

Noora Niemi

MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYS SUOMESSA

Tarkastelussa sydän- ja verisuonitautien riskitekijät

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Maaliskuu 2020

TIIVISTELMÄ

Noora Niemi: Maahanmuuttajien terveys Suomessa – tarkastelussa sydän- ja verisuonitautien riskitekijät
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma
Maaliskuu 2020

Suomessa asuvien maahanmuuttajien määrä on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Maahanmuuttajan terveydentila saattaa maahan saapumisvaiheessa olla jopa parempi kuin kohdemaan kantaväestön, mutta heikkenee usein seuraavien vuosien aikana. Yksi syy terveydentilan heikkenemiseen saattaa löytyä sydän- ja verisuonitaukeista, jotka ovat nykyään maailman tappavimpia tauteja. Niillä on useita ehkäistävässä olevia riskitekijöitä, kuten kohonnut verenpaine ja kolesteroli, tupakointi, liikunnan puute, ylipaino sekä kohonnut verensokeri.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, onko Suomessa asuvilla venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisilla maahanmuuttajilla sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Jos on, onko niitä poikkeava määrä suhteessa suomalaiseen kantaväestöön? Samalla selvitettiin, kuinka he näiden riskitekijöiden osalta vertautuvat muissa länsimaissa asuviin maahanmuuttajiin. Lisäksi tutkielmassa kartoitettiin kulttuurin ja uskonnon, syrjinnän ja rasismin, sekä terveystieteiden käytön ja saatavuuden vaikutusta sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin.

Tietoa tutkielmaan haettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen 2010-luvun alussa tekemästä Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi Suomessa-tutkimusraportista. Sen lisäksi hyödynnettiin muita maahanmuuttajien terveyttä käsitteleviä kansainvälisiä tieteellisiä artikkeleita.

Tutkimusten mukaan maahanmuuttajat ovat heterogeeninen ryhmä ihmisiä, joiden sydän- ja verisuonitautien riskitekijät vaihtelevat niin ryhmien kuin sukupuoltenkin välillä. Venäläistaustaiset maahanmuuttajat ovat riskitekijöiden suhteen lähinnä suomalaista kantaväestöä vastaavia. Erilaisia riskitekijöitä on niin Suomessa kuin myös muissa länsimaissa asuvilla maahanmuuttajilla, eikä näissä havaittu selkeitä maakohtaisia eroja. Kulttuurilla ja uskonnolla nähtiin olevan vaikutus elintapoihin ja sitä kautta kehittyneisiin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Syrjinnän ja rasismin kohtaaminen saa ihmisessä aikaan haitallista terveystietoisuutta, joka saattaa johtaa riskitekijöiden syntyyn. Maahanmuuttajat kohtaavat rasismin suomalaisissa terveydenhuollon yksiköissä asioidessaan, mutta ovat siitä huolimatta suomalaisia tyytyväisempiä saamiensa palveluiden laatuun. Terveystieteiden käyttö ja terveystarkastuksissa käyminen on tästä huolimatta tietyissä maahanmuuttajaryhmissä melko vähäistä. Nyt ja tulevaisuudessa olisi tärkeää, että informaatio hyvien elintapojen hyödyistä tavoitaisi maahanmuuttajat. Näin voitaisiin paremmin ehkäistä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden syntyä myös heidän osaltaan.

Avainsanat: maahanmuuttajat, sydän- ja verisuonitaudit, riskitekijät

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	1
2. MAAHANMUUTON TAUSTAA JA KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ	3
3. SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN RISKITEKIJÄT	5
3.1 RISKITEKIJÖISTÄ YLEISESTI.....	5
3.2 LIHAVUUS.....	6
3.3 KOHONNUT VERENSOKERI	8
3.4 KOHONNUT VERENPAINE	10
3.5 KOHONNUT KOLESTEROLI.....	12
4 MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	15
4.1 KULTTUURI JA USKONTO.....	15
4.2 SYRJINTÄ JA RASISMI	18
4.3 TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS.....	19
5 POHDINTA	22
LÄHTEET	27

1. JOHDANTO

Suomen 5,5 miljoonasta asukkaasta vuonna 2018 reilu 400 000 henkilöä eli 7,3 prosenttia oli ulkomaalaistaustaisia. Määrä on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. (Tilastokeskus 2019.) Vielä 1990-luvulla ulkomaalaistaustaisen väestön määrä oli vain 0,5–1 prosenttia kokonaisväestöstä, mikä selittää osaltaan sen, miksi maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista Suomessa on verrattain vähän tutkimustietoa. Joissakin länsimaisissa Euroopan maissa tutkimusta on tehty aikaisemmin ja näiden tutkimusten mukaan maahanmuuttajien terveys on heikompi kantaväestöön verrattuna. Lisäksi sosioekonomisia eroja on havaittu niin maahanmuuttajaryhmien sisällä kuin välilläkin. (Koskinen, Castaneda, Rask, Koponen & Mölsä 2012, 13.)

