندروستی دهرونی کاریکه دهی پهلای تیدا بکرت، چونکه سیستیمی خزمتمگوزاری نیستا بیجگه له بشینک نهی ههمو نوانه پئویستیان بوه خزمتمگوزاریانه ههیه دهستیان ناکهوت. بۆ بهره پئیش برندی کاروباری تندروستی و چارهری توانمخشانه بۆ بهرگرتن به قلمبوون و سنورداریبوونی توانایی هلسوورانی کسمکان پئویست به جم و جوول و مرزشی کم و چاککردنوهی نهمگری کم خۆراکی. بۆ بهرگرتن به نمخۆشی باو که پئیشی دهلین نمخۆشی نعتوهی، بهتایبته نمخۆشی شمکر و گشمدان به چارهری که پئویست به چالاکی کسانیکیش ههیه که پئیشیهی کۆچهران بیان ههیه. بۆ پشتمانی له جیگزیبوون، بهتایبته بۆ فیزیوونی زمان، و له همدن گروویپشدا بۆ باشترکردنی خۆیندهواری دهی سهرنجی هرچی زیاتر سهرنجی کاروبارمکانی تا نهم ناسته که کراون بدریت. نوه نزمونانیه که ژیان له کۆملمگای فنلندا به باشی هلسننگیر دراهه و باوهربوون به سیستمی خزمتمگوزاری فنلندی خالی بههیزن، که دهریت وک خالی دهستپیکردن بۆ بهره پئیشبرندی کاروباری تندروستی و باشگوزهرانی دهستی پئوه بگیردریت.

وشه گرنگمان: کۆچهر، تندروستی، باشگوزهرانی، توانایی چالاکی

LIITE 1. HAASTATTELULOMAKE



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tunnusnumero:
Tarra

Maahanmuuttajien terveys- ja
hyvinvointitutkimus (MAAMU)

HAASTATTELULOMAKE

Vipuvoimaa
EU:lta
2007-2013



**MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYS- JA HYVINVOINTITUTKIMUS (MAAMU)
HAASTATTELULOMAKE**

Sisältö

A. TAUSTATIEDOT	4
A1. Taustatiedot	4
A2. Siviilisääty ja parisuhde	5
A3. Kottitalous, asuintokunta tai perhe	5
A4. Elinympäristö	7
A5. Kotikieli ja kielet	8
A6. Koulutus	9
A7. Pääasiallinen toiminta	11
A8. Tulot	12
A9. Puolison tiedot	12
B. TERVEYDENTILIA, SAIRAUDET JA OIREET	13
B1. Koettu terveydentila ja pitkäaikaissairaudet	13
B2. Sairauksien hoito	21
B3. Naisten kysymykset	22
B4. Tartuntataudit	24
C. SYRJINTÄ- JA VÄKIVALTAKOKEMUKSET	26
C1. Taustatiedot	27
C2. Väkivallan ja vahingonkoston kokeminen	29
C3. Traumaoireet	30
C4. Syrjintäkokeemukset	30
D. TERVEYSPALVELUT	32
D1. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	32
D2. Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi	32
D3. Mielensterveyspalvelut	34
D4. Terveystarkastukset & terveyden edistäminen	37
D5. Fysioterapia ja muut hoidot	38
D6. Kuntoutus	39
D7. Lääkkeet	39
E. SUUN TERVEYS	40
F. ELINTAVAT	42
F1. Ruokailu	42
F2. Tupakka	43
F3. Alkoholit	44
F4. Uhi	45
F5. Liikunta	46
G. SOSIAALINEN HYVINVOINTI	47
G1. Sosiaalinen toimintakyky	47
G2. Elämäntila	47
G3. Ystävyyssuhteet	49
G4. Avun saaminen ja antaminen	51
G5. Osallistuminen ja harrastukset	52
H. TYÖELÄMÄ	53
H1. Työskentely ennen Suomeen tuloa	53

2

H2. Työskentely Suomessa	54
H3. Työhistoria Suomessa	56
H4. PALKANSAAJAT	57
Työnsaannin esteet	57
Ammatilliseen kouluuminen ja palkaton työ	58
Työn ulkoiset puitteet	58
Työhyvinvointi	60
Maahanmuuttajatausta ja työtyöelämä	67
Väkivalta, uhkailu ja kiusaaminen työssä	68
Työn ja perheen yhteensovittaminen	69
Sukupuoleen liittyvät asenteet	69
Työkeskeisyys	69
Arvio suomalaisesta työelämästä	70
H5. YRITTÄJÄT	71
Työsaannin esteet	71
Ammatilliseen kouluuminen ja palkaton työ	71
Työn ulkoiset puitteet	72
Työhyvinvointi	74
Maahanmuuttajatausta ja työtyöelämä	74
Väkivalta, uhkailu ja kiusaaminen työssä	80
Työn ja perheen yhteensovittaminen	81
Sukupuoleen liittyvät asenteet	82
Työkeskeisyys	82
Arvio suomalaisesta työelämästä	83
H6. EI-TYÖELÄMÄSSÄ OLEVAT	83
Työnsaannin esteet	84
Ammatilliseen kouluuminen ja palkaton työ	84
Työhyvinvointi	85
Sukupuoleen liittyvät asenteet	85
Työkeskeisyys	86
Arvio suomalaisesta työelämästä	86
O. LOPETUS	86

3

A. TAUSTATIEDOT

A.1. Taustatiedot

A101. Minä vuonna muutitte Suomeen? _____

A102. Oletteko Suomen kansalainen?

0 Ei

1 Kyllä → A103

EHTO: A102_1 kysytään jos A102=0, ei ole Suomen kansalainen

A102_1. Oletteko anonut Suomen kansalaisuutta?

0 En ole anonut iankaan

1 Olen anonut kansalaisuutta, mutta anomus on hylätty

2 Anomus on käsitellyssä

A103. Aiotteko jäädä pysyvästi Suomeen?

0 Ei

1 Kyllä

A104. Millä perusteella saitte oleskeluluvan Suomeen?

1 Turvapaikanhakijana

2 Pakolaisena

3 Inkeriläisenä tai suomensukuisena paluumuuttajana

4 Synyperäisen suomalaisen aviopuolisona tai lapsena

5 Suomessa pysyvästi asuvan maahanmuuttajataustaisen puolisona tai lapsena

6 Työperustaisena maahanmuuttajana

7 Työperustaisen maahanmuuttajan puolisona tai lapsena

8 EU-maiden kansalaisena

A104_8T. Mikä EU-maan? _____

9 Opiskeilijana

10 Joku muu peruste

A104_10T. Mikä muu peruste? _____

EHTO: A105 kysytään jos A102=0, ei ole Suomen kansalainen

A105. Millainen oleskelulupa Teillä on tällä hetkellä?

1 Pysyvä oleskelulupa

2 Määräaikainen

3 Sain kielitellen oleskelulupapäätöksen ja olen valittanut asiasta

4 Olen EU-maan kansalainen

5 Muu

A105_5T. Mikä muu oleskelulupa? _____

A106. Minkä maalainen koette olevanne?

1 Venäläinen

2 Somali

3 Kurdi

4 Iranilainen

5 Irakilainen

6 Suomalainen

7 Jonkun muun maalainen

8 En koe kuuluvani minkään maan kansalaiseksi

9 Koen olevani usean maan kansalainen ja tekstimuuttaja

A106_9T. Minkä maiden kansalainen?

A107. Mihin uskontokuntaan kuulute?

1 En mihinkään

2 Kristinusko: ortodoksinen kirkko

3 Kristinusko: luterilainen kirkko

4 Islamin usko

5 Juutalainen

6 Joku muu

A107_6T. Mikä muu uskontokunta? _____

A2. Siivissäätö ja parisuhde

A201. Oletteko tällä hetkellä:

1 naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa

2 avoliitossa

3 eronnut tai asumerossa

4 leski

5 vai naimaton?

A3. Kottitalous, asutokunta tai perhe

A301. Kuinka monta jäsentä kuuluu kottitalouteenne tällä hetkellä itsenne mukaan luettuna?

EHTO: Jos A301=1 (lukumäärä)

Kysytään erikseen jokaisesta kottitalouteen kuuluvaista henkilöistä

A301_01A - A301_20A Syntymävuosi

A301_01B - A301_20B Sukupuoli

A301_01C - A301_20C Sukulaisuus?

A301_01A. Minä vuonna hän on syntynyt? _____

A301_01B. Onko hän:

1 mies

2 nainen?

A301_01C. Mitä sukua hän on teille?

- 1 Avio puoliso tai rekisteröity puoliso
- 2 Tyttö-/poikaystävä tai partneri tai avopuoliso
- 3 Poika tai tytär
- 4 Puolison/partnerin poika tai tytär
- 5 Lapsenlapsi
- 6 Isä tai äiti
- 7 Isovanhemmat
- 8 Serkku
- 9 Setä tai tati
- 10 Appi tai anoppi
- 11 Veli tai sisko
- 12 Veljen/siskon puoliso
- 13 Siskon tai veljen lapsi
- 14 Aiuvoکرalainen
- 15 Kämpäkaveri
- 16 Muu

A302. Onko teillä alaikäisiä alle 18-vuotiaita lapsia, jotka eivät täällä hetkellä asu teidän kanssanne?

- 0 Ei
1 Kyllä

EHTO: A302_1 kysytään jos A302=1

A302_1. Kuinka monta lasta? _____

A303. Onko isänne elossa?

- 0 Ei → A304
1 Kyllä

EHTO: kysytään, jos A303 = 1

A303_1. Missä maassa hän asuu tällä hetkellä?

- 1 Irak
- 2 Iran
- 3 Somalia
- 4 Venäjä
- 5 Suomi
- 6 Muu

A303_1_6T. Isän mikä muu maa? _____

A304. Onko äitinne elossa?

- 0 Ei → A305
1 Kyllä

EHTO: kysytään, jos A304 on 1

A304_1. Missä maassa hän asuu tällä hetkellä?

- 1 Irak
- 2 Iran
- 3 Somalia
- 4 Venäjä
- 5 Suomi
- 6 Muu

A304_1_6T. Äidin mikä muu maa? _____

A305. Kuinka monta elossa olevaa sisarusta teillä on yhteensä? _____

EHTO: kysytään, jos A305 on vähintään 1

A305_1. Kuinka moni elossa olevista sisaruksistanne asuu tällä hetkellä Suomessa? _____

EHTO: kysytään, jos A305 on vähintään 1 ja A305_1 ei ole yhtä suuri kuin A305

A305_2. Kuinka moni elossa olevista sisaruksistanne asuu tällä hetkellä entisessä kotimaassanne? _____

EHTO: kysytään, jos A305 on vähintään 1 ja A305_1 + A305_2 ei ole yhtä suuri kuin A305
A305_3. Kuinka moni elossa olevista sisaruksistanne asuu tällä hetkellä jossain muualla? _____

A4. Eilämpäristö

A401. Asutteko:

- 1 omistamassanne asunnossa
- 2 asumisoikeus- tai osuomistusasunnossa
- 3 kunnan tai yleishyödyllisen yhtiön (esim. Sato, VVO) omistamassa vuokra-asunnossa
- 4 yksityisessä vuokra-asunnossa
- 5 työsuhte- tai muussa luontoisetu-asunnossa
- 6 opiskelija-asunnossa
- 7 jossakin muualla.

A401_7T missä muussa asunnossa? _____

A402. Montako huonetta asunnossanne on? _____

A5. Kotikieli ja kielet

A501. Mikä on teidän äidinkielenne?

- 1 Somalia
- 2 Venäjä
- 3 Kurdin kielen soranin murre
- 4 Kurdin kielen kurmandzin, bahdinin, horamin murre
- 5 Farsi
- 6 Arabia
- 7 Suomi
- 8 Muu

A501_8T. Mikä muu kieli? _____

A502. Mitä muita kieliä osaatte ainakin lähes yhtä hyvin kuin äidinkieltänne

- A502A. Arabia
- A502B. Farsi
- A502C. Englanti
- A502D. Suomi
- A502E. Ruotsi
- A502F. Muu
- A502_GT. Mitä muuta kieltä? _____
- A502G. Ei mitään

A503. Kumpaa Suomen kantaväestön kieltä Te osaatte parhaiten:

- 1 suomenkieltä
- 2 ruotsinkieltä
- 3 ette osaa kumpaakaan kieltä lainkaan?

EHTO: Kysytään jos A301 = 2 tai enemmän asukaista kotitaloudessa

A504. Mitä kieliä teillä käytetään kotona?

- A504A. Somalia
- A504B. Venäjä
- A504C. Sorani
- A504D. Kurmanzi, bahdini, horami
- A504E. Farsi
- A504F. Arabia
- A504G. Suomi
- A504H. Ruotsi
- A504I. Englanti
- A504J. Muu
- A504_10T. Mitä muita kieliä? _____

A505. Kuinka hyvin te omasta mielestänne luette omalla äidinkieliänne tai sillä kielellä, jota teille opetettiin koulussa lapsena:

- 1 ette lainkaan
- 2 huonosti
- 3 kohtalaisesti
- 4 hyvin?

A506. Kuinka hyvin te omasta mielestänne kirjoitatte omalla äidinkieliänne tai sillä kielellä jota teille opetettiin koulussa lapsena:

- 1 ette lainkaan
- 2 huonosti
- 3 kohtalaisesti
- 4 hyvin?

EHTO: Jos vastannut A503=3 (ei osaa kumpaakaan kieltä lainkaan) siirrytään kysymykseen A601 ja

A507 - A510 ei kysytä lainkaan

Jos A503=1, niin A507 - A510, kysytään suomenkielistä

Jos A503=2, niin A507 - A510, kysytään ruotsinkielestä

A507. Ymmärrättekö puhuttua suomen/ruotsin kieltä:

- 1 ette lainkaan → A601
- 2 huonosti
- 3 kohtalaisesti
- 4 hyvin?

EHTO: A507 - A510, kysytään jos A507= 2-4

A508. Puhutteko suomea/ruotsia:

- 1 ette lainkaan
- 2 huonosti
- 3 kohtalaisesti
- 4 hyvin?

A509. Luetteko suomeksi/ruotsiksi:

- 1 ette lainkaan
- 2 huonosti
- 3 kohtalaisesti
- 4 hyvin?

A510. Kirjoitatteko suomeksi/ruotsiksi:

- 1 ette lainkaan
- 2 huonosti
- 3 kohtalaisesti
- 4 hyvin?

A6. Koulutus

A601. Mikä on peruskoulutuksemme:

- 1 ette ole käynyt koulua
- 2 olette käynyt ala-asteen tai vastaavan tai osan ala-asteesta
- 3 olette käynyt ala-asteen ja yläasteen tai vastaavan osan yläasteesta
- 4 olette käynyt lukion, osan lukiota tai vastaavan koulun
- 5 joku muu peruskoulutus, A601_5T mikä muu peruskoulutus? _____

A602. Opiskelettko Te tällä hetkellä täydentääksenne peruskoulutustanne?

- 0 Ei → A603
1 Kyllä

EHTO: A602_1 ja A602_2 kysytään jos A602=1
A602_1. Mitä täydennysopintoja suoritatte?

- 1 Aia-asettia
2 Yläasteita
3 Lukiota
4 Vainisiavaa koulutusta ammatillista tai ammattikorkeakoulututkintoa varten
5 Muu _____

A602_1_5T. Mitä muita täydennysopintoja? _____

A602_2. Onko täydennysopiskelunne:

- 1 kokopäiväisiä vai
2 osa-aikaisia?

A603. Oletteko suorittanut jonkin ammatillisen koulutuksen tai tutkinnon Suomessa?

- 0 Ei
1 Kyllä

A604. Mikä on korkein peruskoulutuksen jälkeen suorittamanne koulutus tai tutkinto Suomessa?

- 1 Ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus
2 Ammatillinen perustutkinto, ammattitutkinto tai erikoisammattitutkinto
3 Ammattikorkeakoulututkinto
4 Alempi korkeakoulututkinto
5 Ylempi korkeakoulututkinto
6 Lisensiaatin tutkinto
7 Tohtorin tutkinto

A605. Oletteko parhaillaan suorittamassa jotakin ammatillista koulutusta tai tutkintoa?

- 0 Ei → A606
1 Kyllä

EHTO: A605_1 - A605_2 kysytään vain jos A605=1

A605_1. Mitä opintoja suoritatte?

- 1 Ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus
2 Ammatillinen perustutkinto, ammattitutkinto tai erikoisammattitutkinto
3 Ammattikorkeakoulututkinto
4 Alempi korkeakoulututkinto
5 Ylempi korkeakoulututkinto
6 Lisensiaatin tutkinto
7 Tohtorin tutkinto

A605_2. Onko opiskelunne:

- 1 kokopäiväistä vai
2 osa-aikaisia?

A606. Onko teiltä joskus jäänyt kesken ammatillinen koulutus Suomessa?

- 0 Ei
1 Kyllä

A607. Oletteko suorittanut jonkin tutkinnon kotimaassanne tai jossain muualla maassa?

- 0 Ei → A608
1 Kyllä

A607_1. Mikä on korkein tutkinto, jonka olette suorittanut muualla kuin Suomessa?

- 1 Ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus
2 Ammatillinen perustutkinto, ammattitutkinto tai erikoisammattitutkinto
3 Ammattikorkeakoulututkinto
4 Alempi korkeakoulututkinto
5 Ylempi korkeakoulututkinto
6 Lisensiaatin tutkinto
7 Tohtorin tutkinto
8 Muu

A608. Kuinka monta vuotta olette olleet kaikkiaan käyneet koulua? _____vuotta

A7. Pääsiallinen toiminta

A701. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä pääsiallista toimintaanne:

- 1 kokopäivätyössä
2 osa-aikatyössä
3 opiskelijalla
4 eläkkeellä
5 työtön tai lomautettu
6 hoidatte päivisin omia lapsia, perheenjäseniä tai omaa kotitaloutta
7 muu?

EHTO: A702 ja A703 kysytään jos A701 = 5 (työtön tai lomautettu)

A702. Kuinka monta kuukautta nykyinen työttömyytenne tai lomautuksenne on kestänyt? _____

A703. Kuinka monta kuukautta olette ollut työttömänä tai lomautettuna viimeisten 5 vuoden aikana yhteensä? _____

EHTO: A704 kysytään jos A701 on muu kuin 4 ja 5 (ei tällä hetkellä työtön tai lomautettu)

A704. Oletteko ollut työttömänä tai lomautettuna viimeisten 5 vuoden aikana? _____

- 0 Ei
1 Kyllä

EHTO: Kysytään A705 jos A704 = 1
A705. Kuinka monta kuukautta yhteensä? _____

EHTO: Kysyvään A706 jos A704 = 4 (ei lääkkeellä)

A706. Kuinka monta vuotta olette ollut eläkkeellä? _____

A8. Tulot

A801. Mikä ovat perheenne käytettävissä olevat tulot kuukaudessa verotuksen jälkeen?

- 1 350 euroa tai vähemmän
- 2 351–850 euroa
- 3 851–1680 euroa
- 4 1681–2500 euroa
- 5 2501–3400 euroa
- 6 3401–5000 euroa
- 7 5001–8700 euroa
- 8 8701–8400 euroa
- 9 Yli 8400 euroa

A802. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla:

- 1 erittäin hankalaa
- 2 hankalaa
- 3 melko hankalaa
- 4 melko helppoa
- 5 helppoa
- 6 hyvin helppoa?

A9. Puolison tiedot

EHTO: A9-osio kysyvään jos A201 = 1–2 eli naimisissa, avoliitossa

A901. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten puolisonne tämänhetkistä pääasiallista toimintaa. Onko hän:

- 1 kokopäivätyössä
- 2 osa-aikatyössä
- 3 opiskelija
- 4 eläkkeellä
- 5 työtön tai lomautettu
- 6 hoitaa päivisin omia lapsia, perheenjäseniä tai omaa kotitaloutta päätoimisesti
- 7 muu?

B. TERVEYDENTILTA, SAIRAUDET JA OIREET

B1. Koettu terveydentila ja pitkäaikaisairaudet

B101. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskitasoinen
- 4 melko huono
- 5 huono?

B102. Onko Teillä jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, tai jokin sellainen vika, vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyänne?

- 0 Ei
1 Kyllä

B103. KEUHKOSAIRAUDET

Onko lääkäri joskus todennut Teillä jonkun seuraavista sairauksista:

B103A. Tuberkuloosin?

- 0 Ei → B103B
1 Kyllä

EHTO: B103A_1-B103A_2 kysyvään jos B103A=1.

B103A_1. Minkä ikäisenä tuberkuloosi todettiin Teillä? _____

B103A_2. Saifteko tuberkuloosilääkitystä:

- 0 en lainkaan
1 kyllä, lääkitys kesti alle 6 kuukautta
2 kyllä, lääkitys kesti vähintään 6 kk
3 en muista

B103B. Astman?

- 0 Ei → B103C
1 Kyllä

EHTO: B103B_1 - B103B_3 kysyvään jos B103B=1.

B103B_1. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B103B_2. Entä terveyden- tai sairaanhoitajan luona? _____

B103B_3. Onko Teillä ollut astmasta johtuvaa hengenhädistystä tai hengityksen vaikeutumista viimeksi kuluneiden 12 kk aikana?

0 Ei → B103C
1 Kyllä

EHTO: B103B_3_1 - kysytään Jos B103B_3=1.

B103B_3_1. Miten usein Teillä on ollut astmasta johtuvaa hengenhädistystä tai hengityksen vaikeutumista viimeksi kuluneiden 12 kk aikana:

- 1 andistusta päivittäin tai lähes päivittäin koko vuoden
- 2 andistusta päivittäin tai lähes päivittäin osan vuotta
- 3 andistusta vain satunnaisesti?

B103C. Onko lääkäri joskus todennut Teillä kroonisen keuhkonkentulehduksen (krooninen bronkiitti, keuhkokatarti)?

0 Ei → B104A
1 Kyllä

EHTO: B103C_1 - kysytään Jos B103C=1

B103C_1. Käyttättekö nykyisin sen takia lääkkeitä?

0 Ei
1 Kyllä

B103C_2. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B103C_3. Entä terveyden- tai sairaanhoitajan luona? _____

B104. SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDEI

B104A. Onko lääkäri joskus todennut teillä sydänveritulpan eli sydäninfarktiin?

0 Ei → B104B
1 Kyllä

EHTO: B104A_1-B104A_3 kysytään Jos B104A=1

B104A_1. Kuinka monta sydäninfarktia teillä on ollut? _____

B104A_2. Käyttättekö nykyisin sen takia lääkkeitä?

0 Ei
1 Kyllä

B104A_3. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B104B. Onko lääkäri joskus todennut teillä sepelvaltimotautiin?

0 Ei → B104C
1 Kyllä

EHTO: B104B_1-B104B_3 kysytään Jos B104A=1
B104B_1. Käyttättekö nykyisin sen takia lääkkeitä?

0 Ei
1 Kyllä

B104B_2. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B104B_3. Entä kuinka monta kertaa terveyden- tai sairaanhoitajan luona? _____

B104C. Onko lääkäri joskus todennut teillä jonkin muun sydänvian tai sairauden?

0 Ei → B104D
1 Kyllä

EHTO: B104C_1 - B104C_3 kysytään Jos B104C=1

B104C_1. Onko Teillä:

- 1 sydämen rytmihäiriö
- 2 synnynnäinen sydänvika
- 3 sydämen läppävikka
- 4 sydänlihasvika (tai tulehdus)
- 5 muu sydänvika tai -sairaus?

B104C_2. Käyttättekö nykyisin sen takia lääkkeitä?

0 Ei
1 Kyllä

B104C_3. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B104D. Onko lääkäri joskus todennut teillä kohonneen verenpaineen, verenpaine-taudin?

0 Ei → B105A
1 Kyllä

EHTO: B104D_1-B104D_3 kysytään Jos B104D=1

B104D_1. Käyttättekö nykyisin sen takia lääkkeitä?

0 Ei
1 Kyllä

B104D_2. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B104D_3. Entä kuinka monta kertaa terveyden- tai sairaanhoitajan luona? _____

B105. NIVELTEN, RAAJOJEN JA SELÄN VIAT JA SAIRAUDET

B105A. Onko lääkäri joskus todennut teillä nivelkuluman (niveliirikko)?
 0 Ei → B105B
 1 Kyllä

Missä nivellisä?	Ei	Kyllä
B105_1A1 - B105_1A5.		
B105_1A1. Polvi	0	1
B105_1A2. Lonkka	0	1
B105_1A3. Käsi	0	1
B105_1A4. Ranka	0	1
B105_1A5. Muu	0	1

B105A_3A. Kuinka monta kertaa olette käynyt nivelkuluman/nivelrikon takia lääkäriä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B105A_4A. Oletteko saanut nivelkuluman/nivelrikon takia fysioterapiaa tai kuntoutusta?
 0 Ei → B105B
 1 Kyllä

B105B. Onko lääkäri joskus todennut teillä selkäsairauden tai muun selkävian?
 0 Ei → B105C
 1 Kyllä

B105B_1. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkäriä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B105B_2. Oletteko saanut sen takia fysioterapiaa tai kuntoutusta?
 0 Ei → B105C
 1 Kyllä

B105C. Niskasairauden tai muun niskavian?
 0 Ei → B106A
 1 Kyllä

B105C_1. Kuinka monta kertaa olette käynyt sen takia lääkäriä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B105C_2. Oletteko saanut sen takia fysioterapiaa tai kuntoutusta?
 0 Ei → B106A
 1 Kyllä

B106. NÄKÖ- JA KUULOVIAT

B106A. Onko lääkäri joskus todennut Teillä kroonisen silmäsairauden tai näkövian?
 0 Ei → B106B
 1 Kyllä

EHTO: B106A_1 kysytään jos B106A=1.
 B106A_1. Minkäläinen vika tai vamma, onko tämä:

- 1 kaihi (mykiön samentuminen)
- 2 glaukooma (silmänpaineeturi)
- 3 pitkäaikainen silmätulehdus
- 4 karsastus
- 5 silmän taittovirhe (lähi- tai kaukonäön heikkous, joka korjattavissa silmälasilla)
- 6 värinäön häiriöt
- 7 hämäräsokeus
- 8 sokeus tai heikkonäköisyys
- 9 jokin muu?

B106B. Entä kuulovian, kuulovamman tai kuuloa heikentävän sairauden?
 0 Ei → B107A
 1 Kyllä

EHTO: B106B_1 kysytään jos B106B=1.
 B106B_1. Minkäläinen vika tai sairaus:
 1 meluvamma
 2 synnynnäinen kuulovika
 3 muu vika?

B107. MUUT LÄÄKÄRIN TOTEAMAT SAIRAUDET

B107A. Onko lääkäri joskus todennut Teillä diabeteksen (sokeritautin)?
 0 Ei → B107B
 1 Kyllä

EHTO: B107A_1 - B107A_2 kysytään jos B107A=1
 B107A_1. Minkä ikäisenä diabeteksenne todettiin? _____

B107A_2. Käyttätekö nykyisin diabeteksen takia lääkkeitä?
 0 Ei → B107A_3
 1 Kyllä

EHTO: B107A_2_1 kysytään jos B107A_2=1
 B107A_2_1. Käyttätekö:
 1 tablettihoito
 2 insuliinia
 3 vai molempia?

B107A_3. Kuinka monta kertaa olette käyneet diabeteksen takia lääkäriä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

B107A_4. Entä kuinka monta kertaa terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan luona viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____
 Mikä syöpä teillä on todettu? _____

B107B. Onko lääkäri joskus todennut teillä syöpätaudin (pahamlaatuisen kasvaimen)?

0 Ei → B108

1 Kyllä → B107B_1 jos on NAINEN (SP=2)
 → B107B_2 jos on MIES (SP=1)

EHTO: B107B_1A-B107B_1L kysytään jos tutkittava on NAINEN (SP=2). Joka kerta, Ehtojen B107B_1A-B107B_1L = 1, kysytään B107B_1A_1 - B107B_1L_1 B107B_1A_1. Minkä ikäisenä se todettiin? _____

B107B_1A_2. Kuinka monta kertaa olette käyneet syövän takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

Mikä syöpä teillä on todettu? _____

B107B_1 = NAISET	Ei	Kyllä	B107B_1A_1 - B107B_1L_1 Minkä ikäisenä se todettiin?
B107B_1A. Keuhko	0	1	
B107B_1B. Suu, nielu tai kurkumpää	0	1	
B107B_1C. Ruokatorvi	0	1	
B107B_1D. Maha	0	1	
B107B_1E. Suolisto ml. peräsuoli	0	1	
B107B_1F. Rinta	0	1	
B107B_1G. Kohtu, munasarja	0	1	
B107B_1H. Ihon melanooma	0	1	
B107B_1I. Iho, muu	0	1	
B107B_1J. Imusolmuke/lymfooma	0	1	
B107B_1K. Verisyöpä/leukemia	0	1	
B107B_1L. Muu syöpä	0	1	

EHTO: B107B_2A-B107B_2L kysytään jos tutkittava on MIES (SP=1)

Joka kerta kun B107B_2A-B107B_2L = 1: kysytään B107B_2A_1 - B107B_2L_1 B107B_2A_1. Minkä ikäisenä se todettiin? _____

B107B_2A_2. Kuinka monta kertaa olette käyneet sen takia lääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

Mikä syöpä teillä on todettu? _____

B107B_2 = MIEHET	Ei	Kyllä	B107B_2A_1 - B107B_2L_1 Minkä ikäisenä se todettiin?
B107B_2A. Keuhko	0	1	
B107B_2B. Suu, nielu tai kurkumpää	0	1	
B107B_2C. Ruokatorvi	0	1	
B107B_2D. Maha	0	1	
B107B_2E. Suolisto ml. peräsuoli	0	1	
B107B_2F. Eturauhaneh	0	1	
B107B_2G. Ihon melanooma	0	1	
B107B_2H. Iho, muu	0	1	
B107B_2I. Imusolmuke/lymfooma	0	1	
B107B_2J. Verisyöpä/leukemia	0	1	
B107B_2K. Muu syöpä	0	1	

B108. Onko teillä jokin muu pitkäaikainen sairaus, vilka, valva tai vamma?

0 Ei → B109

1 Kyllä

EHTO: B108_1A - B1081J kysytään jos B108=1.

B108_1AT - B108_1JT. Mikä sairaus/vamma? _____

B109. Kysyn teiltä seuraavaksi väkivallan aiheuttamista pysyvistä vammoista. Oletteko joskus saanut pysyvän vamman väkivallan takia?

0 Ei → B110

1 Kyllä

EHTO: Jos B109=1, kysytään B109_1A - B109_1F.

Jokaisen B109_1A - B109_1F =1, Kyllä vastauksen jälkeen kysytään B109_2A - B109_2F, missä maassa.

Jokaisen B109_2A - B109_2F = 2, (muussa maassa) vastauksen jälkeen kysytään B109_3A - B109_3F.