Maahanmuuttajien terveydentila ei aina lähtökohtaisesti ole huono, ja saattaa maahan saapumisvaiheessa olla jopa parempi kuin kohdemaan kantaväestön (Razum, Zeeb, Akgün & Yilmaz 2002) vaan se yleensä heikkenee maassa oleskeluajan myötä. Terveen siirtolaisen vaikutus (engl. *healthy migrant effect*) selittää sen, miksi maahanmuuttajien terveys aluksi on parempi kuin kantaväestön. (Koskinen ym. 2012, 13.) Terveen siirtolaisen vaikutus perustuu valintaan, eli siihen, että lähtömaasta yleensä vain terveet ja hyväkuntoiset lähtevät ja kroonisesti sairaat ja muuten heikompi-kuntoiset jäävät aloilleen. Uskotaan myös, että uuteen maahan hakeutuvat ihmiset saattavat olla sosiaalisesti lahjakkaampia ja heillä on enemmän taitoja ja rohkeutta selvitä erilaisista haasteista. (Razum ym. 2002.)

Sydän- ja verisuonitaudit lasketaan nykyään maailman tappavimmiksi taudeiksi, joihin vuonna 2016 kuoli arviolta 17,9 miljoonaa ihmistä (WHO 2017). Sydän- ja verisuonitautien yleisimmät muodot ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt (THL 2019). Näillä sairauksilla on useita ehkäistävässä olevia riskitekijöitä, joita ovat korkea verenpaine, koholla oleva kolesteroli tai verensokeri, tupakointi, liikunnan puute sekä ylipaino (WHO 2017). Esimerkiksi sepelvaltimotaudin lisääntymisen yhtenä syynä pidetään kaupungistumista, mutta kehittyvistä maista korkean elintason maihin suuntautuvan maahanmuuton on myös nähty vaikuttavan sepelvaltimotaudin riskitekijöiden muutoksiin (Glenday, Kumar, Tverdal & Meyer 2006). Länsimaisiin elintapoihin liitetään yleensä myös runsas tupakointi, alkoholinkäyttö, heikko fyysinen aktiivisuus sekä ylipaino (Hosper, Nierkens, Nicolaou & Stronks 2007).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teki vuosina 2010–2012 tutkimuksen maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista Suomessa (Maamu-tutkimus), joka on toistaiseksi ainoa kattava

selvitys siitä, miten tietyt Suomessa asuvat maahanmuuttajaryhmät voivat. Tutkimukseen kutsuttiin yhteensä tuhat venäläis-, tuhat kurdi- ja tuhat somalialaistaustaista maahanmuuttajaa, joista venäläistaustaisista 70 %, kurditaustaisista 63 % ja somalialaistaustaisista 51 % osallistui vähintään yhteen tutkimuksen osaan. Kaikki tutkimuksessa ilmi tulleet tulokset suhteutettiin suomalaiseen kantaväestöön, jota koskevat tiedot saatiin Terveys2011-tutkimuksesta. (Koskinen, ym. 2012, 9; 15.)

Sydän- ja verisuonitaudit ovat kansanterveydellisesti haaste niin Suomessa kuin globaalistikin (WHO 2017; THL 2019). Siksi olisi mielenkiintoista tietää, miten maahanmuuttajat näiden sairauksien ja niiden riskitekijöiden suhteen voivat. Tämän tutkielman tarkoituksena on kartoittaa Suomessa asuvien maahanmuuttajien sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä sekä niiden määrää suhteessa suomalaiseen kantaväestöön. Tarkoituksena on myös selvittää, kuinka Suomessa asuvat maahanmuuttajat näiden riskitekijöiden osalta vertautuvat muissa länsimaissa asuviin maahanmuuttajiin. Lisäksi tarkastellaan muiden tekijöiden, kuten kulttuurin ja uskonnon, syrjinnän ja rasismien, sekä terveyspalveluiden käytön ja saatavuuden vaikutusta näihin riskitekijöihin eri maissa tehtyjen tutkimusten valossa. Työn rajauksen vuoksi maahanmuuttajat on rajattu koskemaan ainoastaan venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisia maahanmuuttajia.