B109_2A. Saitteko tämän vamman:

1 Suomessa

2 muussa maassa? → B109_3A

B109_3A. Saitteko tämän vamman sodassa (sotilaana tai siviiliväkeen kuuluvana)?

0 Ei

1 Kyllä

Onko kyseessä:	Ei	Kyllä	Jos on saanut vammaa, kysytään: Missä maassa?		Jos muussa maassa, kysytään: B109_3A - B109_3F. Saitteko tämän vamman sodassa?	
			Suomessa	muussa maassa	Ei	Kyllä
B109_1A - B109_1F.						
Onko kyseessä:						
B109_1A. Pysyvä kasvo- tai leukavamma?	0	1	1	2	0	1
B109_1B. Pysyvä pää- tai aivovamma?	0	1	1	2	0	1
B109_1C. Pysyvä näkö- ja/tai kuulovamma?	0	1	1	2	0	1
B109_1D. Pysyvä vamma yläraajassa/-raajoissa?	0	1	1	2	0	1
B109_1E. Pysyvä vamma alaraajassa/-raajoissa?	0	1	1	2	0	1
B109_1F. Pysyvä vamma vartalossa tai selässä?	0	1	1	2	0	1

B110. Entä oletteko joskus saanut pysyvän vamman tapaturman takia?

0 Ei → B201
1 Kyllä

EHTO: Jos B110=1, kysytään B110_1A - B110_1F. Joskus on B110_1A - B110_1F =1, kyllä vastauksen jälkeen kysytään B110_2A - B110_2F, missä maassa JA B110_3.

B110_2A. Saitteko tämän vamman:
1 Suomessa

2 muussa maassa?

B110_3. Sattuiko tapaturma:

1 työssä

2 työmatkalla

3 muussa liikenteessä

4 kotona sisätiloissa tai kodin piha-alueella

5 kodin ulkopuolella vapaa-ajan askareissa tai harrastuksissa?

Onko kyseessä:	Ei	K	Jos on saanut vammaa, kysytään: Missä maassa?		Sattuiko tapaturma:	Jos on saanut vammaa, kysytään myös koska sattui: B110_3A - B110_3F
			Suomi	muu maa		
B110_1A - B110_1F.						
Onko kyseessä:						
B110_1A. Pysyvä kasvo- tai leukavamma?	0	1	1	2		1 = työssä 2 = työmatkalla 3 = muussa liikenteessä 4 = kotona sisätiloissa tai kodin piha-alueella 5 = kodin ulkopuolella vapaa-ajan askareissa tai harrastuksissa?
B110_1B. Pysyvä pää- tai aivovamma?	0	1	1	2		
B110_1C. Pysyvä näkö- ja/tai kuulovamma?	0	1	1	2		
B110_1D. Pysyvä vamma yläraajassa/-raajoissa?	0	1	1	2		
B110_1E. Pysyvä vamma alaraajassa/-raajoissa?	0	1	1	2		
B110_1F. Pysyvä vamma vartalossa tai selässä?	0	1	1	2		

B2. Sairauksien hoito

EHTO: B201, B202, B203 kysytään VAIN jos tutkittava vastasi =1 (kyllä) ainakin yhteen alla olevista kysymyksistä:
B102, B103A - B103C, B104A - B104D, B105A - B105C, B106A, B106B, B107 A, B107B, B108, B109, B110.

B201. Tarvitsetteko jatkuvasti tai toistuvasti lääkärinhoitoa jonkun äsken mainitsamanne pitkäaikaisen sairauden, vian tai vamman takia?

0 Ei → B301
1 Kyllä

B202. Onko yksi tai useampi näistä pitkäaikaisista sairauksistanne sellainen, johon ette saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa, mutta haluaisitte saada?

0 Ei → B301
1 Kyllä

EHTO: B202A-B202O kysytään jos B202=1

B202A - B202O. Mikä tai mitkä sairaudet?

B203. Ovatko seuraavat asiat estäneet teitä saamasta haluamaanne lääkärintohtoa:

B203A-B303H Estävät tekijät	Ei	Kyllä
B203A. Jonoitus hoitoon pääsemiseksi	0	1
B203B. Huonot kulku/hyeydet hoitopaikkaan	0	1
B203C. Liian korkeat palvelumaksut ja hinnat	0	1
B203D. Epäilette ettei hoidosta ole apua Teille	0	1
B203E. Kielivalkeudet	0	1
B203F. Ette tiedä mistä hoitoa saa Suomessa	0	1
B203G. Hoitoon on ollut vaikea päästä muusta syystä	0	1
B203GT_1. Mikä muut syyt? _____		
B203GT_2. Mikä muut syyt? _____		
B203GT_3. Mikä muut syyt? _____		
B203GT_4. Mikä muut syyt? _____		
B203GT_5. Mikä muut syyt? _____		

B3. Naisten kysymykset

EHTO: B3-osio kysytään jos on NAINEN (SP=2)
EHTO: B301 ja B302 kysytään VAIN alle 55-vuotiaita naisilta
B302 kysytään VAIN jos B301=0

B301. Oletteko tällä hetkellä raskaana?

0 Ei

1 Kyllä → B303

B302. Onko teillä nykyään kuukautiset:

1 säännöllisesti

2 epäsäännöllisesti

3 ei ollenkaan?

B303. Kuinka monta lasta olette synnyttäneet?

_____ lasta

EHTO: B303_1 - B303_3 kysytään vain jos B303 on vähintään 1

B303_1. Minkä ikäinen olette kun synnyttitte ensimmäisen lapsenne?

B303_2. Kuinka monta lapsistanne syntyi elävänä? _____

B303_3. Kuinka monta lastanne on tällä hetkellä elossa? _____

22

B303_4. Kuinka monta kuukautta imetit viimeksi syntynyttä lastanne, mukaan lukien myös osittainen imetys lapsen muun ruokinnan ohella? _____ kuukautisia

EHTO: Kysytään B304 jos AINEISTO 2-3, somali tai kurdit

B304. Onko teille tehty ympärileikkaus?

0 Ei → B305

1 Kyllä

EHTO: B304_1 - B304_2 - kysytään jos B304=1

B304_1. Onko teillä (minkään) raskauden tai synnytyksen aikana ollut ongelmia ympärileikkauksen vuoksi?

0 Ei → B304_2

1 Kyllä

B304_2. Entä onko teillä ollut muita terveysongelmia ympärileikkauksen vuoksi?

0 Ei → B305

1 Kyllä

EHTO: B304_2_1A - B304_2_1E kysytään vain jos B304_2=1

Mitä ongelmia teillä on ollut:

B304_2_1A - B304_2_1E. Mitä ongelmia teillä on ollut:	Ei	Kyllä
B304_2_1A. Ette halua synnyttää enää koska synnytys niin vaikeaa	0	1
B304_2_1B. Tulehduksia	0	1
B304_2_1C. Kipu	0	1
B304_2_1D. Vaikeuksia avioelämässä	0	1
B304_2_1E. Muita ongelmia	0	1

B305. Kuinka monta keskenmeno Teillä on ollut?

_____ keskenmeno

B306. (Kuinka monta) raskauden keskeytystä eli aborttia Teillä on ollut?

_____ aborttia

EHTO: B307 kysytään alle 55 vuotiaita

B307. Käyttökö nykyisin jotakin menetelmää raskauden ehkäisyyn?

0 Ei → B308

1 Kyllä

23

EHTO: B307_1 kysytään jos B307=1

B307_1A. Ehkäisy pillerit	Ei	Kyllä
B307_1B. Ehkäisy rengas	0	1
B307_1C. Ehkäisy laastari	0	1
B307_1D. Hormonikierukka	0	1
B307_1E. Tavallinen kierukka ilman hormonia	0	1
B307_1F. Kondomi	0	1
B307_1G. Jälkiehkäisy ("katumus pillerit")	0	1
B307_1H. Rytminen etelämä	0	1
B307_1I. Keskeytetty yhdyntä	0	1
B307_1J. Minut on sterilisoitu	0	1
B307_1K. Puolisoni on sterilisoitu	0	1
B307_1L. Mikä muu?		
B307_1L.T. Mikä muu menetelmä?		

EHTO: B308 ei kysytä jos aineisto=SOMALI ja A201 =5, naimaton

B308. Onko teillä ollut sellaisia ajanjaksoja, jolloin olette yrittänyt tulla raskaaksi, mutta ette ole onnistunut tai onnistumiseen on kulunut aikaa yli 12 kuukautta?
0 Ei
1 Kyllä

EHTO: B308_1 kysytään jos B308=1

B308_1. Oletteko ollut tutkimuksissa tai saanut hoitoa lapsettomuuteen?
0 Ei
1 Kyllä

B4. Tartuntataudit

B401. Onko lääkäri joskus todennut teillä malarian?
0 Ei
1 Kyllä
2 En muista

B402. Kun tulitte Suomeen, tehtiinkö Teille tutkimuksia, joilla selvitettiin sairastamianne tartuntatauteja?
0 Ei → B403
1 Kyllä

EHTO: B402_1A - B402_1C kysytään jos B402 = 1
B402_2A - B402_2C kysytään aina jos B402_1A-B402_1C = 1.
B402_2A. Löytyikö tutkimuksissa merkkejä infektio taudista?

0 Ei
1 Kyllä
2 En tiedä

B402_1A - B402_1C. Mitä tutkimuksia teille tehtiin:	Ei	Kyllä	Jos Kyllä → B402_2A - B402_2C. Löytyikö tutkimuksissa merkkejä infektio taudista?	
			Ei	Kyllä
B402_1A. Keuhkoröntgen	0	1	0	1
B402_1B. Verikoe	0	1	0	1
B402_1C. Ulostenäyte	0	1	0	1

B403. Kuinka monta kertaa olette matkustanut entiseen kotimaahanne sinä aikana kun olette asunut Suomessa:

1 en kertaakaan
2 1–5 kertaa
3 useammin?

EHTO: B403_1 ja B403_2 kysytään jos B403 = 2 tai 3

B403_1. Otitteko yhteyttä terveydenhuoltoon saadaksemme terveysneuvoja ja/tai rokotteita jätit infektio tautien estolääkitystä tuota matkaa varten?
0 Ei
1 Kyllä
2 En muista

B403_2. Annettiinko Teille infektio tautien ehkäisemiseksi estolääkitystä tai rokotteita ennen kuin matkustitte entiseen kotimaahanne?
0 Ei
1 Kyllä → B403_2_1
2 En muista

EHTO: B403_2_1A - B403_2_1H kysytään jos B403_2=1
Mitä estolääkkeitä tai rokoitteita saatte?

Mitä estolääkkeitä tai rokoitteita saatte?	Ei	Kyllä
B403_2_1A - B403_2_1H	0	1
B403_2_1A. HAV	0	1
B403_2_1B. Meningokokki	0	1
B403_2_1C. Lavantauti	0	1
B403_2_1D. Kolera	0	1
B403_2_1E. Japanin aivotulehdus	0	1
B403_2_1F. Malaria	0	1
B403_2_1G. Keuhakuume	0	1
B403_2_1H. Tuhkarakko tai MPR	0	1

C. SYRJINTÄ- JA VÄKIVALTAKOKEemukset

C1. Taustatiedot

Oletteko kokenut seuraavia ikäviä asioita **eritsessä kotimaassanne**:

	Ei	Kyllä
C101A - C101H.		
C101A. Joutunut keskelle sodan taistelua?	0	1
C101B. Joutunut luonnonkatastrofin kuten maanjäristyksen, tulvan tai tulipalon uhriksi?	0	1
C101C. Nähtynyt jonkun väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen?	0	1
C101D. Kokenut seksuaalista väkivaltaa?	0	1
C101E. Ollut vakavan fyysisen hyökkäyksen/vahingon kohteena?	0	1
C101F. Ollut vangittuna/kidnapattuna?	0	1
C101G. Ollut kidutettuna?	0	1
C101H. Kokenut jotain muuta kauheaa väkivaltaa?	0	1

EHTO: C102 kysytään vain, jos aineisto on 2 tai 3 (somallit ja kurdit)

C102. Oletteko asunut pakolaisleirillä?

0 Ei → C201

1 Kyllä

EHTO: C102_1 ja C102_2 kysytään, jos C102 = 1

C102_1. Kuinka monta kuukauffa? _____

C102_2. Missä maassa? _____

26

C2. Väkivallan ja vahingon kokeminen

C201. Onko joku käyttänyt Teitä kohtaan väkivaltaisesti 12 viime kuukauden aikana?

0 Ei → C202

1 Kyllä

EHTO: Jokaisen C201A-C201H = 1 (kyllä-vastauksen) jälkeen, kysytään C201A_1-C201H_1 ja C201A_2 - C201H_2.

C201A_1. Oliko tämä henkilö:

1 tuntematon

2 puoliväki

3 nykyinen avo- tai aviopuoliso tai seurustelukumppani

4 muu lähemmin tuntemamme henkilö?

C201A_2. Tuliko tapaus poliisin tietoon?

0 Ei

1 Kyllä

27

C203. Oletteko huolissanne turvallisuudestanne:

C203A - C203E.	Ei	Kyllä
C203A. Kotona?	0	1
C203B. Asunon lähiympäristössä?	0	1
C203C. Työssä/kooulussa?	0	1
C203D. Työ-/koulumatkalla?	0	1
C203E_1. Huolissanne turvallisuudessa muualla, missä? C203E_1T. _____	0	1

C3. Traumaoireet

C301. Onko mitään tämän kaltaista tapahtunutta koskaan Teille?
0/Ei → C401
1/Kyllä

Oleko kokenut jotakin seuraavista vähintään kahdesti viimeisen viikon aikana?

EHTO: C301A - C301J kysytään jos C301F=1.

C301A - C301I.	Ei	Kyllä
C301A. Järkyttäviä ajatuksia tai muistoja tapahtumasta, jotka ovat tulleet mieleesi oman tahtosi vastaisesti.	0	1
C301B. Järkyttäviä unia tapahtumasta.	0	1
C301C. Toimimista tai tunnetta ikään kuin traumaattinen kokemus tapahtulusi uudelleen.	0	1
C301J. Tapahtumasta muistuttavien tekijöiden aiheuttamaa järkytyksen tunnetta.	0	1
C301D. Ruumillisia reaktioita (kuten nopea sydämen syke, vatsan väänneet, hikoilu, huikaus) jonkin muistutuksessa tapahtumasta.	0	1
C301E. Väikeyttä nukahaa tai pysäyä unessa.	0	1
C301F. Ärtäisyyttä tai vihan purkauksia.	0	1
C301G. Keskeytyksivaikeuksia.	0	1
C301H. Voimistunutta tietoisuutta mahdollisista vaaroista itsellesi tai toisille.	0	1
C301I. Hermostuneisuutta tai säikkymistä joltain odottamatonta kohtaan.	0	1

C201A - C201H.	Oliko tämä henkilö:				Tuliko tapaus poliisin tietoon? C201A_2 - C201H_2.			
	C201A_1 - C201H_1.	puolittu tuntematon	nykyinen avo- tai aviopuoliso tai seurustelukumppani	muu lähempi tuntematon henkilö?				
C201A. Uhanut puhelimessa, kirjeessä, sähköpostilla tai tekstiviestissä vahingoittaa teitä fyysisesti	Ei	K Y I I I ä	0 1 1 1 1 ä	K Y Ei I I ä	0 1 0 1 0 1			
C201B. Uhanut kasvokkain vahingoittaa teitä fyysisesti	0	1	1	2	3	4	0	1
C201C. Estänyt teitä liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt tai tönnänyt	0	1	1	2	3	4	0	1
C201D. Lämäissyt teitä	0	1	1	2	3	4	0	1
C201E. Lyönyt teitä nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta	0	1	1	2	3	4	0	1
C201F. Pakottanut sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen	0	1	1	2	3	4	0	1
C201G. Yrittänyt pakottaa sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen	0	1	1	2	3	4	0	1
C201H. Käyttäytynyt väkivaltaisesti jollakin muulla tavalla	0	1	1	2	3	4	0	1

C202. Väitteletkö joltain paikkoja siksi, että olet ulkomaalaistaustainen?

0/En
1/Kyllä

C4. Syyrintäkokemukset

EHTO: Jokaisen C401A - C401D = 1 (kyllä-vastauksen) kohdalla kysytään C401A_1 - C401D_1 JA C401A_2-C401D_2.

Oletteko kokenut arkipäivän elämässäanne Suomessa seuraavia asioita:	Tapahtuko tätä? C401A_1 - C401D_1.		Minkä uskotte pääosin selittävän näitä kokemuksianne: C401A_2 - C401D_2.								
	vähintään kerran viikossa	harvemmin	1	2	3	4	5	6	7	8	
C401A - C401D.	K y l l ä										
	Ei										
C401A. Teitä ei kohdella yhtä kohteliaasti kuin muita ihmisiä	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8
C401B. Teitä ei kohdella yhtä kunnioitavasti kuin muita ihmisiä	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8
C401C. Teitä nimitellään tai loukataan sanallisesti	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8
C401D. Teitä uhataan tai häiritään	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8

* Minkä muun tekijän? _____

C402. Onko teille Suomessa asuessanne tapahtunut niin että ette ole saanut vuokrata tai ostaa asuntoa sen vuoksi että olette ulkomaalaisitaustainen?

0 Ei
1 Kyllä

30

Kuinka paljon luotatte seuraaviin tahoihin tai tahojen toimintaan?

C403A - C403H.	en luota lainkaan	luotan vähän	luotan melko paljon	luotan täysin
C403A. Julkiseen terveydenhuoltoon	0	1	2	3
C403B. Julkiseen sosiaalihuoltoon (esim. sosiaalipalvelut, tolmeentulotuki)	0	1	2	3
C403C. Oikeuslaitokseen	0	1	2	3
C403D. Eduskuntaan	0	1	2	3
C403E. Poliisiin	0	1	2	3
C403F. Kuntanne päätöksentekoon	0	1	2	3
C403G. Kelaan	0	1	2	3
C403H. Työvoimatoimistoon	0	1	2	3

Oletteko kokenut syrjintää tai epäoikeudenmukaista kohtelua seuraavissa paikoissa Suomessa:

C404A - C404I.	Ei	Kyllä	En ole asiointu/ ei koske minua
C404A. Poliisi	0	1	2
C404B. Ulkomaalaisvirasto	0	1	2
C404C. Terveydenhuolto	0	1	2
C404D. Koulu/ oppilaitos	0	1	2
C404E. Kela	0	1	2
C404F. Sosiaalitoimisto	0	1	2
C404G. Kaupassa	0	1	2
C404H. Kadulla	0	1	2
C404I. Muualla _____	0	1	2

31

D. TERVEYSPALVELUT

D1. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

D101. Onko teillä joku tietty lääkäri, jonka luona yleensä käytte?

0 EI → D102

1 Kyllä

EHTO: D101_1 kysytään jos D101 = 1.

D101_1. Toimiko hän:

0 Suomessa

1 muussa maassa?

D102. Onko Teillä joku tietty terveyden- tai sairaanhoitaja, johon otatte ensisijaisesti yhteyttä tarvittaessamme apua ja neuvoja terveyteenne liittyvissä asioissa?

0 EI → D201

1 Kyllä

EHTO: D102_1 kysytään jos D102=1.

D102_1. Toimiko hän:

0 Suomessa

1 muussa maassa?

D2. Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi

D201. Oletteko omien sairauksienne takia (tai raskauden tai synnytyksen vuoksi) käynyt lääkärissä viimeksi kuluneiden 12 kk aikana?

0 EI

1 Kyllä

EHTO: Jos D201=1, kysytään D201A-D201F. Jos kysymykseen D201A - D201F vastaus on 1 tai enemmän, kysytään D201A_1-D201F_1, kuinka moni näistä päivityksessä. Kuinka monta kertaa olette omien sairauksienne vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kk aikana käynyt:

D201A - D201F.	D201A_1 - D201F_1. Kuinka moni näistä päivityksessä oli käynneistä?
	Käyntimäärä
D201A. Terveyskeskuslääkärillä?	
D201B. Sairaalan poliklinikalla?	
D201C. Työpaikan työterveyslääkärillä?	
D201D. Yksityislääkärin vastaanotolla?	
D201E. Tavannut lääkäriin kotonaanne?	
D201F. Tavannut lääkäriin jossakin muualla?	

EHTO: D202 kysytään jos D201 = 1 Kyllä
D202. Missä kävitte viimeksi lääkärissä Suomessa:

- 1 terveyskeskuksessa
- 2 sairaalan poliklinikalla
- 3 työpaikan työterveyshuollossa
- 4 yksityisellä lääkäriasemalla/yksityislääkärin vastaanotolla?
- 5 jossain muualla?

EHTO: D203A - D203E kysytään jos D201 = 1 Kyllä
Kun mietit viimeisintä käyntianne lääkärin vastaanotolla, miten samaa mieltä olette seuraavista:

D203A - D203E.	läysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	eri mieltä
D203A. Pääsin hoitoon riittävän nopeasti	1	2	3
D203B. Sain riittävästi tietoa terveydentilastani ja sen hoidosta	1	2	3
D203C. Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta	1	2	3
D203D. Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin	1	2	3
D203E. Saamastani hoidosta oli minulle apua	1	2	3

EHTO: D204 kysytään jos A507 = 1-2, ei ymmärrä puhuttua suomen/ruotsin kieltä lainkaan tai huonosti

D204. Tarvitsetteko tulkin apua asioidessanne Suomessa lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa Suomessa?

0 EI → D205

1 Kyllä

EHTO: D204A - D204E kysytään jos D204 = 1

Kuka toimi tulikkina kun viimeksi olette yhteydessä lääkäriin tai terveydenhoitajaan Suomessa?

D204A - D204E.	Ei	Kyllä
D204A. Puoliso	0	1
D204B. Oma lapsi	0	1
D204C. Miu sukulainen tai tuttava	0	1
D204D. Ammattitulkki	0	1
D204E. Joku muu	0	1

D205. Entä olette hakenut lääkäriin hoitoa ja apua jostain muusta maasta viimeisen 12 kk aikana?

0 Ei → D301
1 Kyllä

EHTO: D205_1 - D205_5 kysytään jos D205=1

D205_1 - D205_5. Mistä maast/maista? _____

EHTO: D206A - D206F kysytään jos D205=1

Mistä syystä olette hakenut ulkomailta lääkäriin hoitoa viimeisen 12 kk aikana?

D206A - D206F.	Ei	Kyllä
D206A. Minulla on ulkomailta tuttu lääkäri, joka hoitaa minua	0	1
D206B. Se on parempaa hoitoa ulkomailta	0	1
D206C. Ei ole kiellongelmia	0	1
D206D. Hoitoon pääsyä ei tarvitse odottaa	0	1
D206E. Hoito on halvempaa kuin Suomessa	0	1
D206F. Mikä muu syy? D206FT. Mikä muu syy? _____	0	1

D3. Mielenterveyspalvelut

D301. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt mielenterveydellisten ongelmien takia terveyspalveluja Suomessa?

0 Ei → D307
1 Kyllä

EHTO: (D302A-D302J) + (D303A-D303G) + D304 + D305 + (D306A-D306F) kysytään jos D301=1

Oletteko käynyt mielenterveysongelmien takia viimeksi kuluneiden 12 kk aikana:

D302A - D302J.	Ei	Kyllä
D302A. Terveystieteiden keskuksessa?	0	1
EHTO: D302B kysytään jos A701 =1-2 (kokopäivätyössä/osa-aikatyössä)		
D302B. Työterveyshuollossa?	0	1
EHTO: D302C kysytään jos A701 =3 (opiskelijalla)		
D302C. Opiskelijaterveyshuollossa?	0	1
D302D. Mielenterveyslaitoksen tai psykiatrisella poliklinikalla	0	1
D302E. A-klinikalla (päihdesairauksien hoitopaikka)	0	1
D302F. Yksityisellä lääkäriillä tai psykologilla	0	1
D302G. Psykiatrisessa sairaalassa?	0	1
D302H. Muussa sairaalassa?	0	1
D302I. Jossain muualla?	0	1
D302J. Jossain muualla, missä? _____	0	1

Kenen luona olette saanut mielenterveysongelmien takia hoitoa viimeksi kuluneiden 12 kk aikana:

D303A - D303G.	Ei	Kyllä
D303A. Psykiatri	0	1
D303B. Muun lääkäri	0	1
D303C. Sairaanhoidtaja tai terveydenhoitaja	0	1
D303D. Psykologi	0	1
D303E. Uskonnollinen/hengellinen parantaja tai neuvonantaja	0	1
D303F. Perinteinen parantaja	0	1
D303G. Joku muu? D303GT. Joku muu, kuka? _____	0	1

D304. Kuinka monta kertaa olette käynyt psykiatrin, psykologin, psykoterapeutin tai muun lääkärin luona mielenterveyden vaikeuksien vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

D305. Sisäisistä hoitoon lääkkeitä?

0 Ei
1 Kyllä

Kun mietitte mielenterveydellisten ongelmien takia saamianne palveluja, miten samaa mieltä olette seuraavista väittämistä:

D306A - D306F.	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	eri mieltä
D306A. Pääsin hoitoon riittävän nopeasti	1	2	3
D306B. Sain riittävästi tietoa ongelmistani ja niiden hoidosta	1	2	3
D306C. Minua kuunneltiin ja terveydentilastani oliin kiinnostuneita	1	2	3
D306D. Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin	1	2	3
D306E. Saamastani hoidosta oli minulle apua	1	2	3
D306F. Olin tyytyväinen saamaani hoitoon tai apuun	1	2	3

D307. Entä oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneet mielenterveydellisten ongelmien takia terveyspalveluja muussa maassa?

0/Ei
1/Kyllä

D308. Arvoitteko tarvitsevanne tällä hetkellä jotain terveyspalveluja mielenterveydellisten ongelmien takia?

0/Ei
1/Kyllä

D4. Terveystarkastukset & terveyden edistäminen

Oletteko viimeksi kuluneiden viiden (5) vuoden aikana käyneet seuraavissa terveystarkastuksissa Suomessa:

D401A - D401J.	5 vuoden aikana		Entä viimeiseksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?	
	D401A_1 - D401J_1	D401A_2 - D401J_2	D401A_1 - D401J_1	D401A_2 - D401J_2
	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä
D401A. Ajokorttitarkastus	0	1	0	1
D401B. Työhöntulotarkastus tai muu työterveysnuolon terveystarkastus	0	1	0	1
D401C. Opiskelijaterveydenhuollon terveystarkastus	0	1	0	1
EHTO: D401D ei lysisytä jos A703= 0 (eli 0 kk työttömänä viimeisten 5 vuoden aikana) D401D. Työttömille tehtävä tarkastus?	0	1	0	1
D401E. Tietyille ikäryhmille tehtävä tarkastus?	0	1	0	1
EHTO: D401F+D401G vain naisilta (SP=2) D401F. Raskauden ehkäisyyn liittyvä tarkastus?	0	1	0	1
D401G. Raskautteen, lapsen odotukseen tai synnytykseen liittyvä tarkastus?	0	1	0	1
EHTO: D401H-D401I vain jos ANNEISTO=2-3 (somalli/kurdi) D401H. Vastaanottokeskuksessa tehtävä terveystarkastus	0	1	0	1
EHTO: Tulur Suomeen pakolaisena D401I. Pakolaistaustaisille järjestetty terveystarkastus	0	1	0	1
D401J. Muu terveystarkastus?	0	1	0	1

D402A - D402I.	5 vuoden		Entä viimeiseksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?	
	D402A_1 - D402_1	D402A_2 - D402L_2	Ei	Kyllä
D402A. Näön tutkimus	0	1	0	1
D402B. Kuulon tutkimus	0	1	0	1
D402C. Verenpaineen mittaus	0	1	0	1
D402D. Verensokeriarvojen tutkimus	0	1	0	1
D402E. Veren kolesteroliarvojen määritys	0	1	0	1
EHTO: D402G+D401 vain naisilla (SP=2)	0	1	0	1
D402G. Mammografia	0	1	0	1
D402H. PAPA-koee	0	1	0	1
D402I. Gynekologin tarkastus/tutkimus	0	1	0	1

D5. Fysioterapia ja muut hoidot

D501. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana ollut lääkäriin lähetteellä fysioterapiassa?
0 Ei
1 Kyllä

D502. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana ollut ilman lääkäriin lähetettä fysioterapiassa?
0 Ei → D503A
1 Kyllä

EHTO: D502_1 kysytään Jos D502=1

D502_1. Montako tällaista hoitokäyntiä Teillä on ollut viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____ hoitokäynnit

Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana käynyt seuraavissa hoidoissa: Montako kertaa viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? _____

D503A - D503C.	Ei	Kyllä	Montako kertaa viimeksi kuluneiden 12 kk aikana? D503A_1 - D503C_1.
D503A. Hierojalla	0	1	
D503B. Kiropraktikilla, osteopaattilla tai naprapaattilla	0	1	
D503C. Jossakin vaihtoehtoishoidossa D503CT. Missä hoidossa? _____	0	1	

38

D6. Kuntoutus

Oletteko viimeisten 10 vuoden aikana ollut Suomessa kuntoutuksessa: Oletteko ollut sellaisessa kuntoutuksessa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?

D601A - D601C.	10 vuoden aikana Suomessa		Oletteko ollut sellaisessa kuntoutuksessa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana? D601A_1 - D601C_1.	
	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä
D601A. Ammatissa suorittamista edistävissä ammatillisissa kuntoutuksissa	0	1	0	1
D601B. Uudelleen koulutuksessa sairauden tai vamman takia?	0	1	0	1
D601C. Muussa kuntoutuksessa, jonka tarkoituksena on vähentää sairauksien ja vammojen aiheuttamia oireita ja toimintakykyyn vajauksia	0	1	0	1

D603. Koetteko tarvitsevanne kuntoutusta, jolla pyritään parantamaan työ- tai toimintakykyä?
0 Ei
1 Kyllä

D7. Lääkkeet

D701. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana käyttänyt kertaakaan mitään lääkäriin määräämää reseptilääkettä

Alle 45-vuotiailla naisilla kysymys jakuu: mukaan luettuna ehkäisytabletit?

0 Ei → D704A

1 Kyllä

EHTO: D702 kysytään Jos D701=1

D702. Onko käytössänne tällä hetkellä mitään lääkäriin määräämää reseptilääkettä?

0 Ei → D703A

1 Kyllä

EHTO: Jos D702=1 kysytään D702A

Minäkä nimiset lääkkeet Teillä on käytössänne?

D702A - D702O. Lääkkeen nimi _____

39

Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt kertaakaan mitään seuraavista:

D704A - D704D.	Ei	Kyllä
D704A. Ilman lääkärin reseptiä apteekista saatavaa lääkettä?	0	1
D704B. Vitamiini- tai kivennäisainevalmistetta?	0	1
D704C. Luontaistuotetta, luonnolääkettä, yrtti- tai rohdosvalmistetta?	0	1
D704D. Homeopaattista tai antroposofista valmistetta?	0	1

EHTO: Jos vähintään yhteen D704A-D704D =1, kysytään DF03B(1)→
Minkä nimiset valmisteet Teillä on nykyisin tai tällä hetkellä käytössänne?

D704A - D704D. Lääkkeen nimi

E. SUUN TERVEYS

E01. Onko hampaldenne kunto ja suunne terveydentila mielestänne nykyisin:

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskitasoinen
- 4 melko huono
- 5 huono?

E02. Onko Teillä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja?

- 0 Ei
- 1 Kyllä

E03. Onko Teillä irrotettavat hammasproteesit?

- 1 Kokoproteesit (ei omia hampailta eikä hampaiden juuria)
- 2 (Osa)proteesit ja hampailta
- 3 Ei hammasproteeeseja, on hampailta
- 4 Ei proteeeseja eikä hampailta

E04. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne?

- 1 Useammin kuin kaksi kertaa päivässä
- 2 Kaksi kertaa päivässä
- 3 Kerran päivässä
- 4 Harvemmin kuin joka päivä
- 5 Ei koskaan

40

E05. Onko Teillä tapana käydä hammaslääkärisissä:

- 1 säännöllisesti tarkastusta varten
- 2 vain silloin, kun Teillä on särkyä tai jotakin vaivaa
- 3 ei koskaan

E06. Milloin viimeksi kävitte hammashoidossa?

- 1 Edellisen 12 kk aikana
- 2 1–2 vuotta sitten
- 3 3–5 vuotta sitten
- 4 Yli 5 vuotta sitten
- 5 En ole koskaan käynyt hammashoidossa → F101

EHTO: E07 - E11 kysytään vain jos E06=1-4

E07. Kuinka monta kertaa olette käynyt hammashoidossa Suomessa viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana? Lasketaan mukaan kaikki käynnit:
_____ kertaa

EHTO: E07_1 kysytään vain jos E07=1 tai enemmän
E07_1. Kuinka monta kertaa näistä oli hammaslääkärin vastaanotolla?
_____ kertaa

E08. Entä kuinka monta kertaa kävitte hammashoidossa ulkomailta viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana?
_____ kertaa

EHTO: E09 kysytään vain jos E07_1 = 1 tai enemmän eli käynyt Suomessa hammaslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kk aikana

E09. Kun mietitte viimeistä käyntänne hammaslääkärin vastaanotolla Suomessa, miten samaa mieltä olette seuraavista:

E09A - E09E.	Käysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	eri mieltä
E09A. Pääsin hoitoon riittävän nopeasti	1	2	3
E09B. Sain riittävästi tietoa terveydentilastani	1	2	3
E09C. Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta	1	2	3
E09D. Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin	1	2	3
E09E. Saamastani hoidosta oli minulle apua	1	2	3

E10. Arveletteko nyt tarvitsevanne hammashoitoa?

- 0 Ei
- 1 Kyllä

E11. Onko hammaslääkärisissä käynti mielestänne:

- 1 ei lainkaan pelottavaa
- 2 jonkin verran pelottavaa
- 3 erittäin pelottavaa?

41

F108. Kuinka usein olette viimeisen kuukauden aikana käyttäneet kalaa tai kalaruokia:

- 1 En lainkaan
- 2 1–2 kertaa kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 2 kertaa viikossa
- 5 3 kertaa tai useammin viikossa?

F109. Kuinka usein olette viimeisen kuukauden aikana käyttäneet nestemäisiä maitovalmisteita kuren maitoa, pilimää, jogurttia tai villiä:

- 1 En lainkaan
- 2 1–2 kertaa kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 2–3 kertaa viikossa
- 5 4–6 kertaa
- 6 päivittäin tai useamman kerran päivässä?

F2. Tupakka

F201. Oletteko koskaan tupakoinut elämäne aikana?

- 0 En → F201
 Jos somali → F209, khatin käyttäminen
 1 Kyllä

F202. Oletteko koskaan tupakoinut säännöllisesti (lähes joka päivä ainakin yhden vuoden ajan)?

- 0 En ole koskaan tupakoinut säännöllisesti → F205
 1 Olen tupakoinut säännöllisesti

EHTO: F203 - F205 kysytään jos F202=1

F203. Kuinka monta vuotta?

_____ vuotia

F204. Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- 1 Kyllä, päivittäin
- 2 Kyllä, satunnaisesti
- 3 Eite lainkaan

F205. Poltatko tupakkaa vesipiippula (esim. shisha, hookah)?

- 1 Kyllä, päivittäin
- 2 Kyllä, satunnaisesti
- 3 En lainkaan

F. ELINTAVAT

F1. Ruokailu

F101. Mitä rasvaa enimmäkseen käytätte leivillä?

- 1 Ei mitään
- 2 Levitetä, jossa on alle 65% rasvaa (esim. Keiju tai Flora Kevyt tai 60, Becel 38 tai 60, Lätti, Kevyt Levi, Olivarini Balansia, Benecol)
- 3 Levitetä, jossa on 65 % tai enemmän rasvaa tai voi-kasvisöljyseosta (esim. Olivarini, Enliet) tai voita

F102. Mitä rasvaa kotonanne käytetään enimmäkseen ruoan valmistuksessa?

- 1 Kasviöljyä
- 2 Muuta rasvaa (esim. margariinia, voita)
- 3 Ei mitään rasvaa

F103. Käytättekö juustoa:

- 1 päivittäin
- 2 muutaman kerran viikossa
- 3 enintään kerran viikossa
- 4 harvemmin?

F104. Mitä juustoa syötte yleensä:

- 1 normaalisrasvaista juustoa
- 2 vähärasvaista juustoa (alle 20% rasvaa)
- 3 kasvisrasvajuurua?

F105. Montako ruisleipävipaleita syötte tavallisesti päivittäin:

F106. Miten usein olette syönyt vihanneksia ja juureksia (ei perunaa) viimeksi kuluneen viikon (7pv) aikana sellaisenaan, raasteena tai tuoresalaattina:

- 1 en kertaakaan
- 2 1–2 päivänä
- 3 3–5 päivänä
- 4 6–7 päivänä?

F107. Miten usein olette syönyt hedelmiä ja marjoja viimeksi kuluneen viikon (7pv) aikana:

- 1 en kertaakaan
- 2 1–2 päivänä
- 3 3–5 päivänä
- 4 6–7 päivänä?

F206. Milloin olette tupakoinnut viimeksi?

- 1 Eilen tai tänään
- 2 2 pv - 1 kk sitten
- 3 1 kk - puoli vuotta sitten
- 4 Puoli vuotta - vuosi sitten
- 5 Vuosi - 5 vuotta sitten
- 6 5–10 vuotta sitten
- 7 Yli 10 vuotta sitten

EHTO: F207A - F207E: F208: F209 kysytään jos F202=1

F207. Miten paljon käytätte tupakkatuotteita tai käyttitte emmen käytön lopettamista keskimäärin päivässä? Vastatkaa jokaiseen kohtaan.

	Kappaleita/vuorokausi
F207A - F207E.	
F207A. Tehdasvalmisteisia savukkeita	
F207B. Itse käänrityjä savukkeita	
F207C. Piippua	
F207D. Sikareita	
F207E. Vesipiippua	

F208. Kuinka monta kertaa olette vakavasti yrittänyt lopettaa tupakoinnin (=ollut polttamatta 24 tuntia kerralla) viimeksi kuluneiden 10 vuoden aikana?
_____ kertaa

EHTO: F209 kysytään jos AINEISTO=2, somalilainen

F209. Oletteko koskaan käyttänyt khattia?

- 0 En → F301
1 Kyllä

EHTO: F209_1 kysytään jos F209=1

F209_1. Oletteko käyttänyt khattia 12 viime kuukauden aikana?

- 1 En
2 Kyllä, satunnaisesti
3 Kyllä, päivittäin

F3. Alkoholii

F301. Oletteko käyttänyt alkoholi juomia 12 viime kuukauden aikana?

- 0 En → F306
1 Kyllä

EHTO: F302-304 kysytään jos F301=1

F302. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholi juomia?

- 1 En koskaan
- 2 Noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 3 2–4 kertaa kuukaudessa
- 4 2–3 kertaa viikossa
- 5 4 kertaa viikossa tai useammin

F303. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytte alkoholia?

- 1 1–2 annosta
- 2 3–4 annosta
- 3 5–6 annosta
- 4 7–9 annosta
- 5 10 tai enemmän

F304. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 1 En koskaan
- 2 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 Kerran kuukaudessa
- 4 Kerran viikossa
- 5 Päivittäin tai lähes päivittäin

F306 - F307 kaikille:

F306. Oletteko koskaan käyttänyt kannabista (hasis, marijuana)?

- 0 Ei → F307
1 Kyllä

EHTO: F306_1 kysytään jos F306=1

F306_1. Entä 12 viime kuukauden aikana?

- 0 Ei
1 Kyllä

F307. Oletteko koskaan käyttänyt huumeita pistämällä?

- 0 Ei
1 Kyllä

F4. Uni

F401. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin yössä (ilman päiväunia)?

keskimäärin _____ tuntia

F402. Nukutteko yleensä myös päivällä?

- 1 Kyllä, keskimäärin _____ tuntia
- 2 En yleensä nuku päivällä

F403. Oletatko yleensä enemmän väsynyt päiväsaikaan muihin ikäsiimme verrattuna?

- 1 Kyllä, lähes aina
- 2 Kyllä, usein (ainakin viikoittain)
- 3 En
- 4 En tiedä

F5. Liikunta
F501. Miten raskitavaa työ on ruumiillisesti?

- 1 Työni pääasiallisesti istumatyötä eikä kävele paljonkaan työaikaniani
- 2 Kävelen työssäni melko paljon, mutta en joudu nostelemaan tai nousemaan portaita tai ylämäkeä
- 3 Joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan paljon tai nousemaan portaita tai ylämäkeä
- 4 Työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudun nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapioimaan tai hakkaamaan, jne.

EHTO: F502 kysytään jos A701 = 1-3 (kokopäivätyössä/osa-aikatyössä/opiskelijalla)

F502. Kuinka monta minuuttia liikutte työ- tai opiskelumatkoillanne esim. jalan tai pyörällä?

- 1 Työ on kotona
- 2 Kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
- 3 Ailee 15 minuuttia päivässä
- 4 15–29 minuuttia päivässä
- 5 30–60 minuuttia päivässä
- 6 Yli tunnin päivässä

F503. Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

- 1 Luen, katselen televisiota ja suoritan askareita, joissa en paljonkaan liiku ja jotka eivät rasita minua ruumiillisesti
- 2 Liikun kävelien, pyöräillen, tai teen kevyttä puutarhayötä yms. useita tunteja viikossa
- 3 Harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai kilpaurheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia, tai pallopelejä useita tunteja viikossa

F504. Kuinka paljon painatte? _____ kiloa
F505. Kuinka pitkä olette? _____ cm
G. SOSIAALINEN HYVINVOINTI
G1. Sosiaalinen toimintakyky
Miten selviydytte nykyisin seuraavista toimista:

G101A - G101D. Toimista selviytyminen	pystyn siihen vaikeuksitta	pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty siihen lainkaan
G101A. Asioiden esittäminen vieraille ihmisille omalla äidinkielenälläne?	1	2	3	4
G101B. Asioiden esittäminen vieraille ihmisille suomen tai ruotsin kielellä?	1	2	3	4
G101C. Pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioiminen?	1	2	3	4
G101D. Eriäkykenettekö matkustamaan junalla, linja-autolla tai raitiovaunulla?	1	2	3	4

G102. Osaatteko käyttää Internetiä?

- 0 Ei
- 1 Kyllä

G2. Elämälaatu
G201. Millaiseksi arvioitte elämälaatunne:

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 ei hyvä eikä huono
- 4 huono
- 5 erittäin huono?

Miten tytyväinen olette:

G202A - G202G.	erittäin tytyväinen	tytyväinen	ette tytyväinen etteä tytyväinen	tytyväinen	erittäin tytyväinen
G202A. Miten tytyväinen olette terveyteenne?	1	2	3	4	5
G202B. Kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminista?	1	2	3	4	5
G202C. Työhönne?	1	2	3	4	5
G202D. Itseenne?	1	2	3	4	5
G202E. Ihmissuhteisiinne?	1	2	3	4	5
G202F. Asuinalueenne olosuhteisiin?	1	2	3	4	5
G202G. Mahdollisuusilme käyttää julkisia ja/tai muita liikennevälineitä?	1	2	3	4	5

G203 - G205.	ei lainkaan	vähän	kohtuullisesti	lähes riittävästi	täysin riittävästi
G203. Onko teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämään varten?	1	2	3	4	5
G204. (Onko teillä) tarpeeksi rahaa tarpeisiin nähden?	1	2	3	4	5
G205. (Onko teillä) missä määrin mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?	1	2	3	4	5

G206. Missä määrin tunnette, että elämäenne on merkityksellistä:

- 1 en lainkaan
- 2 vähän
- 3 kohtuullisesti
- 4 paljon
- 5 erittäin paljon?

G3. Ystävyssuhteet

Kuinka tärkeitä seuraavat elämäntilanteet ovat juuri teille:

G301A - G301F.	hyvin tärkeä	melko tärkeä	ei kovin tärkeä
G301A. Koti ja perhe Suomessa	1	2	3
G301B. Omaiset ja ystävät Suomessa	1	2	3
G301C. Muu omanmaalainen yhteisö Suomessa	1	2	3
G301D. Työelämä	1	2	3
G301E. Ystävät ja omaiset ulkomailla	1	2	3
G301F. Uskonto	1	2	3

EHTO: G302 kysytään jos A201 = 1 tai 2 (naimisissa/rekisteröidyssä parisuhteessa/avoliitossa)
G302. Koetteko nykyisen parisuhteenne:

- 1 erittäin hyväksi
- 2 hyväksi
- 3 tyydyttäväksi
- 4 huonoksi
- 5 erittäin huonoksi?

EHTO: Seuraava kysymys kaikille nille, jotka ovat naimisissa, avoliitossa tai asuu kumppaninsa kanssa, ja joiden taloudessa asuu alle 18-vuotiaita lapsia eli A201 = 1, 2 tai 3 (naimisissa, avoliitossa tai eronnut) ja A301 kotitalouden jäsenissä (A301A_02 - A301A_21) on vähintään yksi henkilö, joka syntynyt vuosina 1992-2009 (1-18 vuotias)

G303. Kumpi teistä, te vai puolisonne, huolehtii enemmän lasten hoidosta, lasten kanssa leikkimisestä ja esimerkiksi hoitoon tai harrastuksiin kuljettamisesta?

- 1 itse enemmän
- 2 Molemmat yhtä paljon
- 3 Puoliso enemmän

EHTO: G304 kysytään jos A201 = 1 tai 2 (naimisissa/rekisteröidyssä parisuhteessa/avoliitossa)
G304. Kumpi teistä, te vai puolisonne, tekee enemmän (muita) kotitöitä, kuten kodin ja vaatteiden hoitoa, ostokset, ruuanvalmistus ja mahdolliset korjaus- ja pihtäyt?

- 1 itse enemmän
- 2 Molemmat yhtä paljon
- 3 Puoliso enemmän

EHTO: G305A - G305E kysytään, jos kotitaloudessa vähintään yksi 1-18 v. lapsi: A301 kotitalouden jäsenistä (A301A, 02 - A301A, 21) on vähintään yksi henkilö joka syntynyt vuosina 1992-2009
Onko Teillä tällä hetkellä huolta:

G305A - G305E.	ei huolta	lievä huoli	seivä huoli
G305A. Lapsenne fyysisestä terveydestä?	1	2	3
G305B. Lapsenne psyykososiaalisesta kehityksestä ja tunne-elämästä?	1	2	3
G305C. Lapsenne oppimisesta?	1	2	3
G305D. Lapsenne käyttökäytöstä?	1	2	3
G305E. Lapsenne sosiaalisista suhteista?	1	2	3

G306. Kuinka monta hyvää ystävää teillä on?

EHTO: G307 kysytään, jos G306 on vähintään 1

G307. Kuinka moni näistä hyvistä ystäväistä on syntyperäisiä suomalaisia?

Kuinka usein olette yhteydessä:

G308A - G308E.	lähies-päivittäin	viikot-tain	kuukausit-tain	muutam-an kerran vuodessa	har-vemmin	heitä ei ole/ ei koskaan/minuuta
G308A. Suomessa asuvin sukulaisisinne?	1	2	3	4	5	6
G308B. Ulkomallia asuvin sukulaisisinne, ystäväinne ja tuttavainne?	1	2	3	4	5	6
G308C. Suomessa asuvin muihin venäläisiin/somalilaisiin/kurdeihin?	1	2	3	4	5	6
G308D. Muihin maahanmuuttajiin Suomessa?	1	2	3	4	5	6
G308E. Syntyperäisiin suomalaisiin ystäväinne Suomessa?	1	2	3	4	5	6

G309. Tunnetko itsenne yksinäiseksi:

- 1 en koskaan
- 2 hyvin harvoin
- 3 joskus
- 4 melko usein
- 5 jatkuvasti?

G4. Avun saaminen ja antaminen

G401. Mitä mieltä olette väitteestä, että ihmisiin ei voi luottaa ja ihmisten suhteet ei voi olla liian varovainen.

Oletteko:

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 melko samaa mieltä
- 3 en samaa enkä eri mieltä
- 4 melko eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä?

G402. Mitä mieltä olette väitteestä, että useimmiten ihmiset pyrkivät olemaan auttavaisia toisia kohtaan elvättä he enimmäkseen ajattele vain omaa etuaan.

Oletteko:

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 melko samaa mieltä
- 3 en samaa enkä eri mieltä
- 4 melko eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä?

Arvioikaa mahdollisuuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa.

G403A - G403B.	1 puoliso, kumppani	2 joku muu lähiomainen	3 läheinen ystävä	4 läheinen työtoveri	5 läheinen naapuri	6 joku muu läheinen	7 ei kukaan
G403A. Kenen voitte todella uskoa välittävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?	1	2	3	4	5	6	7
G403B. Keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?	1	2	3	4	5	6	7

Autatteko läheisiänne entisessä kotimaassanne:

G404A - G404C	Ei	Kyllä
G404A. Lähettämällä helle rahaa	0	1
G404B. Lähettämällä helle tavaraa	0	1
G404C. Jollakin muulla tavalla, miten? G404CT. Miltä muulla tavalla? _____	0	1

G405. Autatteko säännöllisesti joihin kotitaloudessanne tai muualla asuvaa henkilöä hänen sairautensa hoidossa tai toimintarajoitteen takia?

0 Ei

- 1 Kyllä kotitaloudessa asuvaa
2 Kyllä muualla asuvaa

G5. Osallistuminen ja harrastukset

G501. Kuinka usein seuraatte lehdistä, radiosta, internetistä tai televisiosta syntymämaanne/entisen kotimaanne tapahtumia:

- 1 päivittäin
2 viikoittain
3 kuukausittain
4 harvemmin tai ei koskaan?

G502. Kuinka usein seuraatte lehdistä, radiosta, internetistä tai televisiosta Suomen tapahtumia:

- 1 päivittäin
2 viikoittain
3 kuukausittain
4 harvemmin tai ei koskaan?

G503. Äänestittekö edellisissä kunnallisvaaleissa?

- 0 Ei
1 Kyllä

EHTO: G504 kysytään jos A102 = 1 (Suomen kansalainen)

G504. Entä edellisissä eduskuntavaaleissa?

- 0 Ei
1 Kyllä

Kuinka usein olette osallistunut seuraavien järjestöjen, yhdistysten, seurojen yms. toimintaan 12 viime kuukauden aikana?

G505A - G505G.	3 kertaa viikossa tai useammin	1-2 kertaa viikossa tai useammin	1-3 kertaa viikossa	muutaman kerran vuodessa	en ole osallistunut
G505A. Liikunta- tai urheiluseura	1	2	3	4	5
G505B. Kulttuuriyhdistys tai -järjestö	1	2	3	4	5
G505C. Nuorisojärjestö tai -kerho	1	2	3	4	5
G505D. Kansanterveys- tai potilasjärjestö (esim. SPR, Sydänliitto)	1	2	3	4	5
G505E. Joku muu järjestö tai yhdistys	1	2	3	4	5
G505F. Uskonnollinen yhteisö (esim. Moskeija, Seurakunta)	1	2	3	4	5
G505G. Vapaamuotoinen harrastusporukka	1	2	3	4	5

H. TYÖELÄMÄ

1. Palkansaajat (H4)
(H202=1 tai H202_1=4,5,6 JA H204 ≥ 10)
(H201=0 JA H304=1 JA H30723 JA H3052=10)
2. Yrittäjät (H5)
(H202=2 JA H2042=10)
(H201=0 JA H304=2,3 JA H30723 and H305 ≥10)
3. Työelämän ulkopuolella olevat (H6)
(H302=0)
(H302=1 JA H305<10 or H307<3)

H1. Työskentely ennen Suomeen tuloa

H101. Oletteko ollut töissä ennen Suomeen tuloa?

- 0 En → H201 Työskentely Suomessa
1 Kyllä → H102

EHTO: Jos vastasi "kyllä" (H101=1), niin kysytään H102 - H105:

H102. Kuinka kauan olitte töissä ennen Suomeen tuloa?
_____ vuotta _____ kuukautta

H103. Missä ammatissa työskentelitte pääasiassa ennen Suomeen tuloanne?

H104. Teittekö tätä työtä:
0 palkansaajana vai
1 yrittäjänä

H105. Kun vertaatte asemaanne työelämässä ennen Suomeen tuloa ja nyt Suomessa, onko asemanne Suomen tulon jälkeen:

- 1 heikentynyt
- 2 pysynyt ennallaan vai
- 3 parantunut?

H2. Työskentely Suomessa

H201. Oletteko tällä hetkellä töissä?

- 0 Ei → H301 Työhistoria Suomessa
- 1 Kyllä → H202

EHTO: Jos H201 = 1 (työssä), esitä kysymykset H202-H206

H202. Oletteko:
1 palkansaajana → H203
2 yrittäjänä? → H202_1

EHTO: Jos H202=2 (yrittäjä), jatkokysymys H202_1-1-3:

- H202_1. Oletteko:
- 1 maatalousyrittäjä
 - 2 ammatinharjoittaja vai
 - 3 itsenäinen yrittäjä?
 - 4 opiskeluun liittyvässä työharjoittelussa
 - 5 tukitoimin työllistetty vai
 - 6 oppisopimuskoulutuksessa?

H203. Missä työssä toimitte tällä hetkellä?

H204. Kuinka monta tuntia viikossa keskimäärin työskentelette tässä työssä?
_____ h/viikko

EHTO: Jos H203 <30h (tsekee alle 30 tuntia viikossa), niin kysytään:
H204_1. Mikä on pääsäällinen syy sille, että ette tee kokopäivätyötä?

- 1 Ei ole päässyt kokopäivätyötä
- 2 Opiskelu
- 3 Omien lasten tai omaisten hoito
- 4 On osa-aikaeläkkeellä
- 5 Terveys
- 6 Ei halua kokoaikatyötä
- 7 Muu syy _____
H204_1_7T. Mikä muu syy? _____

H205. Milloin työhöne alkoi nykyisessä (tässä viimeisimmässä) työpaikassanne Suomessa?
_____kk _____vuosi

H206. Kuinka monta kuukautta olette ollut tässä työssä viimeisen 12 kuukauden aikana?
_____ kuukautta

H207. Kuinka monta työsuhdetta teillä on ollut viimeisten 12 kuukauden aikana?

yhteensä _____kpl työsuhdetta

H208. Kuinka kauan olette ollut yhteensä työelämässä Suomessa?

yhteensä _____kk _____vuosi

H209. Onko teillä tämän edellä mainitsemanne työn ohella jokin muu työ?

- 0 Ei → Jos H209=0, kysytään palkansaajat-jatkolomakkeen kysymyksiä;
→ Jos H209=1, kysytään yrittäjät-jatkolomakkeen kysymyksiä.
- 1 Kyllä _____

EHTO: Jos on toinenkin työ (H209 = 1), niin kysytään H2010-H2013

H210. Mikä tämä toinen työ on (ammatinimike)?

H211. Teittekö tätä työtä:

- 1 palkansaajana
- 2 yrittäjänä vai
- 3 ammatinharjoittajana?

H212. Kuinka monta tuntia viikossa keskimäärin työskentelette tässä toisessa työssä?
_____ h/vko

H213. Teittekö (näiden lisäksi) muuta palkallista työtä?

- 0 En
- 1 Kyllä

H213_1. Palkallista työtä _____h/vko

EHTO: Siirto H4 (palkansaajat) TAI H5 (yrittäjät)

EHTO: Seuraavat kysymykset vain niille, jotka eivät ole nyt työssä (H201 = 0)
H301. Haluaisitteko tehdä ansiotyötä kokopäiväisesti tai vaikkapa vain satunnaisesti?
 1 Kyllä, kokopäiväisesti
 2 Kyllä, mutta en kokopäiväisesti
 3 En

H302. Oletteko ollut palkansaajana tai yrittäjänä sinä aikana, kun olette asunut Suomessa?
 0 En → EHTO: Jos H302 = 0, niin kysytään:
H302_1. Oletteko hakenut töitä sinä aikana, kun olette asunut Suomessa?
 0 En → H6
 1 Kyllä → H303
 1 Kyllä → EHTO: Jos H302 = 1, niin kysytään H302_2 ja H302_3:
H302_2. Oletteko:
 1 palkansaajana vai
 2 yrittäjänä?

H302_3. Kuinka kauan olette ollut yhteensä työelämässä Suomessa?
 yht. _____ v., _____ kk.

EHTO: H302 = 1 (ollut ainakin jokuks töissä Suomessa), niin kysytään H303, H305:
H303. Mitä töitä teitte viimeisimmässä työssä (ammattinimike)?

H304. Teittekö tätä työtä:
 1 palkansaajana
 2 yrittäjänä vai
 3 ammatinharjoittajana?

H305. Kuinka monta tuntia viikossa keskimäärin työskenteilitte tässä työssä?
 _____ h/vko

H306. Milloin työnne alkoi nykyisessä (tässä viimeisimmässä) työpaikassanne Suomessa?
 _____kk _____vuosi

H307. Kuinka monta kuukautta olette ollut tässä työssä viimeisen 12 kuukauden aikana?
 _____kuukautta

H308. Kuinka monta työsuuhdetta teillä on ollut viimeisten 12 kuukauden aikana?
 yhteensä _____kpl työsuuhdetta

EHTO: Jos H305 on ≥10 (töki >10h tai enemmän töitä viikossa) ja on tehnyt töitä vähintään 3 kk viimeisen vuoden aikana (H30723), niin jatkuu H4 tai H5, muutoin H6.

Työnsaannin esteet

Ovatko seuraavat tekijät estäneet tai vaikeuttaneet teitä saamasta toivomaanne työtä tai estäneet työelämään osallistumistanne Suomessa paljon, jonkin verran tai ei lainkaan viimeksi kuluneiden 2 vuoden aikana?

	paljon	jonkin verran	ei lainkaan
H401A - H401L. Työllistyminen			
H401A. Onko puutteellinen kielitaito (suomi/ruotsi) estänyt tai vaikeuttanut työnsaantianne?	1	2	3
H401B. Entä riittämätön tai epäsopeva koulutus (esim. aiempaa ammattianne tai koulutustanne ei ole hyväksytty Suomessa)?	1	2	3
H401C. Entä työkokemuksen puute?	1	2	3
H401D. Entä työnantajien asenteet?	1	2	3
H401E. Onko heikko työllisyystilanne estänyt tai vaikeuttanut työnsaantianne?	1	2	3
H401F. Onko työnsaantianne estänyt tai vaikeuttanut se, että avoimista työpaikoista on vaikea saada tietoa?	1	2	3
H401G. Entä vähäiset suhteet kantasuomalaisiin, jotka voisivat auttaa tai helpottaa työpaikan saannissa?	1	2	3
H401H. Ovatko perheen jäsenen kielitieteiset asenteet työhön menoa kohtaan vaikeuttaneet tai estäneet työnsaantianne tai työhön menoaanne?	1	2	3
H401I. Entä perhetilanne?	1	2	3
H401J. Entä oma epävarmuus ja pelot työelämään siirtymiseen liittyen?	1	2	3
H401K. Entä terveyteen tai toimintakykyyn liittyvät ongelmat?	1	2	3
H401L. Entä omaan uskotoon liittyvät säännöt ja tavat?	1	2	3

H408. Kertoisitko lyhyesti, mitä työpaikallanne pääasiallisesti tehdään tai tuotetaan (tehtiin tai tuotettiin)?

- 1 Maatalous, metsätalous ja kalatalous
- 2 Kaivostoiminta, louhinta, soran ja turpeen nosto
- 3 Elintarviketeollisuus
- 4 Kemianteollisuus
- 5 Metsäteollisuus
- 6 Metalliteollisuus
- 7 Muu teollisuus ja valmistus
- 8 Sähkö-, kaasun- ja lämpöhuolto, jäähdytysliiketoiminta
- 9 Vesihuolto, viemäri- ja jätevesihuolto, jätetuho
- 10 Rakentaminen
- 11 Tukku- ja vähittäiskauppa, moottoriajoneuvojen ja moottoripyörien korjaus
- 12 Kuljetus ja varastointi
- 13 Majoitus- ja ravitsemistoiminta
- 14 Informaatio ja viestintä
- 15 Rahoitus- ja vakuutus toiminta
- 16 Kiinteistöalan liiketoiminta
- 17 Ammatillinen, tieteellinen ja tekninen toiminta, eläinlääkintä
- 18 Hallinto- ja tukipalvelutoiminta, kiinteistöhuolto, turvallisuus- ja vartiointipalvelut
- 19 Julkinen hallinto ja maanpuolustus; pakollinen sosiaalivakuutus
- 20 Koulutus
- 21 Terveys- ja sosiaalipalvelut
- 22 Taiteet, viihde ja virkistys
- 23 Muu palvelutoiminta, järjestöt, kampaamot, muut palvelut yksityisille
- 24 Kotitalouksien toiminta työnantajina: kotitalouksien eriyttämätön toiminta tavaroiden ja palvelujen tuottamiseksi omaan käyttöön
- 25 Kansainvälisten organisaatioiden ja toimielinten toiminta
- 26 Toimiala tuntematon

H408_27T. _____

H409. Montako henkilöä on (oli) työnantajanne/yrityksenne palveluksessa koko organisaatiossa tai yhteössä itsenne mukaan lukien?

- 1 ei vain haastateltava
- 2 2–4
- 3 5–9
- 4 10–49
- 5 50–249
- 6 250–499
- 7 500–999
- 8 1000 tai yli

H409_9T. Ei osaa sanoa, kysytään organisaation nimi _____

Ammattiliittoon kuuluminen ja palkaton työ

H402. Kuulutteko ammattiliittoon?

- 0 Ei
1 Kyllä

H403. Teettekö palkatonta työtä? (Esim. järjestötoimintaa, urheilujoukkueessa toimintaa tms.)