2. MAAHANMUUTON TAUSTAA JA KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ

Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö (IOM) kuvailee sanan *siirtolainen* (engl. *migrant*) käsittävän henkilön, joka erinäisistä syistä johtuen on muuttanut pois kodistaan tai muuten tavanomaisesta asuinpaikastaan, joko saman maan rajojen sisäpuolella tai kansainvälisten rajojen ulkopuolelle väliaikaisesti tai pysyvästi. Sanaa migrant ei ole määritelty universaalisti. (IOM 2019.) Tässä tutkielmassa *maahanmuuttaja* on sellainen Suomeen muuttanut ulkomaan kansalainen, joka aikoo asua maassa pidempään (Väestöliitto 2019). Vuonna 2011 voimaan tullessa, mutta myöhemmin päivitettyssä kotoutumislaissa (30.12.2010/1386) maahanmuuttajalla tarkoitetaan ”Suomeen muuttanutta henkilöä, joka oleskelee maassa muuta kuin matkailua tai siihen verrattavaa lyhytaikaista oleskelua varten myönnetyllä luvalla tai jonka oleskeluoikeus on rekisteröity taikka jolle on myönnetty oleskelukortti” (Finlex 2011).

Vuoden 1948 YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen (The Universal Declaration of Human Rights) neljännen toista artiklan mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus hakea turvapaikkaa. Tähän artiklaan perustuen laadittiin vuonna 1951 Geneven pakolaissopimus, jonka tarkoituksena oli suojella ihmisiä poliittiselta sekä muin syin tapahtuvalta vainolta. Sopimuksen mukaan *pakolainen* on henkilö, joka ei voi tai halua palata kotimaahansa perustuen henkilön pelkoon joutua vainon kohteeksi rotunsa, uskontonsa, kansallisuutensa, tiettyyn sosiaaliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mielipiteensä vuoksi. Pakolaissopimuksessa määritellään pakolaisuuden edellytykset sekä pakolaisille kuuluvat oikeudet ja sen on ratifioinut 145 maata. (UNHCR 2020.) Suomi on ratifioinut sekä allekirjoittanut sopimuksen vuonna 1968 ja se astui Suomessa voimaan vuonna 1969. *Turvapaikanhakija* (engl. *asylum seeker*) on siis henkilö, joka anoo kansainvälistä suojelua ja oleskeluoikeutta toisesta maasta, ja jonka turvapaikkahakemus on vielä käsittelemättä. Jos turvapaikkahakemus hyväksytään, saa henkilö Geneven pakolaissopimuksessa määritellyn pakolaisen statuksen. (Suomen Pakolaisapu 2020.)

Dublinin sopimus on allekirjoitettu vuonna 1990. Sopimuksessa määritellään se, mikä EU:n jäsenvaltio on vastuussa turvapaikkahakemuksen tutkimisesta. Vastuu kuuluu sille EU:n jäsenvaltiolle, josta henkilö on ensimmäiseksi hakenut turvapaikkaa. (Suomen Pakolaisapu 2020.) Edellä mainitut kansainväliset sopimukset ja asetukset sekä erilaiset Euroopan Unionin direktiivit ohjailevat Suomen toimintaa joko määräämällä EU:n jäsenvaltioita suoraan tai odottamalla Suomen implementoivan direktiivejä omaan lainsäädäntöönsä. Näin ollen myös Suomi on velvollinen

ottamaan vastaan turvapaikanhakijoita ja muita maahanmuuttajia. (Pakolaisneuvonta 2020.) Näiden sopimusten lisäksi myös Suomen lait ohjaavat toimintaa, erityisesti siinä vaiheessa, kun maahanmuuttaja on jo Suomessa. Esimerkiksi laki kotoutumisen edistämisestä (30.12.2010/1386) velvoittaa Suomen kuntia järjestämään maahanmuuttajan kotoutumista ja suomalaiseen yhteiskuntaan integroitumista edistäviä toimenpiteitä. Lain tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa. (Finlex 2011.)