- 0 En
1 Kyllä

H403_1. Palkatonta työtä _____ h/vko

Työn ulkoiset puutteet

H404. Onko nykyinen (viimeisin) työsuhteenne:

- 1 vakituinen, myös toistaiseksi sovittu
- 2 määräaikainen
- 3 vai keikkatuontoinen?

H405. Onko (oliko) päätyönne/työnne työajaltaan:

- 1 säännöllistä päivättyä
- 2 säännöllinen aamutyö tai säännöllinen iltatyö
- 3 vai vuorotyö tai perödi- tai jaksotyö
- 4 jokin muu,

H405_4T mikä muu työaika? _____

H406. Oletteko (olitteko) esimiesasemassa?

- 0 Ei
1 Kyllä

H407. Onko nykyinen (oliko viimeisin) työnantajanne Suomessa?

- 1 valtio
- 2 kunta
- 3 maahanmuuttaja- tai monikulttuurisuusjärjestö, -yhdistys tai -säätiö
- 4 jokin muu järjestö, yhdistys tai säätiö
- 5 maahanmuuttajien omistama yritys vai
- 6 muu yksityinen työnantaja
- 7 joku muu,

H407_7T mikä muu työnantaja? _____

EYYSINEN JA PSYKKINEN KUORMITUS TYÖSSÄ

H414. Onko (oilko) työne ruumiillisesti:

- 1 kevyttä
- 2 melko kevyttä
- 3 jonkin verran rasittavaa
- 4 melko rasittavaa
- 5 vai hyvin rasittavaa?

H415. Miten usein tunnette (tunsitte) itsenne haluttomaksi ja henkisesti väsyneeksi työhön lähtessäänne:

- 1 päivittäin tai lähes päivittäin
- 2 muutaman kerran viikossa
- 3 noin kerran viikossa
- 4 kerran pari kuukaudessa
- 5 harvemmin vai
- 6 ei koskaan?

PÄÄTÄMÄLTÄ TYÖSSÄ

EHTO: H416A - H416C, H417A - H417D, H420A - H420F, H422A - H422C:

H416A - H416C. Päätävä vai	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etekä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H416A. Pystyite (Pystyitte) tekemään paljon itsenäisiä päätöksiä työssänne	1	2	3	4	5
H416B. Teillä on (oli) paljon omin töihinne liittyvää sananvaltaa	1	2	3	4	5
H416C. Teillä on (oli) hyvin vähän vapautta päättää, miten teette (teitte) työenne	1	2	3	4	5

Työhyvinvointi

TYÖTYTYTYVAISUUS

H410 - H4111. Työtyytyväisyys	erittäin tyytyväinen	melko tyytyväinen	en tyytyväinen mutta en täysin tyytymätönkään	melko tyytymätön	erittäin tyytymätön
H410. Kuinka tyytyväinen olette työtentävienne sisältöön?	1	2	3	4	5
H411. Entä kuinka tyytyväinen olette (olitte) kehitysmahdollisuuksii nne työssä?	1	2	3	4	5

TYÖN ILO

H412. Kuinka usein tunnette (tunsitte) itsenne vahvaksi ja tarmokkaaksi työssänne?

Päivittäin	1
Viikoittain	2
Kuukausittain	3
Vuosittain	4
Vai ei koskaan?	5
	6
	7

H413. Entä kuinka usein olette (olitte) innostunut työstänne?

Päivittäin	1
Viikoittain	2
Kuukausittain	3
Vuosittain	4
Vai ei koskaan?	5
	6
	7

VAATIMUKSET TYÖSSÄ

Kun ajattelette työtänne (viimeisintä työtänne), oletteko seuraavien välttämien suhteen täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä, ette samaa etteä eri mieltä, melko eri mieltä vaiko täysin eri mieltä.

H417A - H417D. Työn vaatimukset	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä?
H417A. Työnne vaatii (vaatii) erittäin kovaa työntekoa	1	2	3	4	5
H417B. Teiltä edellytetään (edellytetään) kohtuutonta työmäärää	1	2	3	4	5
H417C. Työnne vaatii (vaatii) pitkälle kehittyneitä taitoja	1	2	3	4	5
H417D. Työhönne sisältyy (sisältyy) tehtäviä, jotka ovat (olivat) ristiriidassa henkilökohtaisten arvojenne kanssa	1	2	3	4	5

TYÖYHTEISÖ

H418. Montako henkilöä työskentelee (työskenteeli) työpaikallanne itsenne mukaan lukien?

- 1 1 eli vain haastateltava → H423A
 2 2-4
 3 5-9
 4 10-29
 5 30-49
 6 50-99
 7 100-249
 8 250-499
 9 500-999
 10 1000 tai yli
 9 EOS
 H418_8T. Mikä toimipaikka, millainen, nimi, missä?
 10 EV

EHTO: jos H418>1 (työpaikalla muitakin kuin itse haastateltava), kysymykset H419- H422C.

H419. Saatteko (Saattteko) tarvitsetanne tukea ja apua työtovereiltanne:

- 1 erittäin paljon
 2 melko paljon
 3 jonkin verran
 4 melko vähän
 5 vai erittäin vähän?

Entä kuinka samaa mieltä olette seuraavista välttämistä:

H420A - H420F. Työyhteisö	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H420A. Piddätte (Piditte) työyhteisöstänne	1	2	3	4	5
H420B. Haluatte (Olisitte halunnut) pysyä oman työyhteisönne jäsenenä	1	2	3	4	5
H420C. Oma työyhteisönne on (oli) teille yksi tärkeimmistä ryhmistä, joihin kuulutte (kuulutte)	1	2	3	4	5
H420D. Teidät (huyäksytään) (huyäksytettiin) työyhteisössänne	1	2	3	4	5
H420E. Teihin luotetaan (luotettiin) työyhteisössänne	1	2	3	4	5
H420F. Teitä arvostetaan (arvostettiin) työyhteisössänne	1	2	3	4	5

H421. Onko (Oliko) työyhteisössänne muita maahanmuuttajia:

- 1 vain Te
 2 maahanmuuttajataustaisia on selkeästi vähemmän kuin kantasuomalaisia
 3 maahanmuuttajia on yhtä paljon tai lähes yhtä paljon kuin kantasuomalaisia
 4 maahanmuuttajia on selkeästi enemmän kuin kantasuomalaisia
 5 kaikki ovat maahanmuuttajia?

TYÖYHTEISÖN AVOIMUUS JA RISTIRIITOJEN RATKAISU

EHTO: Työssä olevat, jos H40 > 1 (työpaikalla muitakin kuin itse haastateltava)

Mitä mieltä olette seuraavista välttämistä:

H422A - H422C. Työyhteisön avoimuus	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H422A. Työyhteisön toiminnassa otetaan huomioon erilaisia näkemyksiä	1	2	3	4	5
H422B. Työyhteisössä pystytään keskustelemaan vaikeistakin asioista rakentavasti	1	2	3	4	5
H422C. Työyhteisössä pystytään ratkaisemaan ristiriitoja kohtuullisen hyvin	1	2	3	4	5

LÄHIMMÄN ESIMIEHEN TOIMINTA

H423A - H423C. Esimiehen toiminta	aina	hyvin usein	melko usein	melko harvoin	ei koskaan	minulla ei ole esimiestä
H423A. Saatteko (Saatteko) tarvittaessa tukea ja apua esimieheltänne	1	2	3	4	5	6
H423B. Kohteileko (Kohteileko) lähin esimiehenne työntekijöitä oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti	1	2	3	4	5	6
H423C. Kannustaatko (Kannustiko) esimiehenne teitä kehittymään työssänne	1	2	3	4	5	6

TYÖYMPÄRISTÖHAIKAI

H424. Esintyykö omassa työympäristössänne tai työssänne koskaan niin kovaa melua, että tavallinen puhe ei kuulu metrin päästä?

- 0 Ei esiinny → H425
1 Kyllä esiintyy

H424_1. Haittaako se teitä:

- 1 ei lainkaan
2 jonkin verran
3 melko paljon
4 vai hyvin paljon?

H425. Esintyykö työympäristössänne tai työssänne pölyä, käryä, kaasua, savua tai muuten huonoa ilman laatua?

- 0 Ei esiinny → H426
1 Kyllä esiintyy

H425_1. Haittaako se teitä:

- 1 ei lainkaan
2 jonkin verran
3 melko paljon
4 vai hyvin paljon?

H426. Entä esiintyykö omassa työympäristössänne tai työssänne kylmyyttä tai vetoa?

- 0 Ei esiinny → H427
1 Kyllä esiintyy

H426_1. Haittaako se teitä:

- 1 ei lainkaan
2 jonkin verran
3 melko paljon
4 vai hyvin paljon?

H427. Käyttättekö (käyttättekö) työssänne säännöllisesti tietokonetta, kannettavaa tietokonetta tai taskutoimistoa?

Päivittäin	ylli 4 tuntia	1
	1—4 tuntia	2
	alle tunnin	3
Vai lähes joka päivä		4
Harvemmin		5
Vai ei ollenkaan?		6

TYÖKYKY

H428. Riippumatta siitä oletteko ansiotyössä vai ette, arvioikaa minkälainen työkykyenne on nykyisin

Oletteko:

- 1 täysin työkykyinen
2 osittain työkyvytön → H430
3 täysin työkyvytön?

EHTO: H429 kysytään Jos H428=1,2

H429. Oletetaan, että työkykyenne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0-10? 0 tarkoittaa, etette pystyisi nykyisin lainkaan työhön.

täysin työkyvytön 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
työkyky parhaimmillaan

H430. Kuinka monta kokonaista päivää olette ollut poissa työstä terveydentilanne vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kk aikana?

_____ kokonaista päivää

H431. Onko teille viimeisten 12 kuukauden aikana sattunut tapaturmaa työssä tai matkalla kotoa työpaikalle tai takaisin?

- 0 Ei
1 Kyllä

H432. Entä miten uskotte työkykyenne kehittyvän seuraavan kahden vuoden kuluessa. Uskotteko että työkykyenne todennäköisesti:

- 1 paranee
2 pysyy ennallaan vai
3 heikentyy?

TYÖTERVEYSHUOLIO

H433. Onko (oliko) työpaikallenne järjestetty työterveyshuolto?

- 0 Ei → H434A
1 Kyllä

EHTO: H433_1 ja H433_2 kysytään vain jos H433=1

H433_1. Onko teille kerrottu (Kerrottinako teille) työterveyshuollon palvelujen käyttämällisyyksistä:

- 1 riittävästi
2 liian vähän
3 vai ei lainkaan?

H433_2. Kuinka tyytyväinen kaiken kaikkiaan olet (olit) työpaikkasi työterveyshuollon toimintaan?

Onko (oliko) sen toiminta:

- 1 kiitettävää
2 hyvää
3 tyydyttävää
4 välttävää
5 vai huonoa?

Maahanmuuttajatausta ja työtyöelämä

H435. Onko ulkomaalaistaustanne ollut hyötyä tai haittaa työssänne:

- 1 lähinnä hyötyä
2 sekä hyötyä että haittaa
3 lähinnä haittaa
4 ulkomaalaistausta ei vaikuta työssän?

H436. Kohdellaanko (Kohdeltiin)ko) työpaikallenne maahanmuuttajia verrattuna muihin työntekijöihin:

- 1 täysin tasapuolisesti
2 melko tasapuolisesti
3 melko epätasapuolisesti
4 vai erittäin epätasapuolisesti?
5 Työpaikalla kaikki ovat maahanmuuttajia
6 Työpaikalla ei muita

TOIMINTATAPA TYÖSSÄ

H437A - H437C.	hyvin usein tai aina	melko usein	silloin tällöin	melko harvoin	erittäin harvoin tai ei koskaan
H437A. Jos joku asia työssä vaivaa (vaivasi), otatteko (otitteko) sen puheeksi?	1	2	3	4	5
H437B. Entä pyrittekö löytämään parempia tapoja tehdä työtänne?	1	2	3	4	5
H437C. Entä teettekö (teittekö) työhön, työpaikkaan tai yhteistyöhön liittyviä muutos- tai parannusehdotuksia työpaikallanne?	1	2	3	4	5

OSAAMINEN

H438. Vastasivatko (Vastasivatko) työtehtävänne hyvin tämänhetkistä (senhetkistä) osaamistanne?

- 0 Ei
1 Kyllä

H439. Riittäisivätkö (Olisivatko) tietonne ja taitonne (riittäneet) vaativampiinkin tehtäviin?

- 0 Ei
1 Kyllä

PEREHDYTYKSEN TYÖPAIKALLA

H434A - H434G.	erittäin hyvin	melko hyvin	melko huonosti	erittäin huonosti tai ei lainkaan?
H434A. Teille on selvitetty, mistä tehtävistä työssänne pääasiassa vastaatte.	1	2	3	4
H434B. Teille on tehty selväkielisiä työpaikoihin sekä työstä poisaloituihin liittyvät säännöt.	1	2	3	4
H434C. Teille on kerrottu, kuka/lat mikä tahoo työpaikalla voi auttaa teitä missäkin asiassa.	1	2	3	4
H434D. Teille on selvitetty, missä asioissa voitte kääntyä esimiehenne puoleen.	1	2	3	4
H434E. Teille on kerrottu, mistä saatte tietoa työpaikkaa koskevista päätöksistä ja muutoksista.	1	2	3	4
H434F. Teille on kerrottu kenen puoleen voi kääntyä, jos työpaikalla tulee kiusatuksi.	1	2	3	4
H434G. Teitä on tarvittaessa autettu ja tuettu pärjäämään työssänne paremmin suomen(ruotsin)kielillä.	1	2	3	4

H440. Tarvitsitteko (Olisitteko tarvinnut) lisäkoulutusta tai opastusta selvittääksemme hyvin työntekijäistämme?

0 Ei
1 Kyllä

KIELITAITO

	täysin riittävä	melko riittävä	riittävä ja riittämätömien välillä	melko riittämätön	täysin riittämätön?	työpaikallani/työssäni ei käyvätkä eikä tarvita ollenkaan suomea/ruotsia
H441A - H441D. Kielitaito						
H441A. Puhumisen osalta	1	2	3	4	5	6
H441B. Entä puhutun ymmärtämisen osalta	1	2	3	4	5	6
H441C. Entä miten arvoisitte kielitaitonne riittävyyden työssänne lukutaidon osalta	1	2	3	4	5	6
H441D. Entä kirjoittamisen osalta	1	2	3	4	5	6

Väkivalta, uhkailu ja kiusaaminen työssä

H442. Oletteko työssä tai matkalla töihin tai töistä pois joutunut viimeisten 12 kuukauden aikana uhkailun kohteeksi?

0 Ei
1 Kyllä

H443. Entä fyysisen väkivallan, kuten kiinnipitämisen tai tönimisen kohteeksi viimeisten 12 kk aikana työssä tai matkalla töihin tai töistä pois?

0 Ei
1 Kyllä

H444. Oletteko ollut työssänne tällaisen hankkeen aikana väkivalan tai kiusaamisen kohteena viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?

0 Ei → H445
1 Kyllä

EHTO: H444_1 kysytään jos H444=1 (kyllä). Tutkittavan pitää vastata vain yhteen seuraavista

H444_1. Mitä taholta kiusaaminen pääasiassa on tullut (tuli):

1 esimies

2 alaiset

3 työtoverit

4 asiakkaat

5 muita, ketä

H548_1_5T muita ketä? _____

68

Työn ja perheen yhteensovittaminen

H445 - H446. Työ ja perhe	ei juuri koskaan	harvoin	silloin tällöin	melko usein	vai erittäin usein?
H445. Onko (Oliko) teillä vaikeuksia keskittyä työhön kotieläiden takia	1	2	3	4	5
H446. Entä kuinka usein tunnette (tunsitte) laiminlyöväne (hoitaa huonosti) kotieläimiä ansiotyön vuoksi	1	2	3	4	5

Sukupuoleen liittyvät asenteet

	Oletteko: täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä?
H447A - H447C. Sukupuoleen liittyvät asenteet				
H447A. Naimisissa olevilla naisilla on täysi oikeus käydä töissä, olipa heidän perheolanteensa mikä tahansa	1	2	3	4
H447B. Miehellä on ensisijainen vastuu perheen toimeentulosta	1	2	3	4
H447C. Naisten kuuluu olla kotona eikä työssä kodin ulkopuolella	1	2	3	4

Työkeskeisyys

Missä määrin olette täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä seuraavien väittämien suhteen?

H448A - H448C. Työkeskeisyys	Oletteko: täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etekä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H448A. Työ on tärkeä osa elämää	1	2	3	4	5
H448B. Elämä on mielekkäämpää, kun on säännöllinen työ	1	2	3	4	5
H448C. Paikkatyössä käynti antaa sisältöä ja merkitystä elämään	1	2	3	4	5

69

Arvio suomalaisesta työelämästä

Oletteko:				
täysin sama mieltä	melko sama mieltä	melko eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
1	2	3	4	5

H449. Minulla on myönteinen käsitys suomalaisesta työelämästä

No, jotka nyt työssä H201 = 1

H450. Jos saisitte tai perisitte niin paljon rahaa, että voisitte elää tekemättä

ansiotyötä, niin mitä seuraavista tekisitte:

- 1 jatkaisitte työntekoa kuten ennenkin
- 2 vähentäisitte työntekoa
- 3 lopettaisitte työntekon kokonaan
- 4 vaihtaisitte ammattia
- 5 vai aloittaisitte opiskelun?

H5. YRITTÄJÄT

Työsaannin esteet

Ovatko seuraavat tekijät estäneet tai vaikeuttaneet teitä saamasta toivomaanne työtä tai estäneet työelämään osallistumistanne Suomessa paljon, jonkin verran tai ei lainkaan viimeksi kuluneiden 2 vuoden aikana?

H501A - H501L. Työllistyminen	paljon	ei lainkaan	jonkin verran
H501A. Onko puutteellinen kielitaito (suomi/ruotsi) estänyt tai vaikeuttanut työsaantianne?	1	3	2
H501B. Entä riittämätön tai epäsuopiva koulutus (esim. aiempaa ammattianne tai koulutustanne ei ole hyväksytty Suomessa)?	1	3	2
H501C. Entä työkokemuksen puute?	1	3	2
H501D. Entä työnantajien asenteet?	1	3	2
H501F. Onko työsaantianne estänyt tai vaikeuttanut se, että avoimista työpaikoista on vaikea saada tietoa?	1	3	2
H501G. Entä vähäiset suhteet kansainvälisiin, jotka voisivat auttaa tai helpottaa työpaikan saamista?	1	3	2
H501H. Ovatko perheen jäsenten kielitieteiset asenteet työhön menoa kohtaan vaikeuttaneet tai estäneet työsaantianne tai työhön menoanne?	1	3	2
H501I. Entä perheitänne?	1	3	2
H501J. Entä oma epävarmuus ja pelot työelämään siirtymiseen liittyen?	1	3	2
H501K. Entä terveyteen tai toimintakykyyn liittyvät ongelmat?	1	3	2
H501L. Entä omaan uskontoon liittyvät säännöt ja tavat?	1	3	2

Ammattiliittoon kuuluuminen ja palkaton työ

H502. Kuuluteko ammattiliittoon?

- 0 Ei
1 Kyllä

H503. Teeettekö palkatonta työtä?

- 0 En
1 Kyllä

H503_1. Palkatonta työtä _____h/vkko

H504. Onko (oliko) päätyönne/työnne työajaltaan

- 1 säännöllistä päivättyä
- 2 säännöllinen aamutyö tai säännöllinen iltatyö
- 3 vai vuorotyö tai periodi- tai jaksotyö
- 4 Jokin muu, _____
H504_4T Jokin muu, mikä? _____

H505. Oletteko (olitteko) esimiesasemassa ?

- 0 Ei
1 Kyllä

H506. Kertoisitteko lyhyesti, mitä työpaikallanne pääasiallisesti tehdään tai tuotetaan (tehtiin tai tuotettiin)?

- 1 Maatalous, metsätalous ja kalatalous
 - 2 Kaivostoiminta, louhinta, soran ja turpeen nosto
 - 3 Elintarviketeollisuus
 - 4 Kemianteollisuus
 - 5 Metsäteollisuus
 - 6 Metalliteollisuus
 - 7 Muu teollisuus ja valmistus
 - 8 Sähkö-, kaasun- ja lämpöhuolto, jäähdytysliiketoiminta
 - 9 Vesihuolto, viemäri- ja jätevesihuolto, jätteenhuolto
 - 10 Rakentaminen
 - 11 Tuukku- ja vähittäiskauppa; moottoriajoneuvojen ja moottoripyörien korjaus
 - 12 Kuljetus ja varastoitus
 - 13 Majoitus- ja ravitsemistoiminta
 - 14 Informaatio ja viestintä
 - 15 Rahoiutus- ja vakuutus toiminta
 - 16 Kiinteistönalan liiketoiminta
 - 17 Ammatillinen, tieteellinen ja tekninen toiminta, eläinlääkintä
 - 18 Hallinto- ja tukipalvelutoiminta, kiinteistöhoito, turvallisuus- ja vartiointipalvelut
 - 19 Julkinen hallinto ja maanpuolustus; pakollinen sosiaalivakuutus
 - 20 Koulutus
 - 21 Terveys- ja sosiaalipalvelut
 - 22 Taiteet, viihde ja virkistys
 - 23 Muu palvelutoiminta, järjestöt, kampaamot, muut palvelut yksityisille
 - 24 Kotitalouksien toiminta (työnantaja, kotiolojen eriyttämätön toiminta tavaroiden ja palvelujen tuottamiseksi omaan käyttöön
 - 25 Kansainvälisten organisaatioiden ja toimielinten toiminta
 - 26 Toimiala tuntematon
- H506_27T. Toimiala, mikä?** _____

H507. Montako henkilöä on (oli) työnantajanne/yrityksenne palveluksessa koko organisaatiossa tai yhtytös itsenne mukaan lukienn?

- 1 1 eli vain haastateltava
 - 2 2–4
 - 3 5–9
 - 4 10–49
 - 5 50–249
 - 6 250–499
 - 7 500–999
 - 8 1000 tai yli
 - 9 Ei osaa sanoa, kysytään organisaation nimi
- H507_9T. Organisaation nimi?** _____

YRITTÄJÄT**EHTO: H508 - H514 kysytään jos H202- 2 (on myös yrittäjä)****H508. Kuinka kauan teillä on ollut oma yritys?**

- 1 Alle vuotta
- 2 1–5 vuotta
- 3 6–10 vuotta
- 4 Yli 10 vuotta

H509. Onko teillä (Onko teillä ollut) palkattua työvoimaa?

- 0 Ei
1 Kyllä

EHTO: Jos H509 = 1 kysytään:**H509_1. Kuinka monta?** _____ (lukumäärä)**H510. Onko (Oliko) yrityksessänne töissä perheenne jäseniä?**

- 0 Ei
1 Kyllä

EHTO: Jos H510 = 1 kysytään:**H510_1. Kuinka monta?** _____ (lukumäärä)**H511. Kuinka monena päivänä viikossa teette (teitte) töitä yrityksessänne keskimäärin? _____****H512. Kuinka kauan lomaa olette pitäneet 12 viime kuukauden aikana?**

- 1 En ole pitänyt lomaa
- 2 1–2 viikkoa
- 3 Kolme viikkoa
- 4 Neljä viikkoa
- 5 Enemmän

H513. Suomessa yrittäjille on tarjolla monien eri tahojen tarjoamia ilmaisia sekä maksullisia palveluita. Tällaisia ovat esimerkiksi yritysten käynnistämisneuvonta, rahoitusneuvonta, kehittämispalvelut ja rekrytointipalvelut. Oletteko käyttäneet tämän tyyppisiä palveluita yrittäjänä ollessanne?

0 En
1 Kyllä

EHTO: Jos H513 = 1, kysyjään:

H513. 1. Mitä palveluita olet käyttänyt?

H514. Jos saisitte joka tapauksessa riittävän toimeentulon, miten menettelisitte:
1 jatkaisin yrittäjänä nykyisessä yrityksessäni
2 vaihtaisin yrittäjäksi muulle alalle
3 siirtäisin palkansaajaksi
4 luopuisin työstä kokonaan?

Työhyvinvointi

TYÖTYYTYVÄISYYS

H515 - H516. Työttyytyväisyys	erittäin tytyväinen	melko tytyväinen	en tytyväinen mutta on tytyväisempään	melko tytyväinen	erittäin tytyväinen
H515. Kuinka tytyväinen olette työtentäväenne sisäilöön?	1	2	3	4	5
H516. Entä kuinka tytyväinen olette (olitte) kehitysmahdollisuuksiinne työssä?	1	2	3	4	5

TYÖN ILO

H517. Kuinka usein tunnette (tunsitte) itsenne vahvaksi ja tarmokkaaksi työssäne?	1	2	3	4	5	6	7
Päivittäin							
Vilkottain	kerran viikossa vai						
Kuukausittain	muutamana kerran viikossa	kerran kuussa vai					
Vuosittain	muutamana kerran kuussa	eli muutamana kerran vuodessa					
Vai ei koskaan?							

74

H518. Entä kuinka usein olette (olitte) innoistunut työstänne?	1	2	3	4	5	6	7
Päivittäin							
Vilkottain	kerran viikossa vai						
Kuukausittain	muutamana kerran viikossa	kerran kuussa vai					
Vuosittain	muutamana kerran kuussa	eli muutamana kerran vuodessa					
Vai ei koskaan?							

FYYSINEN JA PSYKKINEN KUORMITUS TYÖSSÄ

H519. Onko (oliko) työnne ruumillisesti:

- 1 kevyttä
- 2 melko kevyttä
- 3 jonkin verran rasittavaa
- 4 melko rasittavaa
- 5 vai hyvin rasittavaa?

H520. Miten usein tunnette (tunsitte) itsenne haluttomaksi ja henkisesti väsyneeksi työhön lähtiesänne.

- 1 päivittäin tai lähes päivittäin
- 2 muutamana kerran viikossa
- 3 noin kerran viikossa
- 4 kerran pari kuukaudessa
- 5 harvemmin vai
- 6 ei koskaan?

PÄÄTÄNTÄVALTA TYÖSSÄ

H520A - H520C. Päätätävältä	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etekä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä?
H520A. Pystyitte (Pystyitte) tekemään paljon itsenäisiä päätöksiä työssäne	1	2	3	4	5
H520B. Teillä on (oli) paljon omiin töihinne liittyvää samantiltaa	1	2	3	4	5
H520C. Teillä on (oli) hyvin vähän vapautta päättää, miten teette (teitte) työnne	1	2	3	4	5

75

VAAATIMUKSET TYÖSSÄ

H521A - H521D. Työn vaatimukset	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H521A. Työonne vaatii (vaatii) erittäin kovaa työntekoa	1	2	3	4	5
H521B. Teiltä edellytetään (edellytetään) kohtuullonta työmäärää	1	2	3	4	5
H521C. Työonne vaatii (vaatii) pitkälle kehittyneitä taitoja	1	2	3	4	5
H521D. Työohanne sisältäyty (sisältäyty) tehtäviä, jotka ovat (ollivat) ristiriidassa henkilökohdalaisten arvojemme kanssa	1	2	3	4	5

TYÖYHTEISÖ

H522. Montako henkilöä työskentelee (työskenteli) työpaikallanne itsenne mukaan

lukkien?

1 1 eli vain haastateltava → H527

2 2-4

3 5-9

4 10-49

5 50-249

6 250-999

7 1000 tai yli

8 EOS

H522_8T. Mikä toimipaikka, millainen, nimi, missä?

9 EV

EHITO: Jos H522 > 1 (työpaikalla muitakin kuin itse haastateltava), kysymykset H523 - H526C.

H523. Saatteko (saatteko) tarvitsenne tukea ja apua työtovereiltanne:

- 1 erittäin paljon
- 2 melko paljon
- 3 jonkin verran
- 4 melko vähän
- 5 vai erittäin vähän?

Entä kuinka samaa mieltä olette seuraavista väittämistä:

H524A - H524F. Työyhteisö	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H524A. Pidätte (Piditte) työyhteisöstänne	1	2	3	4	5
H524B. Haluatte (Olitte halunnut) pysyä oman työyhteisöenne jäsenenä	1	2	3	4	5
H524C. Oma työyhteisöenne on (oli) teille yksi tärkeimmistä tyhmissä, joihin kuulutte (kuulutte)	1	2	3	4	5
H524D. Teidät hyväksyttiin (hyväksyttiin) työyhteisöössänne	1	2	3	4	5
H524E. Teihin luotetaan (luotettiin) työyhteisöössänne	1	2	3	4	5
H524F. Teitä arvostetaan (arvostettiin) työyhteisöössänne	1	2	3	4	5

H525. Onko (oliko) työyhteisöössänne muita maahanmuuttajia:

1 vain te

2 maahanmuuttajataustaisia on selkeästi vähemmän kuin kantasuomalaisia

3 maahanmuuttajia on yhtä paljon tai lähes yhtä paljon kuin kantasuomalaisia

4 maahanmuuttajia on selkeästi enemmän kuin kantasuomalaisia

5 kaikki ovat maahanmuuttajia?

TYÖYHTEISÖN AVOIMUUS JA RISTIRITTOJEN RATKAISU

Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä:

H526A - H526C.	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H526A. Työyhteisön toiminnassa otetaan huomioon erilaisia näkemyksiä	1	2	3	4	5
H526B. Työyhteisössä pystytään keskustelemaan vaikeistakin asioista rakentavasti	1	2	3	4	5
H526C. Työyhteisössä pystytään ratkaisemaan ristiriitoja kohtuullisen hyvin	1	2	3	4	5

TYÖYMPÄRISTÖHAITAT

H527. Esilintyykö omassa työympäristössäsi tai työssäsi koskaan niin kovaa melua, että tavallinen puhe ei kuulu metrin päästä?

- 0 Ei esilintyy → H528
1 Kyllä esilintyy

EHTO: Jos kovaa melua esilintyy
H527_1. Haittaako se teitä:

- 1 ei lainkaan
2 jonkin verran
3 melko paljon
4 vai hyvin paljon?

H528. Esilintyykö työympäristössäsi tai työssäsi pölyä, käryä, kaasua, savua tai muuten huonoa ilman laetua?

- 0 Ei esilintyy → H529
1 Kyllä esilintyy

EHTO: Jos ilman epäpuhtauksia esilintyy

H528_1. Haittaako se teitä:
1 ei lainkaan
2 jonkin verran
3 melko paljon
4 vai hyvin paljon?

H529. Entä esilintyykö omassa työympäristössäsi tai työssäsi kylmyyttä tai vetoa?

- 0 Ei esilintyy → H530
1 Kyllä esilintyy

EHTO: Jos lämpötilahaittoja esilintyy

H529_1. Haittaako se teitä:
1 ei lainkaan
2 jonkin verran
3 melko paljon
4 vai hyvin paljon?

H530. Käyttökö (käyttökö) työssäsi säännöllisesti tietokonetta, kannettavaa tietokonetta tai taskutoimistoa?

Päivittäin	yli 4 tuntia	1
	1–4 tuntia	2
	alle tunnin	3
Vai lähes joka päivä		4
Harvemmin		5
Vai ei ollenkaan?		6

TYÖKYKY

H531. Riippumatta siitä oletteko ansiotyössä vai ette, arvioikaa minkälainen työkykynne on nykyisin Oletteko:

- 1 täysin työkykyinen
2 osittain työkyvytön
3 täysin työkyvytön? → H533

EHTO: H532 kysytään jos H531=1,2

H532. Oletetaan, että työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkykyylenne asteikolla 0-10? 0 tarkoittaa, ette pystyisi nykyisin lainkaan työhön.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
täysin työkyvytön työkyky parhaimmillaan

H533. Kuinka monta kokonaista päivää olette ollut poissa työstä terveydentilanne vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kk aikana?

_____ kokonaista päivää

H534. Onko teille viimeisten 12 kuukauden aikana sattunut tapaturmaa työssä tai matkalla kotoa työpaikalle tai takaisin?

- 0 Ei
1 Kyllä

H535. Entä miten uskotte työkykynne kehittyvän seuraavan kahden vuoden kuluessa. uskotteko että työkykynne todennäköisesti:

- 1 paranee
2 pysyy ennallaan vai
3 heikentyy?

TYÖTERVEYSHUOLTO

H536. Oletteko (olitteko) hankkinut itsellenne ja mahdollisille työntekijöillenne työterveyshuollon palvelut?

- 0 Ei → H539
1 Kyllä

H537. Onko teille kerrottu (Kerrottiin ko teille) työterveyshuollon palvelujen käyttömahdollisuuksista:

- 1 riittävästi
2 liian vähän
3 vai ei lainkaan?

H538. Kuinka tyytyväinen kaiken kaikkiaan olette (olitte) työpaikkaanne työterveyshuollon toimintaan Onko (Oliko) sen toiminta:

- 1 kiltettävää
- 2 hyvää
- 3 tyydyttävää
- 4 vältävää
- 5 vai huonoa?

Maahanmuuttajatausta ja työtyöelämä

H539. Onko ulkomaalaistaustanne ollut hyötyä tai haittaa työssänne:

- 1 lähinnä hyötyä
- 2 sekä hyötyä että haittaa
- 3 lähinnä haittaa
- 4 ulkomaalaistausta ei vaikuta työssänne?

H540. Kohdellaanko (Kohdeltiin)ko) työpaikallanne maahanmuuttajia verrattuna muihin työntekijöihin:

- 1 täysin tasapuolisesti
- 2 melko tasapuolisesti
- 3 melko epätasapuolisesti
- 4 vai erittäin epätasapuolisesti?
- 5 Työpaikalla kaikki ovat maahanmuuttajia
- 6 Työpaikalla ei muita

TOIMINTATAPA TYÖSSÄ

	hyvin usein tai aina	melko usein	silloin tällöin	melko harvoin	erittäin harvoin tai ei koskaan
H541A - H541C. Toimintatapa					
H541A. Jos joku asia työssä vaivaa (valvasi), otatteko (otitteko) sen puheeksi	1	2	3	4	5
H541B. Entä pyrittekö löytämään parempia tapoja tehdä työtänne	1	2	3	4	5
H541C. Entä teettekö (teittekö) työhön, työpaikkaan tai yhteistyöhön liittyviä muutoks- tai parannusehdotuksia työpaikallanne?	1	2	3	4	5

80

OSAAMINEN

H542. Vastaaivatko (Vastasivatko) työtehtävänne hyvin tämänhetkistä (senhetkistä) osaamisestanne?

- 0 Ei
1 Kyllä

H543. Riittäisivätkö (Olisivatko) tietonne ja taitonne (riittäneet) vaativampimpiin tehtäviin?

- 0 Ei
1 Kyllä

H544. Tarvisitteko (Olisitteko tarvinnut) lisäkoulutusta tai opastusta selvittäksenne hyvin työtehtävistänne?

- 0 Ei
1 Kyllä

KIELTAITO

Jos ajattelitte suomen/ruotsinkielen kielitaitoanne työenne sujumisen kannalta, miten arvioisitte kielitaitonne riittävyyden seuraavien kielitaidon osa-alueiden osalta?

H545A - H545D.	täysin riittävä	melko riittävä	riittävän ja riittämättö- män välillä	melko riittämätön	täysin riittämätön	työpaikalla/työssässä ei käytetä eikä tarvita ollenkaan suomea/ruotsia
H545A. Puhumisen osalta	1	2	3	4	5	6
H545B. Entä puhutun ymmärtämisen osalta?	1	2	3	4	5	6
H545C. Entä miten arvioisitte kielitaitonne riittävyyden työssänne lukutaidon osalta?	1	2	3	4	5	6
H545D. Entä kirjoittamisen osalta?	1	2	3	4	5	6

Vakavalta, uhkailu ja kiusaaminen työssä

H546. Oletteko työssä tai matkalla töihin tai töistä pois joutunut viimeisten 12 kuukauden aikana uhkailun kohteeksi?

- 0 Ei
1 Kyllä

81

Työkeskeisyys

Missä määrin olette täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä seuraavien väittämien suhteen?

	Oletteko:				
	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H551A. Työ on tärkeä osa elämää	1	2	3	4	5
H551B. Elämä on mielekkäämpää, kun on säännöllinen työ	1	2	3	4	5
H551C. Palkkatyössä käynti antaa sisältöä ja merkitystä elämään	1	2	3	4	5

Arvio suomalaisesta työelämästä

	Oletteko:				
	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa etteä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H552. Minulla on myönteinen käsitys suomalaisesta työelämästä	1	2	3	4	5

EHTO: Ne, jotka nyt työssä (H201 = 1):
H553. Jos saisitte tai perisitte niin paljon rahaa, että voisitte elää tekemättä ansiotyötä, niin mitä seuraavista tekisitte:

- 1 jatkaisitte työntekoa kuten ennenkin
- 2 vähentäisitte työntekoa
- 3 lopettaisitte työntekoa kokonaan
- 4 vaihtaisitte ammattia
- 5 vai aloittaisitte opiskelun?

H547. Entä fyysisen väkivallan, kuten kiinnittämisen tai tönimisen kohteeksi viimeisten 12 kk aikana työssä tai matkalla töihin tai töistä pois?

- 0 Ei
1 Kyllä

H548. Oletteko ollut työssänne tällaisen väkivallan tai kiusaamisen kohteena viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?

- 0 Ei → H549A
1 Kyllä

EHTO: kysytään jos H548 = kyllä, vastaa vain yhteen seuraavista
H548_1. Mitä tahoita kiusaaminen pääasiassa on tullut (tuli):

- 1 esimies
- 2 alaiset
- 3 työtoverit
- 4 asiakkaat
- 5 muita, ketä, _____

H548_1_5T muita ketä? _____

Työn ja perheen yhteensovittaminen

H549A - H549B. Työ ja koti	ei juuri koskaan	harvoin	silloin tällöin	melko usein	erittäin usein
H549A. Onko (Oliko) teillä vaikeuksia keskittyä työhön kotiasioiden takia	1	2	3	4	5
H549B. Entä kuinka usein tunnette (tunsitte) laiminlyöväne (hoitaa huonosti) kotiasiointia ansiotyön vuoksi	1	2	3	4	5

Sukupuoleen liittyvät asenteet

	Oletteko:				
	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä	
H550A - H550C. Sukupuoleen liittyvät asenteet					
H550A. Naimisissa olevilla naisilla on täysin oikeus käydä töissä, olipa heidän perheillanteensa mikä tahansa	1	2	3	4	
H550B. Miehellä on ensisijainen vastuu perheen toimeentulosta	1	2	3	4	
H550C. Naisten kuuluu olla kotona eikä työssä kodin ulkopuolella	1	2	3	4	

H603. Teeitekö palkatonta työtää?

0 En
1 Kyllä

H603_1. Palkatonta työtää _____ h/vko

Työhyvinvointi

TYÖKYKY

H604. Riippumatta siitä oletteko anstytyssä vai ette, arvioi kaa minkäläinen työkykyne on nykyisin.

Oletteko:

1 täysin työkykyinen
2 osittain työkyvytön
3 täysin työkyvytön? → H606

EHTO: H605 kysytään jos H604=1,2

H605. Oletetaan, että työkykyne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0-10? 0 tarkoittaa, etteite pystyisi nykyisin lainkaan työhön.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
täysin työkyvytön työkyky parhaimmillaan

H606. Entä miten uskoite työkykyne kehittyvän seuraavan kahden vuoden kuluksa. Uskotteko että työkykyne todennäköisesti:

1 paranee
2 pysyy ennallaan vai
3 heikenty?

Sukupuoleen liittyvät aseeteet

H607A - H607C. Sukupuoleen liittyvät aseeteet	Oletteko: täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
H607A. Naimisissa olevilla naisilla on täysi oikeus käydä töissä, olipa heidän perheentuloensa mikä tahansa	1	2	3	4
H607B. Miehellä on ensisijainen vastuu perheen toimeentulosta	1	2	3	4
H607C. Naisten kuuluu olla kotona eikä työssä kodin ulkopuolella	1	2	3	4

H6. EI-TYÖELÄMÄSSÄ OLEVAT

Työnsaannin esteet

Ovatko seuraavat tekijät estäneet tai vaikeuttaneet teitä saamasta toivomaanne työtää tai estäneet työelämään osallistumistanne Suomessa paljon, jonkin verran tai ei lainkaan viimeksi kuluneiden 2 vuoden aikana?

H601A - H601L. Työllistyminen	paljon	jonkin verran	ei lainkaan
H601A. Onko puutteellinen kielitaito (suomi/ruotsi) estänyt tai vaikeuttanut työnsaantianne?	1	2	3
H601B. Entä riittämätön tai epäsovelia koulutus (esim. alempaa ammattitane tai koulutusanne ei ole hyväksytty Suomessa)?	1	2	3
H601C. Entä työkokemuksen puute?	1	2	3
H601D. Entä työantajien aseeteet?	1	2	3
H601E. Onko heikko työllisyystilanne estänyt tai vaikeuttanut työnsaantää?	1	2	3
H601F. Onko työnsaantianne estänyt tai vaikeuttanut se, että avoimista työpaikoista on vaikea saada tietoa?	1	2	3
H601G. Entä vähäiset suhteet kantasuomalaisiin, jotka voisivat auttaa tai helpottaa työpaikan saannissa?	1	2	3
H601H. Ovatko perheen jäsenten kielitaitet aseeteet työhön menoa kohtaan vaikeuttaneet tai estäneet työnsaantianne tai työhön menoaanne?	1	2	3
H601I. Entä perhetilanne?	1	2	3
H601J. Entä oma epävarmuus ja pelot työelämään siirtymiseen liittyen?	1	2	3
H601K. Entä terveyteen tai toimintakykyyn liittyvät ongelmat?	1	2	3
H601L. Entä omaan uskotoon liittyvät säännöt ja tavat?	1	2	3

Ammattiliittoon kuuluminen ja palkaton työ

H602. Kuuluteko ammattiliittoon?

0 Ei
1 Kyllä

Työkeskeisyys

Missä määrin olette täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä seuraavien väittämien suhteen?

H608A - H608C. Ansiotyön merkitys	Oletteko:				
	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	ette samaa ettekö eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
H608A. Työ on tärkeä osa elämää	1	2	3	4	5
H608B. Elämä on mielekkäämpää, kun on säännöllinen työ	1	2	3	4	5
H608C. Palkkatyössä käynti antaa sisältöä ja merkitystä elämään	1	2	3	4	5

Arvio suomalaisesta työelämästä

H609. Minulla on myönteinen käsitys suomalaisesta työelämästä

Oletteko:

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 melko samaa mieltä
- 3 ette samaa ettekö eri mieltä
- 4 melko eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä?

O. LOPETUS

O06. Haastattelussa mukana olleet

- 1 Tuuttittava yksin
- 2 Tuuttittavan puoliso
- 3 Tuuttittavan lapset
- 4 Sukulaisia ja tuttaviva
- 5 Muita, keitä?

O06_5T. Keitä muita mukana _____ ?

O07. Vastasiko tuuttittava itse?

- 0 Ei → O07_1
- 1 Kyllä

EHTO: Jos O07=0, kysytään O07_1 ja O07_2

O07_1. Kuka toimi vastaajana?

- 1 Tuuttittavan puoliso
- 2 Tuuttittavan lapset
- 3 Muu sukulainen tai tuttava
- 4 Muu, kuka?

O07_1_4T. Kuka muu toimi vastaajana _____ ?

O07_2. Miksi tuuttittava ei vastannut itse?

- 1 Hänellä on kehitysvamma
- 2 Hänellä on kuulovamma
- 3 Hänellä on jokin muu sairaus, joka estää vastaamista
- 4 Jokin muu syy, mikä

O07_2_4T. Mikä muu syy _____ ?

LIITE 2. TERVEYSTARKASTUSLOMAKE



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tunnistenumero:
Tarra

Maahanmuuttajien terveys- ja
hyvinvointitutkimus (MAAMU)

TERVEYSTARKASTUSLOMAKE

Vipuvoimaa
EU:lta
2007-2013



Euroopan unioni
Euroopan sosiaalirahasto

MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYS- JA HYVINVOINTTUTKIMUS (MAAMU)
 TERVEYSTARKASTUSLOMAKE

Sisältö

TERVEYSTARKASTUSMITTAUKSET	3
Verenpaine automaattimittarilla	3
Mittaukset ylipainon ja lihavuuden arvioimiseksi	4
TOIMINTAKYKY	6
Koettu toimintakyky	6
Apuvälineet	7
Aistien toiminta	7
Toimintakykymittaukset	8
Hemoglobiiniarvo	10
Suun tutkimus	11
OIREHAASTATTELU	12
Allergia	12
Infektio	13
HIV-TIETOISUUS	13
TUKI- JA LIIKUNTAELINTEN SAIRAUDET JA KIVUT	15
MUUT ONGELMAT JA VAIVAT	15
LABORATORIOON OHJAAMINEN	16
LOPETUS	16

TERVEYSTARKASTUSMITTAUKSET

Seuraavaksi mitataan teiltä pulssin käsin tunnustelemalla ja verenpaineen automaattimittarilla, joka mittaa arvon kolme kertaa minuutin välein.

TT_001. Onko verenpaine mitattu?

- 0 Ei
 1 Kyllä → TT_004

TT_002. Jos mitausta ei tehty, miksi?

- 1 kieläytyy
 2 amputaatio, kipsi molemmissa käsissä
 3 muu vamma

TT_003T. Mikä muu vamma? _____ → TT_101

Verenpaine automaattimittarilla

TT_004. Onko verenpaine mitattu automaattimittarilla

- 0 Ei → TT_005T
 1 Kyllä

TT_005T. Miksi ei mitattu? _____ → TT_014

TT_006. Verenpainemittarin numero _____

TT_007. Mansetti

Mansetin koko:

- Automaattisesti M –L. Comfort, jos vaihdetaan mansetti merkitään sen koko
 1 M –L Comfort (22–42cm, halyusrajat)
 2 S (< 22cm)
 3 reisimansetti (> 43cm)

SYKE

1 minuutin mittaus tutkittavan ranteesta tunnustelemalla, aika sekuntitellolla.

TT_008_SYKE _____

VERENPAINE

Mittaa automaattimittarilla ja pulssi on automaattimittarin ilmoittama.

Automaattimittari	Mittaustulos 1	Mittaustulos 2	Mittaustulos 3
TT_009_1_SYST /mmHg			
TT_009_1_DIAST /mmHg			
TT_009_1_SYKE			

TT_010. Automaatti verenpaine ja pulssi: huomautuksia

- 0 ei → TT_012
- 1 kyllä

TT_011T. Automaattimittari mittauksessa, mitä huomautettavaa?

- 1 verenpaine mitattu vasemmasta käsivarresta
- 2 pulssi epääännöllinen (automaattimittarin ilmoittama)
- 3 mansetti on liian lyhyt
- 4 muuta

TT_011_4T. Mitä _____

TT_012. Onko automaatti verenpainemittarin virheilmoituksia

- 0 ei → TT_101
- 1 kyllä

TT_013. Automaatti Verenpainemittarin virheilmoituksia

- 0 Ei virheilmoituksia
- 1 Mittarin ohjeavot ylittävät (SYST 135, DIAST 85)
- 2 Mittausvirhe: ei arvoja.
- 3 (3 virheitä= ei arvoja, 2 virheitä= keskiarvo näkyössä, 1 virhe= tulos näkyössä)
- 3 Mansetti ei täytynyt riittävästi
- 4 Liikettä mittauksen aikana
- 5 Mansetti täytynyt liikaa
- 6 Liikettä, ääntä, mansetin ilmavuoto
- 7 Muuta

TT_013_7T. Muita virheilmoituksia, mitä? _____

Mittaukset ylipainon ja lihavuuden arvioimiseksi

Seuraavilla mittauksilla arvioidaan tässä tutkimuksessa ylipainon ja lihavuuden yleisyyttä.

EHTO: TT_101 kysytään jos SP=2
TT_101. Oletko raskaana?

- 0 ei → TT_103
- 1 kyllä
- 2 ei tiedä/ei varma → TT_103

TT_102. Raskausviikot _____

PITUUS

TT_103. Pituus, onko mitattu?

- 0 ei
- 1 kyllä → TT_105
- 2 itse ilmoitettu → TT_104

TT_103. Miksi ei mitata? _____

- 1 Ei pysty seisomaan (esim. jalan amputaatio, pyörätuolipotilas) → TT_107
- 2 muuta

TT_103_2T. Mitä muuta estettä mittaukseen? _____ → TT_107

TT_104. Pituus, itse ilmoitettu _____, _____ cm → TT_107

TT_105. Pituus, mitattu _____, _____ cm

TT_106. Pituuden mittauksen huomautuksia?

- 0 ei → TT_107
- 1 kyllä

TT_106_1T. Mitä huomautettavaa pituudessa? _____

PAINO

TT_107. Onko paino mitattu

- 0 ei
- 1 kyllä → TT_109
- 2 itse ilmoitettu → TT_108

TT_107T. Miksi ei mitata? _____ → TT_111

EHTO: TT_108 kysytään, jos TT_107 on ei

TT_108. Paino, itse ilmoitettu _____, _____ kg → TT_111

TT_109. Paino _____, _____ kg

TT_110. Painon mittauksen huomautuksia?

- 0 ei → TT_111
- 1 kyllä

TT_110T. Mitä huomautettavaa painossa? _____

TT_111. Onko ympärysmittarit mitattu

- 0 ei
- 1 kyllä → TT_112

TT_111T. Miksi ei mitattu? _____ → TT_201

TT_112. Vyötärön ympäryksen mittaus:

- 1 paljailta iholta
- 2 ohut ihon myötäinen alusvaate
- 3 muuta vaateutusta

TT_113. Vyötärön ympäryys _____, _____, _____ cm

TT_114. Lantion ympäryksen mittaus:

- 1 paljailta iholta
- 2 ohut ihon myötäinen alusvaate
- 3 muuta vaateutusta

TT_115. Lantion ympäryys _____, _____, _____ cm

TT_116. Vyötärö ja lantio: huomautuksia

- 0 Ei huomautettavaa →
1 Kyllä

TT_117. Mitä huomautettavaa

- 1 Raskaana
- 2 Tyrä mittausalueella (napa, nivus)
- 3 Ei pysty seisomaan (esim. jalan amputaatio)
- 4 Mittanauha ei riitä
- 5 Muuta

TT_117_5T. Mitä muuta huomautettavaa ympärysmitoissa? _____

TOIMINTAKYKY

Koettu toimintakyky

TT_201. Kykenetkö juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä)?

- 1 Pystyite siihen vaikeuksitta
- 2 Pystyite siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 Pystyite siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 Ette pysty siihen lainkaan

TT_202. Kykenetkö noustamaan portaita usean kerrosvälin levähtämättä?

- 1 Pystyite siihen vaikeuksitta
- 2 Pystyite siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 Pystyite siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 Ette pysty siihen lainkaan

TT_203. Kykenetkö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä?

- 1 Pystyite siihen vaikeuksitta
- 2 Pystyite siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 Pystyite siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 Ette pysty siihen lainkaan

TT_204. Kykenetkö kantamaan ostokassin tai muun noin 5 kg:n painoisen taakan vähintään 100 metrin matkan?

- 1 Pystyite siihen vaikeuksitta
- 2 Pystyite siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 Pystyite siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 Ette pysty siihen lainkaan

Apuvälineet

TT_205. Käytättekö mitään liikkumisen apuvälineitä?

- 0 ei → TT_209
1 Kyllä

Käytättekö mitään liikkumisen apuvälineitä?	Ei	Kyllä
TT_205_1. Kävelykeppi		
TT_205_2. Kävelysauvat		
TT_205_3. Rollaattori, potkupyörä tai muu kävelyteline		
TT_205_4. Erikoispolkupyörä (myös sähkötoiminen)		
TT_205_5. Pyörätuoli (myös moottorikäyttö)		
TT_206_6. Auto, jossa vammaisvarustus		
TT_207_7. Nosto- tai siirtolaite		
TT_207_8. Muu		
TT_208T. Mikä muu apuväline? _____		

Aistien toiminta

Jos henkilö on lukutaidoton tarkenna kysemys tekstiin nalkemiseen.

TT_209. Onko näköne kyllin hyvä (silmälasilla) tavallisen sanomalehtitekstin lukemiseen?

- 1 pystyn vaikeuksitta
- 2 pystyn lukemaan, mutta lukeminen tuottaa vaikeuksia
- 3 en pysty lukemaan lainkaan

TT_210. Pystytkö vaikeuksitta kuulemaan, mitä useamman henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojen kanssa tai ilman)?

- 1 pystyn vaikeuksitta
2 pystyn, mutta kuulemisessa on vaikeuksia
3 en pysty

Toimintakykymittaukset

YHDELLÄ JALALLA SEISOMINEN

TT_301. Onko tasapainotestit tehty?

- 0 ei
1 kyllä → TT_302

TT_301T. Miksi ei tehty? _____ → TT_305

"Nyt mittaamme tasapainoamme. Nostakaa kantapäät vastakkaisen jalan polvitaipeen (niveltä) korkeudelle. Jalat kera säären sisäosia vasten ja polvi on kiertyneenä ulospäin. Kädet roikkuvat vapaina sivulla. Seisokaa mahdollisimman liikkumatta ja käytäkää käsienne tasapainon säilyttämiseen vain tarvittaessa. Ilmottien, kun suorituksenne maksimialka 60 sekuntia on kulunut, jolloin voitte lopettaa testin."

TT_302. Ensimmäisen suorituksen kesto: _____ s

EHTO: Toisen suoritus tehdään, jos aika on alle 60 s

TT_303. Toisen suorituksen kesto: _____ s

TT_304. Huomioita tasapainotestissä?

- 0 ei → TT_305
1 kyllä

TT_304T. Mitä huomioita? _____

TUOLILTA NOUSU

"Seuraavana on vuorossa tuolilta nousu. Istukaa tuolin selkää kiinni selkänurkkaan ja jalat taitalle pieneneen haara-asentoon. Kädet lasketaan ristilin rinnan päälle. Nousekaa tuolilta ylös ilman käsien apua."

TT_305. Onko tuolitestit tehty?

- 0 ei
1 kyllä → TT_306

TT_305T. Miksi ei tehty? _____ → TT_311

TT_306. Käyrössä standardituoli

- 0 ei
1 kyllä

TT_307. Onnistuiko tuolilta nousu yhden kerran?

- 0 Onnistui ilman käsien apua
1 Onnistui käsillä auttaen → TT_310
2 Ei kykenne testiin → TT_310

"Seuraavaksi nouskaa seisomaan kymmenen kertaa niin nopeasti kuin mahdollista, ilman käsien apua. Oientakaa polvet seisoma-asennossa. Istuma-asennossa selän on koskettava selkänurkkaan. Oikeitko valmis? Valmiina – NYTI"

TT_308 Onnistuiko tuolilta nousu viisi kertaa?

- 0 ei → TT_310
1 kyllä

TT_308_1. Tuolilta nousujen määrä? _____

TT_308_2. Viiden tuolilta nousun aika: _____ s

TT_309. Onnistuiko tuolilta nousu kymmenen kertaa?

- 0 ei → TT_310
1 kyllä

TT_309_1. Tuolilta nousujen määrä? _____

TT_309_2. Kymmenen tuolilta nousun aika: _____ s

TT_310. Huomiot tuolilta nousu-testissä?

- 0 ei → TT_311
1 kyllä

TT_310T. Mitä huomioita tuolilta nousu-mittauksessa? _____

PURISTUSVOIMA

"Seuraavaksi mittaamme puristusvoimaamme. Tarkoituksena on, että puristatte kahvasta niin voimakkaasti kuin pystytte muutamien sekunnin ajan, kumiesi sanon, että riittää. Istuma-asennon ja käden asennon tulisi pysyä samana koko suorituksen ajan. Oikeitko valmis? Valmiina – NYTI PURISTAKAA – PURISTAKAA – PURISTAKAA! Ja riittää, voitte irroittaa käden kahvasta ja rentouttaa sitä hieman."

TT_311. Onko puristusvoima testi tehty?

- 0 ei
1 kyllä → TT_312
2 epäonnistui

TT_311T. Miksi ei tehty/ epäonnistui? _____ → TT_401

TT_312. Kirjoittava käsi:

- 1 oikea
2 vasen

TT_313. Mitattava käsi:

- 1 oikea
2 vasen

TT_313T. Syy, miksi mittaus tehdään ei kirjoittavalla kädellä: _____

TT_314. Ensimmäinen puristus: kg

TT_315. Toinen puristus: kg

EHTO: 3. puristus tehdään, jos 1. ja 2. suorituksen välinen ero on yli 10 % suurempi kuin 1. suoritus.

TT_316. Kolmas puristus: kg

TT_317. Huomiot puristustestissä?

- 0 ei → TT_318
1 kyllä

TT_317T. Huomiot puristusvoimatestistä: _____

LOPPUARVIO

TT_318. Vaikuttivaiko testisuoritukset luotettavilta?

- 0 Ei
1 Osittain
2 Kyllä → TT_401

TT_319. Jos suoritukset eivät olleet luotettavia (ei tai osittain), niin miksi ei?

- 1 Tuottavalla on tilapäinen toiminnarajoitus
2 Tuottava ei yrittänyt parastaan
3 Muusta syystä

TT_319_3T. Mistä muusta syystä? _____

Hemoglobiinimittaus

TT_401. Hemoglobiiniarvo, onko mitattu

- 0 ei
1 kyllä → TT_402

TT_401T. Miksi ei mitattu? _____ → TT_501

TT_402. Hemoglobiini arvo _____

TT_403. Hemoglobiiniarvon huomautuksia?

- 0 ei → TT_501
1 kyllä

TT_403T. Mitä huomautettavaa? _____

Suun tutkimus

TT_501. Suun tutkimus, onko tehty

- 0 ei
1 kyllä → TT_502

TT_501T. Miksi ei tehty suun tutkimusta? _____ → TT_601

TT_502. Onko irrotettavia hammasproteeseja

- 0 Ei → TT_507
1 Kyllä

TT_503. Irrotettavat proteesit yläleuka:

- 0 Ei ole
1 Kokoproteesi
2 Osaproteesi

TT_504. Irrotettavat proteesit alaleuka:

- 0 Ei ole
1 Kokoproteesi
2 Osaproteesi

TT_505. Onko protees(e)issa korjaustarvetta?

- 0 Ei
1 On, yläleuassa
2 On, alaleuassa
3 On, molemmissa

TT_506. Onko protees(e)n hygienia hyvä?

- 0 On
1 Ei, yläleuka
2 Ei, alaleuka
3 Ei, molemmat

TT_507. Hampaiden lukumäärä yläleuka _____ summaluku

TT_508. Hampaiden lukumäärä alaleuka _____ summaluku

TT_509. Suun tutkimuksessa huomautuksia?

- 0 ei → TT_601
1 kyllä

TT_509T. Mitä huomautettavaa? _____

OIREHAASTATTELU	Infektio
TT_601. Onko Teillä koskaan ollut siitepölyallergiaa (heinänuhaa)? 0 ei → TT_602 1 kyllä	TT_604. Onko Teillä ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kaksi viikkoa kestänyttä lämpöilyä? (yli 37,5 astetta) 0 ei → TT_605 1 kyllä
TT_601_1. Onko heinänuha lääkäriin toteama? 0 ei 1 kyllä	TT_604. 1. Onko lämpöily todettu 1 kuumeittarilla mittaamalla 2 muulla tavoin päätettynä
TT_601_2. Onko Teillä ollut heinänuhaoireita viimeisen 12 kuukauden aikana? 0 ei 1 kyllä	TT_605. Onko Teillä ollut viimeisen kahden kuukauden aikana yli kolme viikkoa kestänyttä yskää? 0 ei 1 kyllä
TT_602. Onko Teillä koskaan ollut siitepölyallergian aiheuttamia silmäoireita? 0 ei → TT_603 1 kyllä	TT_606. Huomautuksia allergia, lämpöily- ja yskäksymyksiin 0 ei → TT_801 1 kyllä
TT_602_1. Ovatko siitepölyallergian aiheuttamat silmäoireet lääkäriin toteamia? 0 ei 1 kyllä	TT_606T. Mitä huomautettavaa? _____
TT_602_2. Onko Teillä ollut siitepölyallergian aiheuttamia silmäoireita viimeisen 12 kuukauden aikana? 0 ei 1 kyllä	HIV-TIETOISUUS
TT_603. Onko Teillä koskaan ollut maitorupea, taiveihottumaa tai atopista ihottumaa? 0 ei → TT_604 1 kyllä	Voiko seuraavilla keinolla estää HIV-infektion tarttumista? TT_701. Kondomin käyttö 0 ei 1 kyllä 2 en tiedä
TT_603_1. Onko maitorupi, taiveihottuma tai atooppinen ihottuma lääkäriin toteama? 0 ei 1 kyllä	TT_702. Jos on vain yksi uskollinen seksikumppani, jolla ei HIV-infektiota 0 ei 1 kyllä 2 en tiedä
TT_603_2. Onko Teillä ollut maitorupea, taiveihottumaa tai atooppista ihottumaa viimeisen 12 kuukauden aikana? 0 ei 1 kyllä	TT_703. Voiko HIV-infektio tarttua ruokailuvälineiden tai ruuan välityksellä 0 ei 1 kyllä 2 en tiedä
	TT_704. Voiko HIV-infektio tarttua hynteisen pistosta 0 ei 1 kyllä 2 en tiedä

TT_705. Voiko ihmisellä olla HIV-infektio, jos hän näyttää aivan terveeltä?

- 0 ei
1 Kyllä
2 en tiedä

TT_706. Tiedätkö, voidaanko HIV-infektion saanutta hoitaa niin hyvin, että hän voi elää yntä pitkään kuin henkilö, jolla ei ole HIV-infektiota?