Vuonna 2018 Suomeen hakeutui eniten turvapaikanhakijoita Venäjältä, Irakista ja Somaliasta. Tilastot ovat hiukan muuttuneet viimeisen vuoden aikana, sillä syyskuussa 2019 päivitettyjen tilastojen mukaan viimeisen 12 kuukauden aikana kolme suurinta kansainvälistä suojelua hakevaa ryhmää tulivat Irakista, Somaliasta sekä Turkista. (Maahanmuuttovirasto 2019.) Tässä tutkielmassa keskitytään kuitenkin aikuisikäisiin, 18–64-vuotiaisiin, venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisiin maahanmuuttajiin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Maamu-tutkimuksen suunnitteluvaiheessa vuonna 2008 Suomessa venäläistaustaiset olivat suurin maahanmuuttajaryhmä (Koskinen, ym. 2012, 15), joiden yleisimmät syyt muuttaa olivat työperäisiä tai perhesuhteisiin sekä suomalaiseen syntyperään liittyviä (Skogberg 2019, 31). Somalialaistaustaiset olivat suurin pakolaistaustainen, islaminuskoinen maahanmuuttajaryhmä ja kurdinkieliset valittiin tutkimukseen mukaan, koska he olivat yksi suurimpia vieraskielisiä ryhmiä Suomessa. Iranilaiset ja irakilaiset kuuluivat myös suurimpiin kiintiöpakolaisten ryhmiin Maamu-tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. (Koskinen ym. 2012, 15.) Suunnilleen puolet tutkimushankkeeseen osallistuneista maahanmuuttajataustaisista henkilöistä olivat asuneet Suomessa vähintään 12 vuotta (Skogberg 2019, 45). Kaikki osallistuneet olivat asuneet Suomessa vähintään yhden vuoden ajan (Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä & Koskinen 2012, 9) ja suurin osa oli tullut maahan ollessaan vähintään 18-vuotiaita (Skogberg 2019, 45).

3. SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN RISKITEKIJÄT

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa kartoitettiin muun muassa Suomessa asuvien maahanmuuttajien sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, ja verrattiin niitä Terveys 2011-tutkimukseen osallistuneiden saman ikäisten ja samoilla paikkakunnilla asuvien suomalaisen kantaväestöön kuuluvien vastaaviin tutkimustuloksiin (Koskinen ym. 2012, 15). Tässä luvussa kuvaillaan ensiksi maahanmuuttajien sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä Suomessa ja miten ne asettuvat suhteessa suomalaiseen kantaväestöön. Sen jälkeen tuloksia peilataan muualla maailmassa tehtyjen samoja väestöryhmiä koskevien tutkimusten tuloksiin. Tarkoituksena on saada käsitys siitä, ovatko maahanmuuttajat näiden riskitekijöiden osalta samanlaisia muissakin länsimaissa.

3.1 Riskitekijöistä yleisesti

Ottaen huomioon kaikki tutkitut sydän- ja verisuonitautien riskitekijät, venäläistaustaisten miesten sekä naisten sairauden riskiprofiili oli lähinnä suomalaista kantaväestöä vastaava. Sydän- ja verisuonitautien kuolleisuus Venäjällä on korkeampi kuin korkeamman elintason maissa, kuten esimerkiksi Suomessa. Vaikuttaisikin siltä, että venäläistaustaisilla on sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä niin lähtömaassa asuessaan kuin esimerkiksi Suomessakin. (Skogberg 2019, 45–46; 63.) Maamu-tutkimukseen osallistuneita kahta muuta maahanmuuttajaryhmää tutkittaessa havaittiin, että vähintään kaksi sydän- ja verisuonitautien riskitekijää omaavia oli suomalaisia naisia (45 %:lla tutkituista) enemmän somalialais- sekä kurditaustaisilla naisilla (molemmissa ryhmissä 62 %). Kurditaustaisilla miehillä (66%) oli suomalaismiehiä (50%) useammin kaksi tai useampi sairauden riskitekijä samanaikaisesti. (Skogberg 2019, 45–46.)