- 0 ei ole hoitoa
1 voidaan hoitaa
2 en tiedä

Korjataan jos tulkittavalla värä käsitys = 0 tai ei tiedä=2. Kerrotaan, että hyvä hoito on olemassa. Infektiotunut voi elää normaalia elämää

TT_707. Onko Teille koskaan tehty HIV-testiä?

- 0 ei → SUOST_LAB_HIV
1 Kyllä, ennen Suomeen tuloa:
2 Kyllä, Suomessa
3 Kyllä, muualla Suomeen tulon jälkeen (esim. entisessä kotimaassa)
4 en tiedä, että olisi otettu → SUOST_LAB_HIV

TT_707_1 vuosi _____kk _____pvä _____

TT_708. Jos HIV-testi tehty, mikä oli testin tulos

- 1 en halua kertoa
2 positiivinen
3 negatiivinen
4 en tiedä

SUOST_LAB_HIV. Tässä tutkimuksessa tarjoamme HIV-, hepatiitti- ja syfilisistä kaikille tutkittaville. Sopiiko, että Teiltä otetaan nämä testit samalla kun otetaan muita verinäytteitä?

- 0 Ei
1 Kyllä

TT_709. Haluatteko kertoa syy, miksi ette halua HIV-testiä?

- 1 Ei halua vastata
2 Äskettäin testattu
3 Ei usko että voi olla HIV-infektio
4 Ei HIV -infektioon liittyvää riskikäyttäytymistä
5 Ei halua tietää mahdollisesta HIV-infektioista
6 Muu syy, mikä _____

TT_709_6T. Mikä syy? _____

TUKI- JA LIKUNTAELINTEN SAIRAUDET JA KIVUT

TT_801. Onko teillä ollut kipuja jossain kehonosassa viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana?

- 0 ei → TT_901
1 Kyllä

Onko teillä ollut kipuja jossain kehonosassa viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana? (näytetään vartaloikuva ja kipuvivain)	Arviointi asteikolla 0–10 0= ei lainkaan kipua 10= pahin mahdollinen kipu
TT_801_1. Kipua päässä	
TT_802_2. Kipua vatsassa	
TT_803_3. Kipua selässä	
TT_804_4. Kipua niskassa	
TT_805_5. Kipua hartioissa	
TT_806_6. Kipua olkapäissä	
TT_807_7. Kipua lonkissa	
TT_808_8. Kipua polvissa	
TT_809_9. Kipua muualla	
TT_809_9T. Muualla kipua, missä? _____	

TT_810. Huomautuksia kipukysymyksiin

- 0 ei → TT_901
1 Kyllä

TT_810T. Mitä huomautuksia? _____

MUUT ONGELMAT JA VAIVAT

Pyydetään tulkittavaa täyttämään HSCL-lomake.

TT_901. Otko tutkittava itse lomakkeen

- 0 tutkittava ei ottanut vastaan HSCL-lomaketta
1 tutkittava otti vastaan → TT_902

TT_901T. Miksi ei ottanut? _____

TT_902. Miten HSCL-lomake käsiteltiin

- 1 tutkimushoitaja haastatteli tässä vaiheessa
2 otti vastaan lomakkeen, tutkimushoitaja tallentaa myöhemmin
3 otti vastaan lomakkeen, mutta ei täytännyt eikä suostunut hoitajan apuun
4 otti vastaan lomakkeen, täytti osin itse, osin tutkimushoitajan avulla

TT_903. Huomautuksia HSCL:stä

- 0 ei → TT_1001
1 Kyllä

TT_903T. Mitä huomautettavaa? _____

LABORATORIOON OHJAAMINEN

TT_1001. Koska olette viimeksi syönyt tai juonut?

Tuntia sitten _____

EHDO: TT_1002 kysytään, jos TT_1001 on alle 12 tuntia

TT_1002. Mitä söitte tai juotte?

TT_1003. Tiedätekö sairastavanne jotakin pitkäaikaista veriteitse tarttuvaa tautia
0 ei → TT_2001
1 Kyllä

TT_1003T. Mitä pitkäaikaista veritautia? _____

LOPETUS

TT_2001. Keitä oli mukana terveystarkastustilanteessa?

- 1 tutkittava yksin → TT_2004
2 tutkittava toisen henkilön avustamana/muita mukana olleita

TT_2002. Kuka oli läsnä terveystarkastustilanteessa

- 1 puoliso
2 lapsi/lapsia
3 vanhempi
4 muu sukulainen
5 ystävä tai naapuri
6 kodinhoitaja, sairaanhoitaja tms.
7 muu, kuika
TT_2002_7T. Kuka muu mukana tarkastuksessa? _____

TT_2003. Terveystarkastustilanteessa läsnä olleet perheenjäsenet tai muut henkilöt häirttisivät?

- 0 Ei
1 Kyllä

TT_2004. Oliko tutkitavan näkökykyssä puutteita, jotka häirttasivat terveystarkastustilannetta?

- 1 ei
2 näkö on ilmeisesti jonkin verran heikentynyt
3 näkö on selvästi heikentynyt

4 tutkittava on sokea tai lähes sokea

TT_2005. Oliko tutkitavan kuulo alentunut (vaikka käytäisi kuulolaitetta) niin, että se hankaloitti terveystarkastusta?

- 1 ei
2 kuulo on ilmeisesti jonkin verran alentunut
3 kuulo on selvästi alentunut
4 haastateltava on kuuro tai lähes kuuro

TT_2006. Oliko tutkitavalla vaikeuksia puhumisessa, niin että se häirttasi kysymyksiin vastaamista?

- 1 ei lainkaan vaikeuksia
2 haastateltavalla on lieviä vaikeuksia puhumisessa
3 haastateltavalla on selviä vaikeuksia puhumisessa
4 haastateltava ei kykene puhumaan lainkaan ymmärrettävästi

TT_2007. Oliko tutkitavalla mielestäsi vaikeuksia ymmärtää puhetta ja ohjeita?

- 1 ei
2 ilmeisesti lieviä vaikeuksia
3 selviä vaikeuksia
4 tutkittava ei ymmärrä puhetta/ohjeita juuri lainkaan

TT_2008. Tutkitavalla oli muistivaikeuksia?

- 0 Ei
1 Kyllä

TT_2009. Tutkitavalla oli vaikeuksia keskittyä kuuntelemaan ohjeita?

- 0 Ei
1 Kyllä

TT_2010. Oliko terveystarkastuksessa muita haittoja tai vaikeuksia?

- 0 Ei → TT_3001
1 Kyllä

TT_2011. Mitä muita haittoja tai vaikeuksia? _____

TT_3001. Onko tutkittavaa ohjattu hakeutumaan terveydenhuoltoon?

- 0 Ei → TT_3004
1 Kyllä

TT_3002. Miten ja minne ohjattu?

- 1 työterveyshuoltoon
2 omalle hoitajalle/lääkärille (kaupungin terveysasema)
3 muualle (esim. A-klinikka)

TT_3002_3T. Ohjattu muualle, minne _____

4 annettu esitiet/terveysneuvontamateriaalia (esim. mielenterveys, päihde, ylipaino)
TT_3003_4T. Mitä materiaalia? _____

Tunnistenumero:

Tarra

MAAMU Terveystarkastus: HSCL (Hopkins Symptom Checklist)

Seuraavaksi on esitetty luettelo ongelmista ja vaivoista, joita ihmisillä esiintyy ajoittain (silloin tällöin).

Missä määrin teitä on vaivannut viimeksi kuluneiden 7 päivän aikana:

	ei lainkaan	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1 päänsärky	1	2	3	4
2 hermotuneisuus tai sisäinen rauhattomuus	1	2	3	4
3 heikotuksen, huimauksen tai voimattomuuden tunne	1	2	3	4
4 seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen	1	2	3	4
5 tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen	1	2	3	4
6 ajatukset elämäsi lopettamisesta	1	2	3	4
7 vapina	1	2	3	4
8 huono ruokahalu	1	2	3	4
9 itkuherkkyys	1	2	3	4
10 tunne, että olet umpikujassa tai loukussa	1	2	3	4
11 pelästyminen äkillisesti ilman mitään syytä	1	2	3	4
12 itsesyytökset	1	2	3	4
13 yksinäisyys	1	2	3	4
14 alakuloisuus	1	2	3	4
15 liika asioiden murehtiminen	1	2	3	4
16 kiinnostuksen puute lähes kaikkeen	1	2	3	4
17 pelokkuus	1	2	3	4
18 sydämen tykytykset tai -jyskytykset	1	2	3	4
19 vaikeus nukahtaa tai unen katkonaisuus	1	2	3	4
20 toivottomuus tulevaisuuden suhteen	1	2	3	4
21 jännittyneisyys tai kiihtyneisyys	1	2	3	4
22 tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua	1	2	3	4
23 pelon tai pakokauhun puuskat	1	2	3	4
24 levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin	1	2	3	4
25 arvottomuuden tunteet	1	2	3	4
26 sydän- tai rintakivut	0	1	2	3
27 kivut selän alaosassa	0	1	2	3
28 pahoinvointi/vatsavaivat	0	1	2	3
29 lihassäryt	0	1	2	3
30 hengitysvaikeudet	0	1	2	3
31 kuumat ja kylmät aallot	0	1	2	3
32 jonkin ruumiin osan pistely tai puuttuminen	0	1	2	3
33 tunne, että teillä on pala kurkussa	0	1	2	3
34 heikkouden tunne ruumiin eri osissa	0	1	2	3
35 painon tunne käsissä tai jaloissa	0	1	2	3
36 jatkuvat kivut ja säryt	0	1	2	3

Liite 3. Maamu-hankkeen johtoryhmä, ohjausryhmä, projektiryhmä ja työryhmät

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen johtoryhmä

Tutkimuksen johtaja Seppo Koskinen	Tutkimuspäällikkö Päivikki Koponen
Projektipäällikkö Anu Castaneda (1.1.2011 alkaen)	Tutkijalääkäri Mulki Mölsä
Projektipäällikkö Maili Malin (31.8.2010 asti)	Osastajohtaja Eila Linnanmäki
Projektikoordinaattori Shadia Rask	Yksikön päällikkö Anna Keto-Tokoi

Maahanmuuttajien terveys- ja työkyky – seurantajärjestelmä kunnille -hankkeen ohjausryhmä

Kuusela Maisa (pj.), Turun kaupunki	Nyrhinen Marja, Tampereen kaupunki
Rask Shadia (siht.), THL	Savolainen Kirsi, Vantaan kaupunki (31.1.2012 asti)
Ali Alas, Turun kaupunki	Sheikhani Aziz, Tampereen kurdien kulttuuriyhdistys ry (25.8.2011 asti)
Arrhenius Viveca, STM	Sköönilä Hilppa, Vantaan kaupunki (1.2.2012 alkaen)
Castaneda Anu, THL	Suokonautio Jaana, Uudenmaan elinkeino-, liikenne ja ympäristökeskus
Järvenpää Irmeli, STM	Säävälä Minna, Väestöliitto
Kettunen Leena, Vaasan kaupunki	
Koskinen Seppo, THL	
Lehtinen Markku, Turun kaupunki	
Mattsson Kirsti, Espoon kaupunki	
Nuutinen Hanna-Leena, Helsingin kaupunki	

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen projektiryhmä

Koskinen Seppo (pj.), THL	Linnanmäki Eila, THL
Rask Shadia (siht.), THL	Lund Laura, THL
Bergbom Barbara, Työterveyslaitos	Mannila Simo, THL
Castaneda Anu, THL	Mertaniemi Ritva, THL
Davidkin Irja, THL	Mölsä Mulki, THL
Gissler Mika, THL	Nohynek Hanna, THL
Keskimäki Ilmo, THL	Pouta Anneli, THL
Kivelä Pia, HUS	Puska Pekka, THL
Koponen Päivikki, THL	Ruutu Petri, THL
Kuusio Hannamaria, THL	Sundvall Jouko, THL
Laatikainen Tiina, THL	Suvisaari Jaana, THL
Lehtisalo Riikka, Tampereen yliopisto	Toivanen Minna, Työterveyslaitos
Leiviskä Jaana, THL	Vartiainen Erkki, THL
Liitsola Kirsi, THL	Väänänen Ari, Työterveyslaitos

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen terveystarkastusryhmä

Vartiainen Erkki (pj.)	Liitsola Kirsi
Rask Shadia (siht.)	Mäki Päivi
Alha Pirkko	Mölsä Mulki
Castaneda Anu	Nohynek Hanna
Koponen Päivikki	Peltonen Markku
Koskinen Seppo	Rinne Sirkka
Kuulasmaa Kari	Räty Tarja
Kuurne-Koivisto Minna	Saarikoski Liisa
Laatikainen Tiina	Sundvall Jouko
Leiviskä Jaana	Tolonen Hanna

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen laboratoriryhmä

Leiviskä Jaana (pj.)	Koskinen Seppo
Räty Tarja (siht.)	Lund Laura
Alha Pirkko	Mölsä Mulki
Castaneda Anu	Rinne Sirkka
Koponen Päivikki	Sundvall Jouko

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen otantaryhmä

Härkänen Tommi (pj.)	Kuulasmaa Kari
Räty Tarja (siht.)	Päivikki Koponen
Castaneda Anu	Rinne Sirkka
Koskinen Seppo	Virtala Esa

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen logistiikka- ja tiedonhallintaryhmä

Knekt Paul (pj.)	Koskinen Seppo
Räty Tarja (siht.)	Kuulasmaa Kari
Alha Pirkko	Mäki Juhani
Castaneda Anu	Pekkarinen Mikko
Grönholm Marko	Rinne Sirkka
Koponen Päivikki	Virtala Esa

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen asiantuntijaryhmät**Sosiodemografiset tekijät ja elinolot**

Castaneda Anu	Laatikainen Tiina
Kauppinen Timo	Mannila Simo
Koskinen Seppo	Martelin Tuija

Terveydentila, sairaudet ja oireet

Heliövaara Markku
Jula Antti
Koponen Päivikki
Koskinen Seppo

Laatikainen Tiina
Martelin Tuija
Mulki Mölsä
Vartiainen Erkki

D-vitamiini

Jääskeläinen Tuija
Koponen Päivikki
Kärkkäinen Merja

Lamberg-Allardt Christel
Mölsä Mulki

Tapaturmat

Haikonen Kari
Impinen Antti
Lounamaa Anne

Markkula Jaana
Råback Mirka

Infektiot ja tartuntataudit

Davidkin Irja
Hiltunen-Back Eija
Kivelä Pia
Kuusio Markku
Liitsola Kirsi
Mölsä Mulki

Nohynek Hanna
Pulakka Anna
Ruutu Petri
Siitonen Anja
Surcel Heljä-Marja

Suun terveys

Suominen Liisa
Suontausta Nina

Tyynti Ulla

Lisääntymisterveys

Degni Filio
Gissler Mika
Klemetti Reija
Koponen Päivikki

Mölsä Mulki
Pouta Anneli
Surcel Heljä-Marja
Weiste-Paakkanen Anneli

Mielenterveys

Castaneda Anu
Halla Tapio
Kruus Johanna
Lehtisalo Riikka
Mertaniemi Ritva

Mölsä Mulki
Pakaslahti Antti
Schubert Carla
Suvisaari Jaana
Wahlbec Kristian

Elintavat

Borodulin Katja
Heloma Antero
Härmä Mikko
Kronholm Erkki

Mäkinen Tomi
Ollila Hanna
Prättälä Ritva

Toimintakyky

Ahonen Sanna
Rask Shadia
Sainio Päivi

Stenholm Sari
Vaara Mariitta

Syrjintä- ja väkivaltakokemukset

Castaneda Anu
Ewalds Helena

Mannila Simo
Piispa Minna

Sosiaalinen hyvinvointi ja perhe

Laatikainen Tiina
Mannila Tarja
Martelin Tuija
Mäki Päivi

Nieminen Tarja
Perälä Marja-Leena
Rask Shadia
Solovieva Natalia

Terveyspalvelut

Alha Pirkko
Keskimäki Ilmo

Koponen Päivikki
Kuusio Hannamaria

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen kenttäryhmät

Vastaava tutkimusohitaja Minna Kuurne-Koivisto

Kurdinkielinen tiimi

Fathollahi Maryam
Ghaderi Zrehbar
Hassan Zanest

Kakakhani Shamsi
Lotfallahi Azizeh
Sharifi Yahya

Somalinkielinen tiimi

Abdulkadir Jama
Barale Fardowsa
Diiriye Abdiasis
Hassan Kaltun

Hassan Mohamed
Hassan Mohamed Hussein
Hersi Yurub
Musse Abdullahi

Venäjänkielinen tiimi

Gorina Evgenia
Moshes Alexandra
Prela Inna
Solovieva Natalia

Veller Viktoria
Veller Violetta
Ärväs Lidia

Hankkeessa toimineet harjoittelijat

Balchyunene Natalia
Farah Mulki
Gorina Evgenia
Hassan Abdullahi Mahamud
Hassan Mohamed Hussein
Hassan Zanest
Hentonen Kirsi
Käiväräinen Olga

Malyguina Elvira
Mohammed Renas
Moshes Alexandra
Muhumud Abdulkhakim
Mäkelä Varpu
Rantanen Sanna
Weiste-Paakkanen Anneli

Lisäksi Maamu-hankekokonaisuuden toteuttamiseen ovat osallistuneet lukuisat THL:n työntekijät, kuten taloussuunnittelija Pirre Talponen, tiedottaja Eeva-Liisa Kallinen, henkilöstöassistentti Virpi Killström, yksikön assistentti Satu Suihko, assistentti Ritva Topp ja monet muut THL:n hallintoon kuuluvat henkilöt. Tämän julkaisun toteuttamiseen ovat osallistuneet erityisesti julkaisusuunnittelija Raili Silius, julkaisupäällikkö Maria Kuronen sekä kustannustoimittaja Päivi Hauhia.

Liite 4. Kuntakohtaiset tulokset

Seuraavissa taulukoissa esitellään raportissa käsiteltyjen muuttujien tulokset kuntakohtaisesti. Taulukossa 1 esitellään terveyden ja hyvinvoinnin eroja kunnittain venäläistaustaisten keskuudessa, taulukossa 2 somalialaistaustaisten keskuudessa ja taulukossa 3 kurditaustaisten keskuudessa. Toisin kuin raportin muut analyysit, kuntakohtaiset tulokset eivät ole ikävakioituja, jotta kunnan toimijat voivat ottaa oman kuntansa tilanteen huomioon mahdollisimman lähellä sitä, millainen se todellisuudessa kunnassa on.

Taulukko 1. Terveyden ja hyvinvoinnin eroja kunnittain venäläistaustaisten keskuudessa.

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT JA ELINOLOT							
Ikä ja sukupuoli							
Ikä (ka)	39,7	39,6	40,2	41,4	35,4	38,3	0,060
Miehiä (%)	33,7	33,9	41,8	42,3	40,8	47,6	0,314
Maahanmuuttotausta							
Pakolainen tai turvapaikanhakija (%)	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	- ¹
Suomeen muuttoikä (ka)	27,4	27,6	28,4	29,3	23,5	26,8	0,087
Suomessaoloaika (ka)	12,3	12,1	11,8	12,1	11,9	11,5	0,937
Suomen kansalaisuus (%)	45,2	52,6	43,6	53,4	57,5	43,5	0,195
Siviilisääty ja kotitalous							
Naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avioliitossa (%)	55,8	65,1	67,6	68,8	52,9	69,4	0,037
Kotitalouden koko (ka)	2,4	2,6	2,8	2,3	2,3	2,4	0,027
Alaikäisiä lapsia, jotka asuvat muualla (%)	8,5	7,9	2,4	5,3	1,4	1,7	0,176
Yleissivistävä koulutus ja pääasiallinen toiminta							
Lukion käyneet (%)	77,2	78,1	78,1	77,1	72,1	72,7	0,900
Ansiotyössä (%)	49,6	53,6	59,9	49,0	48,6	51,2	0,529
Asuminen ja toimeentulo							
Omistusasunnossa asuminen (%)	22,8	43,5	45,8	29,9	38,4	44,7	<0,001
Ahtaasti asuminen (< 1 huone/asukas, %)	14,9	14,6	19,2	15,3	11,3	8,9	0,737
Kotitalouden tulot enintään 850e/kk (%)	23,3	11,2	16,7	23,2	23,8	11,0	0,179
Koettu toimeentulovaikeus (%)	27,3	24,4	24,0	18,9	14,4	15,3	0,159
KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET SAIRAUDET							
Koettu terveys							
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä (%)	66,7	67,3	68,4	69,1	65,2	67,7	0,987
Pitkäaikaissairastavuus							
Ainakin yksi pitkäaikaissairaus (%)	38,8	33,9	33,6	27,1	22,7	26,6	0,062
Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes							
Lääkärin toteama sydäninfarkti (yli 29-vuotiaat, %)	0,6	0,0	2,2	1,3	2,0	0,0	- ¹
Lääkärin toteama sepelvaltimotauti (yli 29-vuotiaat, %)	0,6	1,2	2,1	2,8	0,0	0,0	- ¹
Lääkärin toteama kohonnut verenpaine (%)	9,9	17,0	15,6	21,3	9,0	7,2	0,039
Lääkärin toteama diabetes (%)	1,4	2,7	6,4	3,8	3,5	1,3	0,135
Mitattu kohonnut verenpaine (systolinen ≥ 140 tai diastolinen ≥ 90 mmHg ja/tai verenpainelääkitys, %)	21,8	9,8	26,1	34,6	10,1	10,6	0,005
Mitattu kohonnut verensokeri (plasman glukoosi ≥ 7 mmol/l, %)	3,5	0,0	0,0	1,7	2,0	2,6	- ¹
Astma, atopia ja allergiat							
Lääkärin toteama astma (%)	2,7	3,9	2,9	6,0	3,7	4,7	0,734
Allergiset nuhaoireet (12 kk, %)	11,7	5,3	11,1	12,8	22,1	17,1	0,125
Allergiset silmäoireet (12 kk, %)	10,4	4,1	6,9	6,5	10,4	8,7	0,500
Atooppinen ihottuma (12 kk, %)	2,0	1,4	2,7	9,6	11,2	8,6	0,020
Tuki- ja liikuntaelinvaiivat ja somaattinen oireilu							
Lääkärin toteama nivelkulumia (%)	8,3	9,4	10,1	8,8	1,3	4,9	0,472
Lääkärin toteama selkäsairaus (%)	19,9	21,6	30,1	14,0	22,9	22,6	0,091
Selkäkipu (7 vrk, %)	25,2	6,0	35,0	13,1	26,4	27,8	0,078
Polvikipu (7 vrk, %)	23,9	5,6	25,1	13,5	14,6	8,6	0,183
Jatkuva kipu ja särky vaivannut paljon (%)	7,5	7,4	11,2	8,1	8,4	4,0	0,876
Somaattinen oireilu (summapistemäärä, ka)	4,2	4,0	3,5	3,7	2,8	3,3	0,345
Tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat							
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma (%)	9,8	3,7	7,8	12,1	8,7	5,9	0,349
Pysyvä väkivallan aiheuttama vamma (%)	2,5	1,0	2,4	4,2	3,4	1,5	0,775
KANSANTAUTIEN RISKITEKIJÄT							
Lihavuus							
BMI (kg/m ² , ka)	25,0	25,9	26,1	26,0	24,7	26,0	0,234
Vyötärön ympärys (cm, ka)	84,3	84,9	84,9	87,9	82,4	85,7	0,398
Lihavuus (BMI ≥ 30 kg/m ² , %)	15,3	17,6	20,3	15,7	9,6	14,6	0,636
Vyötärölihavuus (miehet > 100 cm, naiset > 90 cm, %)	22,3	21,7	16,2	26,9	12,9	25,3	0,412
Verenpaine							
Systolinen verenpaine (mmHg, ka)	118,9	113,4	116,3	118,5	112,2	111,6	0,013
Diastolinen verenpaine (mmHg, ka)	79,6	75,3	77,3	79,3	74,7	73,9	0,004
Kohonnut verenpaine (systolinen > 140 tai diastolinen > 90 mmHg, %)	19,8	8,5	19,8	25,2	5,3	6,3	0,022
Lipidit							
Kokonaiskolesteroli (mmol/l, ka)	5,2	5,0	5,0	4,9	5,2	5,1	0,463
HDL-kolesteroli (mmol/l, ka)	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	0,137

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Kohonnut kokonaiskolesteroli (> 5 mmol/l, %)	52,2	43,4	52,5	44,5	54,8	42,9	0,604
Matala HDL-kolesteroli (< 1 mmol/l, %)	3,5	5,2	9,8	11,6	7,6	2,5	0,155
D-vitamiini ja hemoglobiini							
D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D, nmol/l, ka)	58,0	62,7	83,3	59,9	55,8	52,6	<0,001
Matala D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D < 50 nmol/l, %)	38,2	25,0	8,5	28,6	42,6	41,8	0,001
Matala hemoglobiinitaso (miehillä < 130, naisilla < 120 g/l, %)	35,0	34,6	43,5	41,4	41,8	37,1	0,404
INFEKTIOTAUDIT							
Infektiotautien seulonta ja ehkäisy							
Terveystarkastus Suomeen tullessa (%)	8,2	2,6	14,1	44,6	39,1	44,9	<0,001
Entiseen kotimaahansa matkustaneet (%)	98,1	98,5	100,0	96,2	97,2	94,8	0,786
Terveydenhuoltoon yhteydessä ennen matkaansa (%)	6,9	5,2	2,3	6,4	6,3	10,9	0,608
HIV-testattu (Suomessa tai muualla, %)	50,4	56,5	55,6	42,8	58,9	60,6	0,587
Infektiotautien esiintyminen							
Malarian sairastaneet (%)	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	4,6	- ¹
Keuhkotuberkuloosiin viittaavia oireita (%)	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- ¹
Hepatiitti C -vasta-aine (%)	2,9	4,0	8,4	2,0	0,0	2,6	- ¹
Syfilis-vasta-aine (%)	3,4	0,0	4,1	6,7	1,7	0,0	- ¹
Hepatiitti B -kantajuus (%)	2,1	2,8	0,0	0,0	3,6	0,0	- ¹
HIV-tietoisuus							
Kaikkiin viiteen kysymykseen oikein vastanneet (%)	39,7	2,8	0,0	36,1	33,6	49,2	0,006
SUUN TERVEYS, SUUNHOITOTAVAT JA TYYTYVÄISYYS HOITOON							
Suun terveydentila							
Hampaiden lukumäärä (ka)	26,8	27,6	26,9	25,7	26,6	25,7	0,390
Irritettavia hammasproteeseja (%)	8,3	8,7	10,6	22,0	12,6	13,4	0,062
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä (%)	45,8	59,3	48,2	57,2	55,0	49,8	0,198
Hammassarkyä ja/tai suuhun ja hampaisiin liittyviä vaivoja (12 kk, %)	50,3	47,3	40,2	47,8	37,4	39,5	0,173
Hampaiden harjaus ja hammashoitopalvelut							
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä (%)	81,4	81,0	85,7	81,8	88,8	80,0	0,648
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet (%)	5,3	5,2	7,6	5,9	6,2	8,3	0,912
Koettu hammashoidon tarve (%)	57,1	49,8	54,4	49,7	39,5	50,1	0,169
Tyydyttämätön hammashoidon tarve (%)	29,4	18,6	19,2	16,9	28,7	21,1	0,095
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	74,0	79,1	70,0	67,6	82,8	45,1	0,447
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	80,0	83,7	78,5	87,6	81,3	81,7	0,876
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	84,2	86,4	79,1	85,3	84,0	93,0	0,882
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	61,7	77,3	61,1	73,0	67,5	49,5	0,334
Saamastani hoidosta oli minulle apua (%)	82,8	84,2	78,6	90,4	87,4	89,3	0,717
Tyytymättömyys hammaslääkärikäyntiin (summapistemäärä, ka)	6,7	6,2	7,1	6,4	6,3	7,1	0,356
LISÄÄNTYMISTERVEYS							
Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetykset							
Jokin ehkäisymenetelmä käytössä (%)	42,4	34,6	44,3	43,3	29,2	51,2	0,559
Ehkäisytabletti, -renkas tai -laastari käytössä (%)	8,5	0,0	4,7	15,8	14,9	10,7	- ¹
Hormonikierukka tai tavallinen kierukka käytössä (%)	11,0	4,0	20,0	12,2	2,4	18,8	0,109
Kondomi käytössä (kumppanin kanssa käytetty, %)	21,6	24,4	17,6	12,4	11,9	18,0	0,535
Synnytyksen kokeneet (%)	72,6	73,5	80,8	66,1	70,0	71,0	0,627
Keskenmenon kokeneet (%)	16,4	19,0	10,5	17,2	26,7	11,0	0,457
Raskauden keskeytyksen kokeneet (%)	60,8	54,8	58,7	42,2	39,8	46,8	0,089
Nuorimman lapsen imetyksen kesto (kk, ka)	6,5	7,4	6,4	8,1	9,9	10,5	0,160
MIELENTERVEYS							
Psykkiset oireet							
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet (%)	21,4	17,0	18,5	12,9	14,9	8,8	0,549
Alakuloisuus (%)	11,2	9,0	7,5	8,7	9,0	4,8	0,784
Hermostuneisuus (%)	13,2	17,5	16,2	14,5	16,1	16,8	0,843
Nukkumisvaikeudet (%)	20,5	20,3	18,8	21,1	20,5	19,9	0,997
Traumakokemukset							
Jokin traumatapahtuma (%)	24,5	20,2	15,4	28,4	33,4	36,1	0,095
Sota (%)	2,2	0,0	0,0	5,5	1,3	1,7	- ¹
Luonnonkatastrofi (%)	1,9	0,0	6,0	1,3	2,4	3,4	- ¹
Väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen (%)	8,7	8,2	3,6	18,2	24,9	22,1	0,001
Vakava fyysinen vahingonteko (%)	11,1	8,1	7,1	15,5	12,4	20,8	0,427
Vangitsemisen tai kidnappaus (%)	4,2	0,0	0,0	5,5	50,0	3,6	- ¹