Samankaltaista tutkimusta on tehty myös muissa korkean elintason maissa, kuten Saksassa, jossa kartoitettiin entisen Neuvostoliiton maista, Turkista sekä Itä-Euroopasta muuttaneiden Saksassa asuvien perheiden sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Kolme tai useampi riskitekijä löytyi venäläistaustaisilta miehiltä ja naisilta huomattavasti useammin kuin kantaväestöön kuuluvilta saksalaisilta. Ei yhtään riskitekijää- ryhmään kuuluvia venäläistaustaisia miehiä ja naisia taas oli pienempi osa kuin kantaväestöön kuuluvia. (Haas, Parhofer & Schwandt 2010.) Yhdysvaltain Denverissä asuvilla venäläistaustaisilla maahanmuuttajilla on myös havaittu olevan useampia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä; tutkimukseen osallistuneista (N = 204) lähes puolella oli kaksi tai useampi riskitekijä samanaikaisesti. Artikkelista ei kuitenkaan käynyt ilmi vastaavaa tilastoa yhdysvaltalaisen vertailuväestön osalta. (Mehler, Scott, Pines & Gifford 2001.)

Somalialaistaustaisten maahanmuuttajien riskitekijät olivat osin linjassa muissa maissa tehtyjen tutkimusten kanssa; verenpaine oli matalampi mutta painoindeksi korkeampi kantaväestöihin verrattuna. Pelkkiä kurdeja koskevia tutkimuksia itsessään ei juurikaan löydy, mutta Iranista, Irakista sekä Turkista muuttaneita henkilöitä ja heidän kardiovaskulaarisia riskitekijöitään on tutkittu jonkin verran esimerkiksi Saksassa. Muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa kurdiväestöjä koskevat tulokset olivat samankaltaisia suomalaisten vastaavien kanssa. (Skogberg 2019, 59.) Kuten Suomessakin, myös Ruotsissa asuvilla Turkista ja Iranista saapuneilla maahanmuuttajanaيسilla on todettu olevan ruotsalaisnaisia enemmän riskitekijöitä, kuten lihavuutta sekä vähäistä liikunnan harrastamista ja huonompia kolesterolitasoja (Daryani, Berglund, Andersson & Kocturk 2005).

3.2 Lihavuus

Vaikka obesiteetin eli lihavuuden ja ylipainon tiedetään olevan monien kroonisten sairauksien, myös sydän- ja verisuonitautien, riskitekijä, on suomalaisten työikäisten miesten kuin naistenkin lihavuus lisääntynyt viime vuosikymmenien aikana (Lundqvist, ym. 2017, 45; Laatikainen, Solovieva, Lundqvist & Vartiainen 2012, 91–93). Maahanmuuttajilta samankaltaista tilastointia ei ole aikaisemmin saatu Suomessa, joten myös tätä riskitekijää kartoitettiin Maamu-tutkimuksessa mittaamalla tutkittavien pituus, paino sekä vyötärönympärys. Tässä työssä keskitytään vyötärönympäryksen sijasta ainoastaan tietyn kaavan avulla laskettuun painoindeksiin.

Kun Suomessa asuvien maahanmuuttajien painoindeksiä verrattiin suomalaisten vastaaviin lukuihin, havaittiin muun muassa se, että venäläistaustaisten miesten tai naisten painoindekseissä ei ollut eroa verrattuna samojen tutkimuspaikkakuntien kantaväestöön. Somalialaistaustaisilla miehillä painoindeksi oli huomattavan paljon matalampi, kun taas kurdimiesten painoindeksi oli kantaväestöä korkeampi. Somalialais- ja kurditaustaisten naisten painoindeksin keskiarvo oli kantaväestöä selvästi korkeampi; somalialaistaustaisista naisista lihavia oli 42 % ja kurditaustaisista 25 %, kun suomalaisnaisista reilu 13 % oli lihavia. Painoindeksi näytti kasvavan iän myötä kaikissa väestöryhmissä, mutta erityisesti kasvua havaittiin venäläis- ja somalialaistaustaisten ryhmissä. (Laatikainen, Solovieva, Lundqvist & Vartiainen 2012, 91–93.) Vuosina 2018–2019 tehdyssä FinMonik-tutkimuksessa saatiin samankaltaisia havaintoja: afrikkalaisilla naisilla ylipaino oli huomattavasti yleisempää kuin miehillä, ja venäläistaustaisilla miehillä ja naisilla painoindeksit olivat suunnilleen samalla tasolla kuin suomalaisen kantaväestöön kuuluvilla. (Skogberg, Lundqvist, Koponen & Laatikainen 2019, 114 – 119.)