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Kidutus (%)	0,8	0,0	0,0	1,4	0,0	1,8	- ¹
Mielenterveyspalvelut							
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12 kk, %)	4,4	6,9	7,9	9,3	10,5	6,1	0,281
Mielenterveyspalvelujen tarve (oma arvio, %)	10,9	13,6	9,9	9,2	14,0	5,6	0,841
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve (%)	8,9	7,8	6,1	2,6	6,2	3,4	0,550
ELINTAVAT							
Tupakointi sekä alkoholin ja kannabiksen käyttö							
Tupakoi päivittäin (%)	16,0	15,7	14,1	17,0	20,3	13,5	0,866
Käyttänyt alkoholia (12 kk, %)	87,0	88,4	85,1	83,3	84,6	86,0	0,861
Juo kerralla 6 annosta tai enemmän vähintään kerran kuussa (%)	15,1	7,0	11,8	16,3	11,5	14,5	0,474
Kohonneet maksa-arvot (S-GT miehillä ≥ 116, naisilla ≥ 76 U/l, %)	4,8	1,4	5,4	3,5	3,6	7,4	0,785
Käyttänyt joskus kannabista (%)	17,6	16,0	13,7	17,4	17,2	20,2	0,943
Ruokatottumukset							
Syö päivittäin runsaasti (%)	82,0	81,3	75,1	65,0	89,0	80,5	0,020
Syö päivittäin kasviksia (yli 29-vuotiaat, %)	60,5	68,8	66,2	69,1	63,4	63,6	0,708
Syö päivittäin hedelmiä tai marjoja (yli 29-vuotiaat, %)	56,7	73,4	72,9	72,5	63,2	58,3	0,040
Syö päivittäin sekä kasviksia että hedelmiä tai marjoja (yli 29-vuotiaat, %)	43,0	55,8	55,8	55,7	49,1	53,2	0,224
Kuntoliikunnan harrastaminen, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys							
Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa (%)	28,5	33,6	26,7	33,6	33,4	29,9	0,680
Työ ruumiillisesti vähintään melko rasittavaa (%)	13,4	18,9	16,9	27,2	30,0	22,2	0,020
Kokee itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna (%)	17,3	29,9	27,0	15,1	17,9	10,7	0,059
TOIMINTA- JA TYÖKYKY							
Fyysinen toimintakyky ja liikkumisen apuvälineet							
Tasapainotestissä maksimajan saavuttaneiden osuus (%)	71,3	71,7	61,6	61,2	66,3	59,4	0,286
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	31,8	33,7	35,1	35,6	36,0	38,7	0,015
Kymmeneen tuolilla nousuun kulunut aika (s, ka)	22,4	22,4	21,0	20,6	20,4	21,1	0,027
Sadan metrin juoksu vaikeuksitta (%)	82,1	82,4	86,7	85,0	91,6	81,9	0,419
Puolen kilometrin kävely vaikeuksitta (%)	95,4	96,4	96,0	96,7	100,0	100,0	- ¹
Usean kerrosvälin nouseminen portaista vaikeuksitta (%)	89,4	85,5	93,6	87,3	94,3	83,1	0,255
Ostoskassin kantaminen (5 kg) sadan metrin matkan vaikeuksitta (%)	93,4	90,7	96,6	93,7	91,2	94,3	0,779
Liikkumisen apuvälineitä käyttävät (%)	1,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,6	- ¹
Näkö ja kuulo							
Lääkärin toteama silmäsairaus tai näkövika (%)	51,1	55,7	50,8	38,4	40,4	39,9	0,099
Lääkärin toteama kuulovika (%)	3,8	5,7	6,9	4,7	9,5	4,2	0,367
Näkee sanomalehtitekstin vaikeuksitta (%)	96,1	96,2	95,9	88,3	95,9	96,7	0,157
Kuulee usean henkilön keskustelun vaikeuksitta (%)	98,5	97,9	98,1	94,1	92,7	96,7	0,107
Sosiaalinen toimintakyky							
Lukutaito huono tai puuttuva (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- ¹
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	8,8	14,1	12,4	9,7	9,4	14,1	0,534
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	6,4	3,6	4,1	8,5	5,8	2,8	0,596
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (yli 29-vuotiaat, %)	31,0	34,8	41,2	37,0	35,6	26,1	0,619
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa (%)	1,3	0,0	3,6	1,3	2,3	0,0	- ¹
Ei osaa käyttää internetiä (%)	3,4	2,3	5,8	9,6	1,3	3,2	0,162
Työkyky							
Työkykyä rajoittuneeksi arvioivat (%)	18,7	13,5	12,3	16,4	9,2	4,0	0,143
SOSIAALINEN HYVINVOINTI							
Elämänlaatu							
Koettu elämänlaatu hyvä (%)	84,3	80,8	87,8	80,5	74,4	87,9	0,252
Tyytyväinen omaan terveyteensä (%)	62,2	66,9	62,9	73,7	76,0	66,0	0,197
Tyytyväinen selviytymiseensä päivittäisistä toimista (%)	82,9	85,4	76,6	81,1	83,5	91,2	0,574
Kokee elämän merkitykselliseksi (%)	66,0	63,8	75,7	59,8	77,3	71,2	0,125
Osallistuminen ja luottamus							
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain (%)	93,6	92,9	85,4	86,0	88,1	89,7	0,133
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	95,6	90,8	87,9	82,0	87,0	96,2	0,013
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	60,7	45,6	38,1	48,6	47,4	42,3	0,003
Äänesti viime eduskuntavaaleissa (%)	39,0	53,3	36,6	44,6	56,1	68,6	0,246

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon vähintään melko paljon (%)	67,0	66,3	54,3	64,5	64,5	61,1	0,342
Luottaa julkiseen sosiaalihuoltoon vähintään melko paljon (%)	82,3	84,3	78,2	75,1	77,4	83,5	0,637
Luottaa Kelaan vähintään melko paljon (%)	84,7	90,0	79,2	79,5	83,3	84,1	0,400
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	39,7	30,4	23,9	47,1	37,8	47,6	0,028
SYRJINTÄ- JA VÄKIVALTAKOKEMUKSET							
Syrjintäkokemukset							
Epäkohtelias kohtelu (%)	29,0	30,8	33,0	30,5	36,0	35,9	0,781
Epäkunnoittava kohtelu (%)	18,9	24,0	30,1	20,8	24,4	22,8	0,154
Nimitys tai sanallinen loukkaus (%)	17,6	14,1	23,8	26,2	31,5	20,3	0,030
Uhkaaminen tai häirintä (%)	3,8	5,1	7,6	10,3	11,6	8,7	0,080
Jatkuva syrjintä (%)	1,8	7,5	7,7	13,7	14,4	9,6	0,004
Kokenut syrjintää kadulla (%)	24,6	18,0	22,1	20,0	21,7	8,8	0,675
Kokenut syrjintää kaupassa (%)	10,5	10,3	16,5	6,5	10,0	5,2	0,393
Kokenut syrjintää poliisissa (%)	5,4	6,4	11,8	8,5	8,3	9,4	0,470
Kokenut syrjintää oppilaitoksessa (%)	11,1	20,4	20,3	13,0	21,4	18,7	0,116
Kokenut syrjintää sosiaalitoimistossa (%)	9,1	3,7	7,0	11,6	12,5	6,9	0,574
Kokenut syrjintää terveydenhuollossa (%)	8,3	9,6	11,5	6,2	16,3	11,6	0,347
Kokenut syrjintää Kelassa (%)	4,1	1,3	4,6	9,5	11,8	5,6	0,085
Kokenut syrjintää asunnon hankkimisessa (%)	14,1	15,1	14,2	10,1	5,5	5,1	0,384
Väkivaltakokemukset							
Väkivaltakokemukset (12 kk, %)	2,5	1,8	2,9	1,2	3,4	0,0	- ¹
Joidenkin paikkojen välttely ulkomaalaistaustan vuoksi (%)	6,0	8,1	8,3	10,1	5,3	11,0	0,752
TERVEYSPALVELUT JA KUNTOUTUS							
Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset							
Jokin terveystarkastus (5 v, %)	81,7	77,4	78,8	74,6	89,1	89,3	0,287
Näön tutkimus (5 v, %)	66,6	68,6	62,9	70,9	83,4	79,2	0,086
Kohdunkaulan irtosolunäyte (5 v, %, naisista)	71,9	68,4	74,1	75,0	74,9	71,2	0,954
Mammografiassa (rintojen röntgentutkimus, 5 v, %, naisista)	43,0	54,4	41,2	45,6	31,4	32,3	0,307
Gynekologinen tutkimus (5 v, %, naisista)	68,3	69,4	67,1	79,6	79,0	77,5	0,494
Avosairaanhoidon palvelujen käyttö							
Tietty lääkäri (%)	30,3	24,6	35,1	40,9	33,2	29,4	0,339
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja (%)	8,8	2,6	14,2	16,9	20,9	14,3	0,011
Joku lääkäri (12 kk, %)	67,0	71,3	69,3	71,3	69,1	61,6	0,877
Terveyskeskuslääkäri (12 kk, %)	43,1	43,9	49,0	39,1	40,2	42,9	0,790
Sairaalan poliklinikka (12 kk, %)	11,3	15,6	10,4	25,8	16,8	16,7	0,065
Työterveyslääkäri (12 kk, %, työssä käyvistä)	35,5	43,1	34,4	59,6	53,5	43,8	0,089
Yksityislääkäri (12 kk, %)	13,7	10,7	16,1	18,5	18,1	17,5	0,673
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa (12 kk, %)	18,6	21,9	19,0	14,3	15,5	11,0	0,676
Reseptilääke käytössä (12 kk, %)	30,2	32,3	28,1	44,0	19,5	26,7	0,039
Terveyskeskuslääkäri (12 kk, käyntien lkm)	1,0	1,0	1,4	1,2	1,2	1,5	0,517
Sairaalan poliklinikka (12 kk, käyntien lkm)	0,3	0,8	0,1	0,7	0,4	0,7	0,191
Työterveyslääkäri (12 kk, käyntien lkm, työssä käyvistä)	0,6	1,2	0,6	1,3	1,1	0,8	0,144
Yksityislääkäri (12 kk, käyntien lkm)	0,3	0,2	0,4	0,5	0,4	0,2	0,637
Hoidon tarve, sen tyydyttyminen ja tyytyväisyys palveluun lääkärin vastaanotolla							
Toistuvan lääkärin hoidon tarve (kaikki tutkittavat, %)	30,0	34,4	40,9	24,3	17,4	10,9	0,005
Toistuvan lääkärin hoidon tarve (pitkäaikaissairaat, %)	62,9	62,0	85,8	71,8	60,5	36,2	0,058
Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve (kaikki tutkittavat, %)	16,7	23,4	26,7	10,7	9,3	1,4	0,005
Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve (pitkäaikaissairaat, %)	37,6	46,2	57,3	39,8	35,5	5,2	0,175
Hoidon saamisen esteet: jonotus hoitoon pääsemiseksi (%)	59,2	62,9	46,3	59,8	- ²	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: huonot kulkuuhteydet (%)	2,7	4,2	4,3	0,0	- ²	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: liian korkeat maksut ja hinnat (%)	29,6	37,4	41,5	51,3	- ²	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: epäily, ettei hoidosta olisi apua (%)	37,7	59,6	40,6	40,8	- ²	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: kielivaikkeudet (%)	33,8	47,0	39,5	10,7	- ²	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: epätietoisuus, mistä hoitoa saa (%)	5,4	16,5	13,4	10,5	- ²	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: muu syy (%)	51,8	35,2	36,4	60,4	- ²	- ²	- ¹
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	65,7	54,5	64,5	75,6	73,0	72,5	0,217

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	51,9	42,8	58,1	67,7	60,1	48,4	0,132
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	64,5	51,5	72,1	72,7	65,6	77,3	0,144
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	50,4	43,4	60,4	48,8	46,5	51,7	0,486
Saamastani hoidosta oli minulla apua (%)	57,1	43,4	51,1	54,1	58,3	64,1	0,490
Kuntoutuspalvelujen ja fysioterapian käyttö sekä kuntoutuspalvelujen koettu tarve							
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v, %)	5,2	1,4	6,9	5,1	7,9	5,0	0,568
Fysioterapiassa käyneet (12 kk, %)	12,7	26,4	29,4	14,0	19,2	13,8	0,004
Koettu kuntoutuksen tarve (%)	19,2	9,3	20,9	20,6	19,7	16,7	0,362
Tyydyttymätön kuntoutuksen tarve (%)	17,9	9,3	14,3	19,3	18,2	16,7	0,463

¹ Ryhmien vertailu ei mahdollinen jakauman vinouden vuoksi

² Vastaajien pieni lukumäärä estää luotettavan tiedon saannin

Taulukko 2. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja kunnittain somalialaistaustaisten keskuudessa.

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Ero kuntien välillä (p-arvo)
SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT JA ELONOLOT						
Ikä ja sukupuoli						
Ikä (ka)	34,9	34,0	35,6	30,9	38,6	0,013
Miehiä (%)	44,0	41,2	43,2	51,7	65,9	0,192
Maahanmuuttotausta						
Pakolainen tai turvapaikanhakija (%)	74,0	73,2	69,5	69,5	56,1	0,479
Suomeen muuttoikä (ka)	22,1	23,3	22,0	21,9	21,4	0,845
Suomessaoloaika (ka)	12,9	10,3	13,7	9,2	7,4	<0,001
Suomen kansalaisuus (%)	47,5	31,0	51,2	38,9	10,8	0,002
Siviilisäätö ja kotitalous						
Naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa (%)	69,0	68,5	60,8	62,0	46,0	0,133
Kotitalouden koko (ka)	4,9	4,8	4,5	3,3	3,8	0,003
Alaikäisiä lapsia, jotka asuvat muualla (%)	10,2	7,5	9,7	49,2	63,0	<0,001
Yleissivistävä koulutus ja pääasiallinen toiminta						
Lukion käyneet (%)	31,1	28,4	27,8	18,3	3,1	0,081
Ansiotyössä (%)	25,1	16,6	19,4	27,0	9,4	0,322
Asuminen ja toimeentulo						
Omistusasunnossa asuminen (%)	1,5	0,0	0,0	3,4	3,2	- ¹
Ahtaasti asuminen (< 1 huone/asukas, %)	70,7	63,2	64,9	35,7	50,1	0,001
Kotitalouden tulot enintään 850€/kk (%)	27,5	34,8	57,5	75,3	92,2	<0,001
Koettu toimeentulovaikeus (%)	30,7	32,5	50,2	53,5	67,0	<0,001
KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET SAIRAUDET						
Koettu terveys						
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä (%)	84,0	89,6	88,2	94,1	93,8	0,141
Pitkäaikaissairastavuus						
Ainakin yksi pitkäaikaissairaus (%)	18,0	23,2	8,4	5,0	2,7	0,004
Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes						
Lääkärin toteama sydäninfarkti (yli 29-vuotiaat, %)	1,0	2,3	1,9	4,9	3,1	0,686
Lääkärin toteama sepelvaltimotauti (yli 29-vuotiaat, %)	0,0	1,9	1,9	0,0	6,6	- ¹
Lääkärin toteama kohonnut verenpaine (%)	6,3	2,1	5,2	3,3	0,0	- ¹
Lääkärin toteama diabetes (%)	10,9	5,9	6,2	5,6	2,5	0,188
Mitattu kohonnut verenpaine (systolinen ≥ 140 tai diastolinen ≥ 90 mmHg ja/tai verenpainelääkitys, %)	10,8	4,1	8,3	12,2	13,4	0,497
Mitattu kohonnut verensockeri (plasman glukoosi ≥ 7 mmol/l, %)	5,5	1,6	1,9	4,5	0,0	- ¹
Astma, atopia ja allergiat						
Lääkärin toteama astma (%)	7,3	6,1	3,4	1,2	0,0	- ¹
Allergiset nuhaoireet (12 kk, %)	37,3	31,7	39,3	32,5	22,4	0,559
Allergiset silmäoireet (12 kk, %)	32,8	21,7	26,8	20,1	15,5	0,135
Atooppinen ihottuma (12 kk, %)	15,5	5,1	13,5	7,9	7,6	0,161
Tuki- ja liikuntaelinvaiivat ja somaattinen oireilu						
Lääkärin toteama nivelkulumia (%)	7,4	5,1	4,2	4,7	0,0	- ¹
Lääkärin toteama selkäsairaus (%)	8,9	13,9	8,7	1,2	5,1	0,196
Selkäkipu (7 vrk, %)	25,8	18,6	27,4	14,7	31,3	0,601
Polvikipu (7 vrk, %)	16,8	33,6	12,6	15,9	13,3	0,132
Jatkuva kipu ja särky vaivannut paljon (%)	12,8	9,0	8,5	4,6	7,0	0,406
Somaattinen oireilu (summapistemäärä, ka)	3,5	4,3	4,0	3,8	3,8	0,792
Tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat						
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma (%)	4,2	5,4	3,3	0,0	0,0	- ¹
Pysyvä väkivallan aiheuttama vamma (%)	2,2	4,2	5,1	4,9	0,0	- ¹
KANSANTAUTIEN RISKITEKIJÄT						
Lihavuus						
BMI (kg/m ² , ka)	26,4	26,5	26,9	25,0	25,1	0,293
Vyötärön ympärys (cm, ka)	81,9	81,6	82,1	84,6	84,5	0,565
Lihavuus (BMI ≥ 30 kg/m ² , %)	22,8	18,4	27,2	18,9	14,3	0,589
Vyötärlihavuus (miehet > 100 cm, naiset > 90 cm, %)	17,6	11,5	18,0	23,0	17,6	0,585
Verenpaine						
Systolinen verenpaine (mmHg, ka)	112,1	110,1	108,0	107,7	114,0	0,168
Diastolinen verenpaine (mmHg, ka)	74,0	72,9	72,9	72,6	77,0	0,440
Kohonnut verenpaine (systolinen > 140 tai diastolinen > 90 mmHg, %)	8,6	4,1	6,4	10,9	13,4	0,557
Lipidit						
Kokonaiskolesteroli (mmol/l, ka)	4,6	4,5	4,8	4,7	4,4	0,413
HDL-kolesteroli (mmol/l, ka)	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	0,110
Kohonnut kokonaiskolesteroli (> 5 mmol/l, %)	27,6	23,6	28,2	31,7	19,4	0,785

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Matala HDL-kolesteroli (< 1 mmol/l, %)	10,0	16,5	7,5	9,1	13,7	0,483
D-vitamiini ja hemoglobiini						
D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D, nmol/l, ka)	37,6	37,8	47,2	40,7	36,8	0,020
Matala D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D < 50 nmol/l, %)	83,4	86,9	58,8	71,2	84,4	0,001
Matala hemoglobiinitaso (miehillä < 130, naisilla < 120 g/l, %)	32,6	42,9	43,7	32,5	41,1	0,165
INFEKTIOAUDIT						
Infektiotautien seulonta ja ehkäisy						
Terveystarkastus Suomeen tullessa (%)	88,3	86,3	52,3	77,5	81,6	<0,001
Entiseen kotimaahansa matkustaneet (%)	31,1	14,4	28,5	26,4	11,8	0,066
Terveystarkastukseen yhteydessä ennen matkaansa (%)	51,4	70,8	73,3	55,5	38,5	0,491
HIV-testattu (Suomessa tai muualla, %)	32,1	38,0	34,3	30,0	48,6	0,442
Infektiotautien esiintyminen						
Malarian sairastaneet (%)	4,8	9,2	7,0	3,0	9,5	0,503
Keuhkotuberkuloosiin viittaavia oireita (%)	2,9	5,6	0,0	0,0	1,5	- ¹
Hepatiitti C -vasta-aine (%)	2,3	1,4	0,0	0,0	0,0	- ¹
Syfilis-vasta-aine (%)	1,6	1,9	0,0	0,0	0,0	- ¹
Hepatiitti B -kantajuus (%)	4,9	10,4	6,0	3,5	6,1	- ¹
HIV-tietoisuus						
Kaikkiin viiteen kysymykseen oikein vastanneet (%)	10,3	11,5	8,2	22,6	15,0	<0,001
SUUN TERVEYS, SUUNHOITOTAVAT JA TYYTYVÄISYYS HOITOO						
Suun terveydentila						
Hampaiden lukumäärä (ka)	29,1	28,9	29,7	29,1	30,0	0,320
Irritettavia hammasproteeseja (%)	2,1	13,9	12,9	5,2	6,4	0,008
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä (%)	71,7	70,3	78,1	86,0	93,3	0,096
Hammassärkyä ja/tai suuhun ja hampaisiin liittyviä vaivoja (12 kk, %)	35,8	41,2	27,0	26,3	22,1	0,105
Hampaiden harjaus ja hammashoitopalvelut						
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä (%)	98,3	100,0	100,0	97,0	97,0	- ¹
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet (%)	12,4	17,1	18,7	25,9	22,1	0,114
Koettu hammashoidon tarve (%)	57,4	49,0	45,3	60,9	54,4	0,433
Tyydyttymätön hammashoidon tarve (%)	34,6	19,8	40,5	36,4	30,9	0,219
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	70,6	66,9	80,1	86,7	100,0	- ¹
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	79,3	66,9	76,2	90,8	100,0	- ¹
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	78,4	71,9	76,2	95,7	100,0	- ¹
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	71,1	76,8	76,2	95,7	100,0	- ¹
Saamastani hoidosta oli minulle apua (%)	76,1	58,3	76,2	95,7	100,0	- ¹
Tyytymättömyys hammaslääkärikäyntiin (summapistemäärä, ka)	6,6	7,0	6,8	5,6	5,0	- ¹
LISÄÄNTYMISTERVEYS						
Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys						
Jokin ehkäisymenetelmä käytössä (%)	16,8	8,5	5,0	9,6	0,0	- ¹
Ehkäisytabletti, -rengas tai -laastari käytössä (%)	4,7	4,3	0,0	3,0	0,0	- ¹
Hormonikierukka tai tavallinen kierukka käytössä (%)	4,0	4,2	5,0	3,6	0,0	- ¹
Kondomi käytössä (kumppanin kanssa käytetty, %)	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0	- ¹
Synnytyksen kokeneet (%)	83,9	68,8	78,3	74,0	70,0	0,360
Keskenmenon kokeneet (%)	27,4	40,1	21,3	43,9	24,3	0,311
Raskauden keskeytyksen kokeneet (%)	0,0	0,0	0,0	8,8	5,5	- ¹
Nuorimman lapsen imetyksen kesto (kk, ka)	6,4	6,4	7,2	7,8	1,7	0,448
Naisten ympärileikkaus						
Ympärileikkaus (%)	71,6	46,5	72,9	80,1	50,3	0,061
Ongelmia ympärileikkauksesta (%)	18,3	6,5	11,7	26,7	0,0	- ¹
MIELENTERVEYS						
Psyykkiset oireet						
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet (%)	7,2	13,2	7,4	8,3	9,1	0,620
Alakuloisuus (%)	6,6	14,2	2,6	7,4	8,2	0,089
Hermostuneisuus (%)	3,0	11,0	2,6	13,3	7,1	0,021
Nukkumisvaikeudet (%)	10,9	18,3	10,7	15,1	12,4	0,420
Traumakokemukset						
Jokin traumataapahauma (%)	56,3	67,4	58,0	39,3	22,3	0,006
Sota (%)	35,7	57,0	44,7	12,5	2,1	<0,001
Luonnonkatastrofi (%)	3,4	5,9	7,1	4,7	5,3	0,744
Väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen (%)	42,1	46,2	38,7	33,2	15,1	0,148
Vakava fyysinen vahingonteko (%)	10,9	11,0	4,3	3,4	3,7	0,283

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Vangitseminen tai kidnappaus (%)	4,8	9,9	2,6	0,0	0,0	- ¹
Kidutus (%)	5,7	13,2	2,6	1,5	2,1	0,117
Mielenterveyspalvelut						
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12 kk, %)	0,6	4,8	2,6	2,4	1,4	0,231
Mielenterveyspalvelujen tarve (oma arvio, %)	0,0	2,0	2,5	1,4	0,0	- ¹
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve (%)	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	- ¹
ELINTAVAT						
Tupakointi sekä alkoholin ja kannabiksen käyttö						
Tupakoi päivittäin (%)	1,8	5,9	10,5	9,2	12,2	0,042
Käyttänyt alkoholia (12 kk, %)	0,6	0,0	5,5	0,0	0,0	- ¹
Juo kerralla 6 annosta tai enemmän vähintään kerran kuussa (%)	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	- ¹
Kohonneet maksa-arvot (S-GT miehillä ≥ 116, naisilla ≥ 76 U/l, %)	0,0	0,0	1,9	4,1	1,6	- ¹
Käyttänyt joskus kannabista (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- ¹
Ruokatottumukset						
Syö päivittäin runsileipää (%)	77,1	78,6	63,5	52,3	84,8	0,007
Syö päivittäin kasviksia (yli 29-vuotiaat, %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- ¹
Syö päivittäin hedelmiä tai marjoja (yli 29-vuotiaat, %)	0,0	0,0	0,0	3,0	3,9	- ¹
Syö päivittäin sekä kasviksia että hedelmiä tai marjoja (yli 29-vuotiaat, %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- ¹
Kuntoliikunnan harrastaminen, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys						
Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa (%)	20,1	21,7	22,2	42,8	10,9	0,026
Työ ruumiillisesti vähintään melko rasittavaa (%)	9,1	2,2	8,0	16,6	0,0	- ¹
Kokee itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna (%)	22,0	27,1	23,3	21,0	13,3	0,731
TOIMINTA- JA TYÖKYKY						
Fyysinen toimintakyky ja liikkumisen apuvälineet						
Tasapainotestissä maksimijajan saavuttaneiden osuus (%)	51,7	64,7	47,0	56,0	47,1	0,207
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	25,1	26,9	26,8	28,3	33,6	<0,001
Kymmeneen tuolilla nouseen kulunut aika (s, ka)	25,2	24,5	24,8	23,6	24,5	0,646
Sadan metrin juoksu vaikeuksitta (%)	79,4	80,7	75,4	64,0	62,6	0,058
Puolen kilometrin kävely vaikeuksitta (%)	90,0	86,6	84,6	92,4	89,4	0,681
Usean kerrosvälin nouseminen portaita vaikeuksitta (%)	78,5	80,8	76,5	76,2	73,2	0,867
Ostoskassin kantaminen (5 kg) sadan metrin matkan vaikeuksitta (%)	88,9	91,3	84,0	78,3	69,5	0,286
Liikkumisen apuvälineitä käyttävät (%)	4,0	2,4	1,3	2,4	0,0	- ¹
Näkö ja kuulo						
Lääkärin toteama silmäsairaus tai näkövika (%)	7,0	6,2	9,3	6,7	1,2	0,683
Lääkärin toteama kuulovika (%)	5,0	4,4	1,1	2,5	0,0	- ¹
Näkee sanomalehtiekin vaikeuksitta (%)	83,2	88,1	77,0	92,0	84,1	0,126
Kuulee usean henkilön keskustelun vaikeuksitta (%)	94,7	88,6	95,3	98,7	98,3	0,141
Sosiaalinen toimintakyky						
Lukutaito huono tai puuttuva (%)	5,9	11,0	2,1	8,1	10,2	0,358
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	16,0	20,9	21,8	13,3	30,1	0,202
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	3,4	9,0	6,5	14,9	16,4	0,013
Vaikeuksia pankissa asioidessa (yli 29-vuotiaat, %)	14,1	12,8	8,1	36,7	46,3	0,013
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa (%)	3,5	2,5	7,3	13,0	7,8	0,127
Ei osaa käyttää internetiä (%)	12,8	21,1	11,5	12,6	20,1	0,409
Työkyky						
Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivat (%)	10,6	13,5	9,7	6,9	3,8	0,544
SOSIAALINEN HYVINVOINTI						
Elämänlaatu						
Koettu elämänlaatu hyvä (%)	97,9	87,5	97,4	95,6	98,3	0,025
Tyytyväinen omaan terveyteensä (%)	95,1	85,5	97,8	97,1	98,4	0,043
Tyytyväinen selviytymiseensä päivittäisistä toimista (%)	97,9	98,2	100,0	97,1	98,4	- ¹
Kokee elämän merkitykselliseksi (%)	97,8	93,8	93,5	93,5	97,3	0,344
Osallistuminen ja luottamus						
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain (%)	82,0	82,0	79,5	70,4	94,7	0,257
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	84,4	96,3	90,3	63,9	42,1	<0,001
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	78,0	68,8	50,5	32,4	22,0	<0,001

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Äänesti viime eduskuntavaaleissa (%)	45,0	62,6	49,3	64,5	64,8	0,459
Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon vähintään melko paljon (%)	83,3	71,7	84,4	85,4	100,0	-.1
Luottaa julkiseen sosiaaliinhuoltoon vähintään melko paljon (%)	79,3	74,4	94,8	83,4	100,0	-.1
Luottaa Kelaan vähintään melko paljon (%)	89,4	92,0	91,2	87,0	100,0	-.1
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	45,6	43,6	34,7	41,7	47,2	0,742
SYRJINTÄ- JA VÄKIVALTAKOKEMUKSET						
Syrjintäkokemukset						
Epäkohtelias kohtelu (%)	23,7	28,5	20,3	6,1	8,0	0,022
Epäkunnioittava kohtelu (%)	27,6	30,1	22,0	7,2	9,2	0,012
Nimittely tai sanallinen loukkaus (%)	28,0	24,6	18,8	7,9	10,8	0,014
Uhkaaminen tai häirintä (%)	11,1	13,9	13,7	2,6	2,5	0,197
Jatkuva syrjintä (%)	8,4	12,7	0,0	3,2	0,0	-.1
Kokenut syrjintää kadulla (%)	47,1	21,4	6,7	6,3	4,0	<0,001
Kokenut syrjintää kaupassa (%)	17,3	4,0	0,0	6,8	1,8	-.1
Kokenut syrjintää poliisissa (%)	18,2	20,4	14,4	0,0	0,0	-.1
Kokenut syrjintää oppilaitoksessa (%)	14,0	13,3	9,9	3,2	1,8	0,253
Kokenut syrjintää sosiaalitoimistossa (%)	7,1	16,2	2,4	1,7	0,0	-.1
Kokenut syrjintää terveydenhuollossa (%)	9,4	16,9	4,9	3,4	1,7	0,115
Kokenut syrjintää Kelassa (%)	4,7	6,7	0,0	3,5	0,0	-.1
Kokenut syrjintää asunnon hankkimisessa (%)	9,6	10,3	5,0	4,6	2,1	0,516
Väkivaltakokemukset						
Väkivaltakokemukset (12 kk, %)	7,4	6,6	1,5	1,2	2,7	0,201
Joidenkin paikkojen välttely ulkomaalaistaustan vuoksi (%)	34,5	23,8	15,9	6,2	2,1	0,001
TERVEYSPALVELUT JA KUNTOUTUS						
Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset						
Jokin terveystarkastus (5 v, %)	65,3	63,2	51,9	39,6	59,2	0,031
Näön tutkimus (5 v, %)	49,2	61,3	42,5	42,4	64,6	0,164
Kohdunkaulan irtosolunäyte (5 v, %, naisista)	34,0	45,0	17,3	8,4	0,0	-.1
Mammografiassa (rintojen röntgentutkimus, 5 v, %, naisista)	16,4	16,1	12,3	8,7	5,0	0,749
Gynekologinen tutkimus (5 v, %, naisista)	28,9	33,6	22,7	5,3	0,0	-.1
Avosairaanhoidon palvelujen käyttö						
Tietty lääkäri (%)	23,8	20,6	16,1	12,3	12,9	0,291
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja (%)	16,7	11,8	7,2	22,7	10,4	0,249
Joku lääkäri (12 kk, %)	51,7	59,3	49,4	44,2	38,5	0,267
Terveyskeskuslääkäri (12 kk, %)	54,8	64,1	36,9	48,7	37,2	0,048
Sairaalan poliklinikka (12 kk, %)	6,8	6,5	2,1	4,5	3,2	0,686
Työterveyslääkäri (12 kk, %, työssä käyvistä)	15,2	12,7	36,9	5,9	19,0	0,385
Yksityislääkäri (12 kk, %)	4,7	2,0	0,0	0,0	0,0	-.1
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa (12 kk, %)	0,0	3,8	3,4	2,5	0,0	-.1
Reseptilääke käytössä (12 kk, %)	25,9	18,5	23,2	15,1	14,3	0,225
Terveyskeskuslääkäri (12 kk, käyntien lkm)	2,1	1,8	1,6	0,7	0,6	0,006
Sairaalan poliklinikka (12 kk, käyntien lkm)	0,1	0,1	0,02	0,1	0,03	0,288
Työterveyslääkäri (12 kk, käyntien lkm, työssä käyvistä)	0,1	0,1	0,1	0,2	0,04	0,595
Yksityislääkäri (12 kk, käyntien lkm)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-.1
Hoidon tarve, sen tyydyttyminen ja tyytyväisyys palveluun lääkärin vastaanotolla						
Toistuvan lääkärinhuollon tarve (kaikki tutkittavat, %)	10,8	19,0	8,3	8,6	1,4	0,089
Toistuvan lääkärinhuollon tarve (pitkäaikaissairaat, %)	41,0	67,6	-.2	-.2	-.2	-.1
Tyydyttymätön lääkärinhuollon tarve (kaikki tutkittavat, %)	5,1	9,8	6,1	2,2	0,0	-.1
Tyydyttymätön lääkärinhuollon tarve (pitkäaikaissairaat, %)	13,2	44,7	-.2	-.2	-.2	-.1
Hoidon saamisen esteet: jonotus hoitoon pääsemiseksi (%)	-.2	-.2	-.2	-.2	-.2	-.1
Hoidon saamisen esteet: huonot kulkuhyteydet (%)	-.2	-.2	-.2	-.2	-.2	-.1
Hoidon saamisen esteet: liian korkeat maksut ja hinnat (%)	-.2	-.2	-.2	-.2	-.2	-.1
Hoidon saamisen esteet: epäily, ettei hoidosta olisi apua (%)	-.2	-.2	-.2	-.2	-.2	-.1
Hoidon saamisen esteet: kielivaikeudet (%)	-.2	-.2	-.2	-.2	-.2	-.1
Hoidon saamisen esteet: epätietoisuus, mistä hoitoa saa (%)	-.2	-.2	-.2	-.2	-.2	-.1
Hoidon saamisen esteet: muu syy (%)	-.2	-.2	-.2	-.2	-.2	-.1

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	84,1	78,7	70,9	97,4	100,0	- ¹
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	81,5	78,1	60,7	91,0	100,0	- ¹
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	82,0	74,0	72,5	100,0	100,0	- ¹
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	77,9	68,9	60,7	90,8	100,0	- ¹
Saamastani hoidosta oli minulla apua (%)	75,5	65,0	65,5	90,8	100,0	- ¹
Kuntoutuspalvelujen ja fysioterapian käyttö sekä kuntoutuspalvelujen koettu tarve						
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v, %)	2,5	2,5	0,0	3,1	0,0	- ¹
Fysioterapiassa käyneet (12 kk, %)	12,4	13,2	4,5	4,7	4,4	0,240
Koettu kuntoutuksen tarve (%)	7,0	4,5	0,0	1,7	0,0	- ¹
Tyydyttymätön kuntoutuksen tarve (%)	7,0	4,5	0,0	1,7	0,0	- ¹

¹ Ryhmien vertailu ei mahdollinen jakauman vinouden vuoksi

² Vastaajien pieni lukumäärä estää luotettavan tiedon saannin

Taulukko 3. Terveiden ja hyvinvoinnin eroja kunnittain kurditaustaisten keskuudessa.