Samansuuntaisia tuloksia löytyy muissa Euroopan maissa tehdyissä maahanmuuttajien ylipainoa kartoittavissa tutkimuksissa. Etenkin turkkilaisilla maahanmuuttajilla, erityisesti naisilla, on todettu olevan obesiteettia kohdemaansa kantaväestöä enemmän. Näin osoittavat esimerkiksi tutkimukset Alankomaista, kun siellä asuvista turkkilaistaustaisista naisista jopa 80 % todettiin olevan ylipainoisia. Myös Ruotsissa asuvilla turkkilaistaustaisilla naisilla ylipaino oli neljä kertaa yleisempää kuin ruotsalaisnaisilla. (Ujcic-Voortman ym. 2010.) Kumar kollegoineen (2006) ovat todenneet, että jopa puolet Norjan Oslossa asuvista turkkilaistaustaisista maahanmuuttajanaisista olivat painoindeksin perusteella ylipainoisia. Hosper ym. (2007) ovat lisäksi havainneet, että Alankomaissa asuvien turkkilaistaustaisten, toisen polven maahanmuuttajanaisten, ylipaino on harvinaisempaa kuin ensimmäisen polven, mutta toisen polven maahanmuuttajamiesten ylipaino taas lisääntyi.

Norjassa asuvien somalialaistaustaisten miesten lihavuus oli vähäistä (Gele & Mbalilaki 2013). Myös WHO:n arvion mukaan vuonna 2016 Somaliassa asuvista miehistä lihavia oli vain 3 %, kun taas naisista lihavia oli jo 10 % (WHO 2018). Sama linja jatkuu Suomessa saatujen mittaustulosten kanssa, jossa somalialaistaustaisista naisista 42 % oli lihavia, kun miesten vastaava osuus oli vain 3,9 % (Laatikainen, ym. 2012, 92). Ahmedin ja kollegoiden (2018) mukaan Somaliassa tai Somalimaassa asuvista naisista aikaisempia arvioita suurempi osa olisi nykyään ylipainoisia (31 % painoindeksin perusteella), joskin Oslossa asuvista somalialaistaustaisista maahanmuuttajanaista vielä suurempi osa (44 %) oli lihavia verrattuna Somalian pääkaupungissa asuviin naisiin.

Ylipaino ja lihavuus eivät ole vain suomalaisen kantaväestön, vaan myös Suomessa asuvien maahanmuuttajien ongelma. Vaikka esimerkiksi somalialaistaustaiset miehet olivatkin harvemmin lihavia verrattuna muihin ryhmiin, erityisesti ylipainoisten naisten osuus huolettaa niin Suomessa kuin muissakin länsimaissa. Suuri ero lihavien määrässä selittynee maahanmuuttajien elinympäristön nopealla muutoksella sekä muutoksella ravinnossa ja fyysisessä aktiivisuudessa (Gele, Petterssen, Kumar & Torheim 2016). Toisaalta lihavuuden syynä on myös pidetty ennemminkin ”paikallaan olevaa” elämäntapaa ja pidempiaikaista maassa oleskelua kuin ruokavalioon liittyvää (Gele & Mbalilaki 2013). Dijkshoorn kollegoineen (2008) sen sijaan totesivat heikon koulutustason olevan vahvasti yhteydessä turkkilaistaustaisten naisten ylipainoon Alankomaissa.

3.3 Kohonnut verensokeri

Diabetes on kansanterveydellisesti maailmanlaajuinen ongelma: arviolta 350 miljoonaa ihmistä kärsii siitä ja 1,5 miljoonaa kuolee diabeteksen seurauksena vuosittain. Sairaus ei ole jakautunut tasaisesti, vaan siitä kärsii erityisesti tietyt etniset vähemmistöryhmät ja heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat. Ihmisten lisääntyneen liikkuvuuden takia on havahduttu siihen, että uudessa kotimaassa saatetaan omaksua uudenlaisia elämäntapoja, ja tämä voi sairastuttaa maahanmuuttajia. Tästä syystä vähemmistöryhmien terveyteen, esimerkiksi diabeteksen sairastavuuteen, on alettu kiinnittää enemmän huomiota viime vuosina. (Berkowitz, Fabreau, Raghavan, Kentoffio & Chang 2016.)