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT JA ELINOLOT							
Ikä ja sukupuoli							
Ikä (ka)	34,7	35,3	35,3	34,6	36,8	32,0	0,364
Miehiä (%)	62,6	49,2	52,7	52,5	54,8	65,5	0,167
Maahanmuuttotausta							
Pakolainen tai turvapaikanhakija (%)	77,9	70,5	65,8	76,4	78,8	77,3	0,415
Suomeen muuttoikä (ka)	23,7	23,2	23,5	24,5	26,4	22,4	0,317
Suomessaoloikä (ka)	11,0	12,1	11,7	10,2	10,3	9,6	0,028
Suomen kansalaisuus (%)	43,1	63,1	51,0	48,9	36,1	27,6	0,002
Siviilisäätö ja kotitalous							
Naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa (%)	62,4	64,2	76,8	64,4	76,9	49,3	0,029
Kotitalouden koko (ka)	3,1	3,9	3,5	3,8	3,4	3,4	0,012
Alaikäisiä lapsia, jotka asuvat muualla (%)	6,8	11,1	4,0	4,5	5,5	3,9	0,459
Yleissivistävä koulutus ja pääasiallinen toiminta							
Lukion käyneet (%)	48,7	46,5	42,1	38,6	41,1	31,3	0,258
Ansiotyössä (%)	39,0	43,3	29,1	46,9	28,1	39,2	0,091
Asuminen ja toimeentulo							
Omistusasunnossa asuminen (%)	5,0	15,8	12,3	19,6	10,1	9,0	0,009
Ahtaasti asuminen (< 1 huone/asukas, %)	37,1	49,9	47,4	39,5	42,0	43,8	0,433
Kotitalouden tulot enintään 850e/kk (%)	38,1	37,5	41,1	25,9	19,6	26,5	0,035
Koettu toimeentulovaikeus (%)	45,8	45,4	53,2	53,5	60,6	36,4	0,110
KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISET SAIRAUDET							
Koettu terveys							
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä (%)	59,9	71,1	74,3	76,1	76,4	77,2	0,009
Pitkäaikaissairastavuus							
Ainakin yksi pitkäaikaissairaus (%)	30,7	25,5	24,4	30,5	29,1	14,1	0,334
Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes							
Lääkärin toteama sydäninfarkti (yli 29-vuotiaat, %)	0,9	1,9	1,6	2,1	5,9	0,0	- ¹
Lääkärin toteama sepelvaltimotauti (yli 29-vuotiaat, %)	2,7	5,8	7,4	10,8	7,5	3,3	0,225
Lääkärin toteama kohonnut verenpaine (%)	9,4	3,5	8,8	7,3	8,6	4,3	0,514
Lääkärin toteama diabetes (%)	4,6	4,8	11,3	2,6	10,1	2,8	0,045
Mitattu kohonnut verenpaine (systolinen \geq 140 tai diastolinen \geq 90 mmHg ja/tai verenpainelääkitys, %)	9,7	7,9	16,4	11,4	6,5	6,6	0,500
Mitattu kohonnut verensokeri (plasman glukoosi \geq 7 mmol/l, %)	6,1	3,6	9,9	0,8	5,5	2,2	- ¹
Astma, atopia ja allergiat							
Lääkärin toteama astma (%)	2,1	4,9	0,9	8,4	5,5	3,4	0,080
Allergiset nuhaoireet (12 kk, %)	16,2	12,0	21,6	16,9	17,4	5,1	0,423
Allergiset silmäoireet (12 kk, %)	14,7	13,3	11,3	8,9	6,3	4,9	0,315
Atooppinen ihottuma (12 kk, %)	4,1	4,7	10,3	3,8	8,7	3,5	0,404
Tuki- ja liikuntaelinvaivat ja somaattinen oireilu							
Lääkärin toteama nivelkuluma (%)	28,7	32,8	38,3	43,2	42,2	24,5	0,067
Lääkärin toteama selkäsairaus (%)	19,7	17,7	14,7	18,6	18,5	8,9	0,666
Selkäkipu (7 vrk, %)	29,7	32,8	19,1	20,2	27,9	26,8	0,546
Polvikipu (7 vrk, %)	22,6	17,3	22,6	12,4	17,0	22,3	0,517
Jatkuva kipu ja särky vaivannut paljon (%)	24,1	24,1	24,1	8,4	13,8	8,6	0,002
Somaattinen oireilu (summapistemäärä, ka)	7,5	7,4	7,8	5,2	5,4	3,5	0,001
Tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat							
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma (%)	8,9	3,9	9,6	16,7	9,7	12,7	0,050
Pysyvä väkivallan aiheuttama vamma (%)	17,7	4,2	6,5	4,5	11,7	10,7	0,001
KANSANTAUTIEN RISKITEKIJÄT							
Lihavuus							
BMI (kg/m ² , ka)	25,8	26,6	27,5	27,0	27,5	25,0	0,006
Vyötärön ympärys (cm, ka)	84,1	85,6	89,8	87,9	89,3	84,7	0,003
Lihavuus (BMI \geq 30 kg/m ² , %)	13,0	17,1	25,4	17,3	30,9	6,5	0,018
Vyötäriihavuus (miehet > 100 cm, naiset > 90 cm, %)	9,2	19,4	26,9	14,6	28,9	11,5	0,005
Verenpaine							
Systolinen verenpaine (mmHg, ka)	109,8	110,5	110,8	114,0	114,2	115,8	0,012
Diastolinen verenpaine (mmHg, ka)	73,2	74,4	75,4	76,5	76,6	74,1	0,036
Kohonnut verenpaine (systolinen > 140 tai diastolinen > 90 mmHg, %)	5,0	5,8	7,4	9,6	1,6	5,0	0,370
Lipidit							
Kokonaiskolesteroli (mmol/l, ka)	4,7	4,4	4,9	4,8	4,9	4,8	0,030
HDL-kolesteroli (mmol/l, ka)	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	0,236
Kohonnut kokonaiskolesteroli (> 5 mmol/l, %)	33,8	27,8	40,7	39,3	35,8	37,9	0,572

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Matala HDL-kolesteroli (< 1 mmol/l, %)	21,9	19,4	17,7	22,5	19,8	28,3	0,881
D-vitamiini ja hemoglobiini							
D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D, nmol/l, ka)	39,3	40,5	40,3	32,3	30,1	26,8	<0,001
Matala D-vitamiinipitoisuus (S-25(OH)D < 50 nmol/l, %)	88,4	74,3	72,6	90,5	92,0	98,0	0,001
Matala hemoglobiinitaso (miehillä < 130, naisilla < 120 g/l, %)	28,8	33,6	44,5	25,6	24,7	30,5	0,058
INFEKTIOAUDIT							
Infektiotautien seuloenta ja ehkäisy							
Terveystarkastus Suomeen tullessa (%)	80,9	86,8	81,9	88,3	95,1	88,5	0,128
Entiseen kotimaahansa matkustaneet (%)	67,6	69,4	83,2	49,3	42,6	43,1	<0,001
Terveystarkastus yhteydessä ennen matkaansa (%)	45,3	52,3	40,4	42,0	47,1	39,5	0,830
HIV-testattu (Suomessa tai muualla, %)	9,3	11,9	10,0	17,4	16,7	13,0	0,363
Infektiotautien esiintyminen							
Malarian sairastaneet (%)	6,3	10,4	4,1	6,7	7,3	5,4	0,769
Kehkotuberkuloosiin viittaavia oireita (%)	1,2	2,1	0,0	2,4	5,0	3,5	- ¹
Hepatiitti C -vasta-aine (%)	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	1,6	- ¹
Syfilis-vasta-aine (%)	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	- ¹
Hepatiitti B -kantajuus (%)	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	1,7	- ¹
HIV-tietoisuus							
Kaikkiin viiteen kysymykseen oikein vastanneet (%)	31,2	19,8	15,8	0,8	3,4	2,1	<0,001
SUUN TERVEYS, SUUNHOITOTAVAT JA TYYTYVÄISYYS HOITOO							
Suun terveydentila							
Hampaiden lukumäärä (ka)	27,0	26,6	27,5	27,6	27,0	27,1	0,481
Irritettavia hammasproteeseja (%)	12,7	11,0	8,7	12,5	8,3	14,3	0,866
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä (%)	44,1	46,1	55,9	58,7	55,8	65,6	0,056
Hammassarkyä ja/tai suuhun ja hampaisiin liittyviä vaivoja (12 kk, %)	59,7	48,6	47,8	52,8	50,5	50,8	0,395
Hampaiden harjaus ja hammashoitopalvelut							
Hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä (%)	70,9	68,2	70,4	71,2	75,4	69,3	0,966
Hammashoidossa yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan käyneet (%)	5,5	8,9	8,0	10,4	7,4	14,1	0,483
Koettu hammashoidon tarve (%)	64,1	58,0	64,1	66,3	65,0	71,0	0,814
Tyydyttymätön hammashoidon tarve (%)	26,8	24,1	26,2	33,2	35,5	43,5	0,249
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	57,7	76,2	76,8	77,2	61,6	79,4	0,067
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	60,4	82,5	69,5	75,3	57,2	79,4	0,080
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	63,8	78,4	74,4	78,7	61,6	79,4	0,223
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	57,7	74,6	68,9	75,3	56,2	79,4	0,116
Saamastani hoidosta oli minulle apua (%)	60,8	80,4	74,3	75,2	56,2	71,9	0,122
Tyytymättömyys hammaslääkärikäyntiin (summapistemäärä, ka)	8,1	6,7	6,7	6,8	7,7	6,7	0,078
LISÄÄNTYMISTERVEYS							
Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetykset							
Jokin ehkäisymenetelmä käytössä (%)	36,7	46,2	31,4	51,0	53,7	57,1	0,302
Ehkäisytabletti, -rengas tai -laastari käytössä (%)	13,0	25,0	14,3	16,5	18,3	- ²	- ¹
Hormonikierukka tai tavallinen kierukka käytössä (%)	15,1	4,0	8,4	18,6	14,6	- ²	- ¹
Kondomi käytössä (kumppanin kanssa käytetty, %)	10,8	9,5	5,9	5,9	13,7	- ²	- ¹
Synnytyksen kokeneet (%)	84,4	81,0	87,4	73,2	88,0	49,1	0,103
Keskenmenon kokeneet (%)	22,0	23,8	31,0	22,6	28,6	14,1	0,856
Raskauden keskeytyksen kokeneet (%)	22,1	20,6	11,4	28,1	16,6	19,9	0,568
Nuorimman lapsen imetyksen kesto (kk, ka)	8,9	8,4	9,4	11,1	10,4	12,9	0,604
Naisten ympärileikkaus							
Ympärileikkaus (%)	23,0	22,4	17,0	46,7	49,8	31,9	0,006
Ongelmia ympärileikkauksesta (%)	11,1	7,7	2,6	13,5	10,0	9,9	0,717
MIELENTERVEYS							
Psykkiset oireet							
Vakavat masennus- ja ahdistusoireet (%)	41,6	37,7	40,1	31,0	35,6	17,4	0,105
Alakuloisuus (%)	35,6	30,5	39,7	39,1	26,9	18,1	0,097
Hermostuneisuus (%)	29,3	31,2	37,4	24,4	35,9	14,5	0,085
Nukkumisvaikeudet (%)	35,3	28,6	26,7	21,4	32,1	21,0	0,086
Traumakokemukset							
Jokin traumatapahtuma (%)	82,7	75,2	75,2	72,3	83,3	68,6	0,203
Sota (%)	61,9	66,5	61,6	51,0	72,9	50,9	0,047
Luonnonkatastrofi (%)	28,2	33,9	34,0	29,5	39,7	28,0	0,611
Väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen (%)	63,4	49,5	53,4	50,8	65,9	52,6	0,105
Vakava fyysinen vahingonteko (%)	26,8	24,7	25,8	28,1	20,5	20,9	0,869

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Vangitseminen tai kidnappaus (%)	33,5	26,6	30,6	23,7	23,8	17,6	0,271
Kidutus (%)	28,1	16,6	26,9	16,8	20,5	14,4	0,098
Mielenterveyspalvelut							
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12 kk, %)	11,5	11,9	9,0	12,7	21,4	6,7	0,203
Mielenterveyspalvelujen tarve (oma arvio, %)	14,0	9,9	18,3	16,1	20,4	10,1	0,483
Tyydyttymätön mielenterveyspalvelujen tarve (%)	10,4	2,0	13,2	7,6	7,1	5,3	0,228
ELINTAVAT							
Tupakointi sekä alkoholin ja kannabiksen käyttö							
Tupakoi päivittäin (%)	24,7	18,8	19,1	13,9	18,1	19,8	0,236
Käyttänyt alkoholia (12 kk, %)	39,5	29,0	26,3	33,9	48,7	41,5	0,047
Juo kerralla 6 annosta tai enemmän vähintään kerran kuussa (%)	10,9	1,6	9,2	2,8	8,9	8,8	0,095
Kohonneet maksa-arvot (S-GT miehillä ≥ 116, naisilla ≥ 76 U/l, %)	5,4	2,3	6,4	1,5	8,0	3,5	0,257
Käyttänyt joskus kannabista (%)	4,5	2,5	0,0	4,7	9,4	0,0	- ¹
Ruokatottumukset							
Syö päivittäin ruisleipää (%)	58,6	66,0	51,0	53,6	60,4	57,6	0,476
Syö päivittäin kasviksia (yli 29-vuotiaat, %)	36,4	51,0	38,1	54,1	58,3	25,9	0,023
Syö päivittäin hedelmiä tai marjoja (yli 29-vuotiaat, %)	61,9	62,9	64,5	73,6	72,7	52,4	0,334
Syö päivittäin sekä kasviksia että hedelmiä tai marjoja (yli 29-vuotiaat, %)	24,4	34,9	30,3	49,0	50,6	25,9	0,002
Kuntoliikunnan harrastaminen, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys							
Kuntoliikuntaa useita tunteja viikossa (%)	33,8	28,4	23,4	22,8	22,5	35,8	0,144
Työ ruumiillisesti vähintään melko rasittavaa (%)	15,5	18,1	8,0	21,6	13,9	20,6	0,253
Kokee itsensä väsyneeksi ikäisiinsä verrattuna (%)	36,9	44,4	50,8	40,9	31,1	38,1	0,284
TOIMINTA- JA TYÖKYKY							
Fyysinen toimintakyky ja liikkumisen apuvälineet							
Tasapainotestissä maksimiajan saavuttaneiden osuus (%)	56,4	59,1	47,8	66,1	75,7	80,3	0,003
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	35,6	33,0	34,2	36,2	37,0	38,7	0,114
Kymmeneen tuolilta nousuun kulunut aika (s, ka)	22,1	22,3	24,4	24,5	24,5	22,9	0,005
Sadan metrin juoksu vaikeuksitta (%)	71,9	73,6	65,3	68,2	54,9	83,1	0,038
Puolen kilometrin kävely vaikeuksitta (%)	72,6	70,2	71,3	75,8	75,9	78,9	0,937
Usean kerrosvälin nouseminen portaita vaikeuksitta (%)	77,6	68,8	67,1	71,3	59,4	80,0	0,071
Ostoskassin kantaminen (5 kg) sadan metrin matkan vaikeuksitta (%)	75,7	78,8	66,3	60,4	74,3	65,4	0,097
Liikkumisen apuvälineitä käyttävät (%)	1,1	2,0	0,0	1,3	1,4	0,0	- ¹
Näkö ja kuulo							
Lääkärin toteama silmätauti tai näkövika (%)	17,9	22,8	22,3	24,8	26,0	16,2	0,519
Lääkärin toteama kuulovika (%)	7,3	9,0	6,8	10,4	8,6	9,3	0,900
Näkee sanomalehtieksikin vaikeuksitta (%)	72,1	61,4	69,9	72,6	77,2	90,1	0,041
Kuulee usean henkilön keskustelun vaikeuksitta (%)	93,6	86,5	98,9	84,5	88,2	91,2	0,033
Sosiaalinen toimintakyky							
Lukutaito huono tai puuttuva (%)	5,9	6,6	5,2	3,3	10,2	7,1	0,531
Suomen- ja ruotsinkielisen puheen ymmärtäminen huono tai puuttuva (%)	9,4	16,0	16,3	16,7	23,2	22,1	0,088
Kokee itsensä yksinäiseksi (%)	28,4	14,4	16,6	20,4	25,0	17,5	0,076
Vaikeuksia pankissa asioimisessa (yli 29-vuotiaat, %)	26,6	31,9	37,4	29,5	21,1	25,5	0,623
Vaikeuksia julkisilla kulkuneuvoilla matkustamisessa (%)	2,2	10,0	15,2	3,3	6,9	2,2	0,007
Ei osaa käyttää internetiä (%)	5,3	16,4	9,9	6,6	5,0	8,4	0,073
Työkyky							
Työkykynsä rajoittuneeksi arvioivat (%)	28,5	28,8	28,3	19,8	22,6	14,5	0,176
SOSIAALINEN HYVINVOINTI							
Elämänlaatu							
Koettu elämänlaatu hyvä (%)	66,4	71,7	72,6	80,3	83,5	88,4	0,016
Tyytyväinen omaan terveyteensä (%)	65,9	64,1	63,6	70,4	64,8	81,3	0,478
Tyytyväinen selviytymiseensä päivittäisistä toiminnaista (%)	84,0	84,2	75,5	85,7	86,4	86,8	0,544
Kokee elämän merkitykselliseksi (%)	91,9	85,7	89,2	91,0	89,2	78,2	0,279
Osallistuminen ja luottamus							
Seuraa entisen kotimaan tapahtumia vähintään kuukausittain (%)	86,4	86,1	84,8	80,2	84,9	88,2	0,693
Seuraa Suomen tapahtumia vähintään viikoittain (%)	77,4	77,5	73,7	75,8	76,4	89,9	<0,001
Osallistuu aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (%)	32,8	39,9	28,3	29,2	7,2	24,5	0,008

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Äänesti viime eduskuntavaaleissa (%)	36,7	49,8	45,6	46,6	51,1	62,7	0,614
Luottaa julkiseen terveydenhuoltoon vähintään melko paljon (%)	73,1	71,4	75,6	76,0	77,0	92,9	0,350
Luottaa julkiseen sosiaalihuoltoon vähintään melko paljon (%)	66,7	70,2	66,7	66,1	75,0	90,9	0,163
Luottaa Kelaan vähintään melko paljon (%)	89,4	85,5	92,3	77,0	78,6	92,1	0,015
Vähintään yksi hyvä syntyperältään suomalainen ystävä (%)	28,2	24,2	35,7	25,4	35,6	36,0	0,412
SYRJINTÄ- JA VÄKIVALTAKOKEMUKSET							
Syrjintäkokemukset							
Epäkohtelias kohtelu (%)	32,9	23,5	27,1	41,0	31,3	18,7	0,020
Epäkunnioittava kohtelu (%)	35,7	21,0	25,6	38,6	31,3	18,7	0,015
Nimittely tai sanallinen loukkaus (%)	22,8	15,2	21,1	26,8	25,0	19,9	0,385
Uhmaaminen tai häirintä (%)	7,7	5,6	9,7	13,8	14,2	10,9	0,225
Jatkuva syrjintä (%)	8,8	8,2	3,9	12,2	30,0	1,8	<0,001
Kokenut syrjintää kadulla (%)	34,4	8,9	12,5	29,5	36,0	23,4	<0,001
Kokenut syrjintää kaupassa (%)	17,6	10,7	9,5	19,7	20,5	17,2	0,329
Kokenut syrjintää poliisissa (%)	29,9	20,7	22,6	28,8	22,4	12,0	0,363
Kokenut syrjintää oppilaitoksessa (%)	8,4	12,3	4,7	12,4	5,2	3,5	0,279
Kokenut syrjintää sosiaalitoimistossa (%)	24,6	13,3	19,8	18,5	17,6	15,0	0,400
Kokenut syrjintää terveydenhuollossa (%)	11,1	7,0	6,6	10,5	11,8	5,3	0,725
Kokenut syrjintää Kelassa (%)	8,4	4,4	3,0	10,6	8,6	5,2	0,431
Kokenut syrjintää asunnon hankkimisessa (%)	28,8	17,9	21,9	21,3	12,2	20,3	0,152
Väkivaltakokemukset							
Väkivaltakokemukset (12 kk, %)	10,9	8,4	8,0	8,4	13,9	5,7	0,660
Joidenkin paikkojen välttely ulkomaalaistaustan vuoksi (%)	32,0	19,6	30,9	32,7	32,6	21,1	0,301
TERVEYSPALVELUT JA KUNTOUTUS							
Terveystarkastukset ja seurantatutkimukset							
Jokin terveystarkastus (5 v, %)	62,1	75,4	77,9	74,0	75,6	67,2	0,081
Näön tutkimus (5 v, %)	58,7	73,2	65,5	65,4	66,6	67,7	0,374
Kohdunkaulan irtosolunäyte (5 v, %, naisista)	46,8	51,6	59,5	58,8	69,4	40,6	0,352
Mammografiassa (rintojen röntgentutkimus, 5 v, %, naisista)	37,6	22,0	41,8	35,9	38,1	30,0	0,513
Gynekologinen tutkimus (5 v, %, naisista)	33,5	38,4	40,3	53,5	73,4	35,8	0,015
Avosairaanhoidon palvelujen käyttö							
Tietty lääkäri (%)	37,2	19,2	20,8	40,1	46,2	37,5	0,003
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja (%)	16,6	7,4	6,5	19,4	18,4	11,8	0,085
Joku lääkäri (12 kk, %)	70,0	60,1	70,3	66,8	67,1	56,5	0,416
Terveyskeskuslääkäri (12 kk, %)	56,7	57,3	59,2	57,4	69,8	51,7	0,552
Sairaalan poliklinikka (12 kk, %)	35,4	38,1	32,0	26,8	29,3	26,0	0,610
Työterveyslääkäri (12 kk, %, työssä käyvistä)	28,8	12,3	28,3	28,2	12,6	26,9	0,411
Yksityislääkäri (12 kk, %)	9,4	8,8	15,0	10,2	8,4	5,1	0,700
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa (12 kk, %)	10,9	4,4	6,6	7,9	2,7	7,2	0,247
Reseptilääke käytössä (12 kk, %)	29,2	38,7	41,9	40,6	41,3	26,3	0,102
Terveyskeskuslääkäri (12 kk, käyntien lkm)	1,7	2,6	2,5	2,3	3,3	2,1	0,080
Sairaalan poliklinikka (12 kk, käyntien lkm)	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,994
Työterveyslääkäri (12 kk, käyntien lkm, työssä käyvistä)	0,7	0,1	0,3	0,7	0,1	0,3	0,101
Yksityislääkäri (12 kk, käyntien lkm)	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,586
Hoidon tarve, sen tyydyttyminen ja tyytyväisyys palveluun lääkärin vastaanotolla							
Toistuvan lääkärin hoidon tarve (kaikki tutkittavat, %)	47,0	39,6	36,1	39,5	38,8	24,2	0,152
Toistuvan lääkärin hoidon tarve (pitkäaikaissairaat, %)	94,7	82,6	88,3	77,5	80,1	- ²	- ¹
Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve (kaikki tutkittavat, %)	32,9	25,3	24,6	29,0	25,2	15,2	0,265
Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve (pitkäaikaissairaat, %)	76,6	57,3	76,1	67,3	61,0	- ²	0,265
Hoidon saamisen esteet: jonotus hoitoon pääsemiseksi (%)	33,2	49,6	28,2	44,7	30,1	- ²	0,163
Hoidon saamisen esteet: huonot kulkuhyteydet (%)	8,7	0,0	15,4	9,6	11,7	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: liian korkeat maksut ja hinnat (%)	45,6	41,5	32,8	57,5	43,0	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: epäily, ettei hoidosta olisi apua (%)	32,2	37,9	48,7	27,2	18,7	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: kielivaikeudet (%)	42,4	36,6	35,2	51,2	55,5	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: epätietoisuus, mistä hoitoa saa (%)	24,7	11,0	28,4	19,7	5,9	- ²	- ¹
Hoidon saamisen esteet: muu syy (%)	13,2	4,1	4,2	12,9	11,7	- ²	- ¹

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Vaasa	Ero kuntien välillä (p-arvo)
Pääsin hoitoon riittävän nopeasti (%)	72,4	72,2	65,8	80,3	75,2	64,9	0,412
Sain riittävästi tietoa terveydentilastani (%)	68,1	66,6	67,8	64,5	77,4	64,1	0,754
Minua kuunneltiin ja minua kohtaan osoitettiin kiinnostusta (%)	73,9	76,7	80,3	76,9	77,4	67,1	0,878
Pystyin vaikuttamaan hoitoani koskeviin päätöksiin (%)	70,4	76,6	76,0	57,8	75,1	64,4	0,081
Saamastani hoidosta oli minulla apua (%)	62,7	56,3	62,2	50,3	60,6	67,1	0,414
Kuntoutuspalvelujen ja fysioterapian käyttö sekä kuntoutuspalvelujen koettu tarve							
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v, %)	5,4	9,0	5,1	5,4	5,1	2,2	0,795
Fysioterapiassa käyneet (12 kk, %)	20,5	25,1	12,9	15,5	30,6	11,7	0,067
Koettu kuntoutuksen tarve (%)	24,2	15,9	16,0	17,6	21,6	9,7	0,316
Tyydyttymätön kuntoutuksen tarve (%)	22,4	12,5	14,7	14,4	16,5	7,5	0,193

¹ Ryhmien vertailu ei mahdollinen jakauman vinouden vuoksi

² Vastaajien pieni lukumäärä estää luotettavan tiedon saannin

Anu E Castaneda
Shadia Rask
Päivikki Koponen
Mulki Mölsä
Seppo Koskinen
(toim.)

Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa



Raportissa tarkastellaan venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia. Vuosina 2010–2012 toteutetussa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) tutkittiin Venäjältä, Somaliasta, Iranista ja Irakista muuttaneiden 18–64-vuotiaiden terveyttä, toimintakykyä, elinoloja, elintapoja, sosiaalista hyvinvointia, syrjintäkokemuksia sekä palvelujen tarvetta ja käyttöä. Tuloksia verrattiin tutkimuspaikkakuntien (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Vaasa) koko väestöstä Terveys 2011 -tutkimuksessa saatuihin tuloksiin. Tulokset osoittavat, että maahanmuuttajataustaisen väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa on eroja sekä ryhmien välillä että koko väestöön verrattuna. Tutkimus nostaa esiin huolenaiheita, kuten psyykkisen oireilun ja palvelujen saamisen esteet, mutta myös vahvuuksia kuten hyväksi koetun elämänlaadun ja luottamuksen palvelujärjestelmään.

Raportissa esitellään myös Euroopan sosiaalirahaston rahoittaman *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky – seurantajärjestelmä kunnille* -hankkeen kehittämistyötä ja pohditaan, miten maahanmuuttajataustaisen väestön terveyttä ja toimintakykyä tulisi uuden tutkimustiedon valossa edistää.



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



9 789522 458070

ISBN 978-952-245-807-0

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000
www.thl.fi