Maamu-tutkimuksen eräänä osana tutkittavilta kysyttiin, oliko lääkäri joskus todennut heidän sairastavan diabetesta. Lisäksi verensokeri mitattiin terveystarkastuksessa. Tutkimuksessa käytettiin termiä kohonnut verensokeri, jolloin verikokeella mitatun verensokerin neljän tunnin paastoarvo oli 7 mmol/l tai enemmän tämän samalla viitaten diabetekseen. Lääkäriin toteamaa diabetesta sairastavia somalialaistaustaisia miehiä oli vajaa kaksi kertaa enemmän suomalaismiehiin verrattuna (7,2 % vs. 4,3 %). Somalialaistaustaisten naisten ilmoittama sairastavuus suomalaisiin naisiin verrattuna oli nelinkertainen ja kurdinaisillakin lähes kolminkertainen (somalialaistaustaiset 12,9 %, kurditaustaiset 8,1 % ja suomalaiset 3,2 %). Venäläistaustaisilla miehillä ja naisilla sen sijaan oli hiukan suomalaisia vähemmän diabetesta. Kun tehtiin terveystarkastus, jossa verensokeri mitattiin, havaittiin kohonneen verensokerin olevan venäläisillä suunnilleen yhtä yleistä kuin mitä he raportoivatkin. Somalialaistaustaisilla sen sijaan mitattu verensokeri oli harvemmin koholla kuin mitä he itse olivat ilmoittaneet, ja heistä noin 5 prosentilla todettiin olevan kohonnut verensokeri. Kurditaustaisista miehistä 6 prosentilla ja naisista 2 prosentilla oli kohonnut verensokeri. (Laatikainen, Vartiainen & Jula 2012, 74–76; Skogberg 2019, 51.) Myös vuonna 2019 kerätyn tiedon mukaan Lähi-Idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet henkilöt, erityisesti naiset sairastivat diabetesta suomalaista kantaväestöä enemmän. Sairastavuus oli kaksinkertainen suomalaisiin verrattuna (10,5 % vs. 5,2 %). (Laatikainen, Skogberg, Koponen & Koskinen 2019, 109–110.) Maahanmuuttajanaisten suuri diabeteksen sairastavuus ei yllätä, mutta somalialaistaustaisista miehistä ylipainoisia oli huomattavasti pienempi osa kuin kantaväestöstä. Yleisesti keskeisenä oletuksena pidetään, että ylipainon ja kakkostyyppin diabeteksen välillä on vahva yhteys. Lihavuuden ja kakkostyyppin diabeteksen välillä oleva yhteys on todettu olevan afrikkalaista syntyperää olevilla heikompi kuin eurooppalaisilla kantaväestöillä, mutta epäselväksi jäi, johtuiko heikko yhteys todella geneettisistä tai biologisista mekanismeista vai oliko lihavuutta vain mitattu eri tavoin. (Skogberg 2019, 29.)

Kun eräässä ruotsalaistutkimuksessa verrattiin irakilais- ja ruotsalaistaustaisten osallistujien sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyttä ja niiden riskitekijöitä, todettiin, että tutkimukseen osallistuneiden itsensä raportoimia sydän- verisuonitauteja oli molemmissa ryhmissä suunnilleen sama osuus (irakilaisilla 4 % ja ruotsalaisilla 5,5 %). Kakkostyyppin diabetesta kuitenkin sairasti suurempi osa irakilaisista, ja diabetesta sairastavista oli irakilaisilla enemmän sydän- ja verisuonitauteja. Toisaalta, ne irakilaiset, joilla diabetesta ei ollut, sairastivat sydän- ja verisuonitauteja vähemmän kuin ruotsalaiset verrokkinsa. Voitiin siis päätellä, että irakilaistaustaisilla kakkostyyppin diabetesta sairastavilla henkilöillä on ruotsalaisia suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. (Bennett ym. 2013.) Myös Alankomaissa asuvien turkkilaistaustaisten maahanmuuttajien on havaittu sairastavan kantaväestöä useammin diabetesta. Samassa tutkimuksessa todettiin kakkostyyppin diabeteksella olevan yhteys sydän- ja verisuonitauteihin johdonmukaisesti niin maahanmuuttajien kuin kantaväestöön kuuluvienkin joukossa. (Dijkshoorn, Uitenbroek & Middelkoop 2003.)

Yhdysvaltain Denverissä venäläistaustaisia maahanmuuttajia tutkittaessa havaittiin, että diabeteksen osalta eroa sairastavuudessa ei ollut venäläistaustaisten ja yhdysvaltalaisen vertailuväestön välillä (Mehler ym. 2001). Toisaalla Yhdysvalloissa, Minnesotan osavaltiossa, kartoitettiin, minkälaisia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä somalialaistaustaisilla maahanmuuttajilla oli. Tutkijoiden päähavaintona oli, että somalialaistaustaiset sairastavat kakkostyyppin diabetesta sekä niin sanottua esidiabetesta huomattavasti yleisemmin kuin kantaväestöön kuuluvat; somalialaistaustaisista 12,1 % ja kantaväestöön kuuluvista 5,3 % sairasti diabetesta. Tutkimuksesta ei käy ilmi, miten sairastavuus oli jakautunut miesten ja naisten kesken, mutta huolestuttavaa oli, että tutkittavien mediaani-ikä oli vain 35 vuotta ennustaen diabeteksestä johtuvaa kuolleisuutta tulevaisuudessa tässä väestöryhmässä. (Njeru, Tan, St Sauver, Jacobson & Agunwamba 2016.)

Berkowitzin ym. (2016) pitkäaikaistutkimuksessa seurattiin Yhdysvalloissa asuvia pakolaisia, siirtolaisia ja kantaväestöön kuuluvia ihmisiä (N = 3174) vuosien 2003 ja 2013 välillä. Kaikki tutkittavat käyttivät saman terveyskeskuksen palveluita, eli he kaikki myös asuivat samalla alueella. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää diabeteksen ilmaantuvuutta eri taustoista tulevissa väestöryhmissä. Tutkijoiden päähavainto oli, että maahanmuuttajilla on kantaväestöä korkeampi riski sairastua diabetekseen. Yhdysvalloissa sairastutaan diabetekseen keskimäärin 54 vuoden iässä, mutta tämän tutkimuksen osallistujista osa sai diagnoosin jo alle 40-vuotiaina. Eroa sairastavuudessa siirtolaisten ja pakolaisten välillä ei havaittu olevan, mutta maahanmuuttajien matala koulutustaso näytti olevan yhteydessä diabeteksen sairastuvuuteen. (Berkowitz, ym. 2016.)

3.4 Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on merkittävä riskitekijä niin sepelvaltimotaudin kuin aivohalvauksenkin suhteen. Maamu-hankkeen eräänä osana oli selvittää tutkittavilta, onko heillä lääkärin toteama verenpainetauti, sekä lisäksi mitata automaattimittarilla tutkittavien verenpaine (systolinen ja diastolinen) ja verrata näitä mittaustuloksia Terveys 2011-tutkimuksessa saatuihin suomalaisten verenpainearvoihin. Verenpainetta pidettiin kohonneena, jos mittauksessa systolinen arvo oli > 140mmHg tai diastolinen > 90mmHg. (Jula, Laatikainen, Vartiainen & Koponen 2012, 96–97.)

Lähes kaikissa Suomessa asuvissa maahanmuuttajaryhmissä, eli kurditaustaisilla miehillä sekä naisilla (11,6 % ja 4,4 %), somalialaistaustaisilla miehillä ja naisilla (19,5 % ja 5,1 %) sekä lisäksi venäläistaustaisilla naisilla (13,9 %) mitattu systolinen verenpaine oli suomalaiseseen kantaväestöön verrattuna harvemmin koholla. Suomalaisista miehistä 22,2 %:lla ja naisista 15,3 %:lla todettiin olevan kohonnut verenpaine. Ainoastaan venäläistaustaisten miesten (23,6 %) verenpainetaso oli samaa luokkaa kuin kantaväestön miehillä. Miesten verenpainetasot kaikissa väestöryhmissä oli naisia korkeammat ja kuten suomalaisillakin, myös näissä väestöryhmissä verenpaineen havaittiin kohoavan iän myötä. Huomionarvoista on, että tutkittavien itsensä raportoimana olisi kohonnut verenpaine ollut huomattavasti harvinaisempaa kuin mitä se tutkimushetkellä mitattuna oli. Se ei kuitenkaan muuttanut lopputulosta, koska suomalaisilla miehillä ja naisilla sekä venäläistaustaisilla miehillä kohonnut verenpaine olisi silti ollut yleisintä. (Jula, Laatikainen, Vartiainen & Koponen 2012, 74–76; 96–97.)

Vuosina 2018–2019 teetetyssä FinMonik-tutkimuksessa selviteltiin Suomessa asuvien maahanmuuttajien verenpainetaudin sairastavuutta heidän itsensä raportoimana. Tutkimuksen mukaan verenpainetautia sairastettiin suomalaisiin verrattuna maahanmuuttajaväestössä pääosin vähemmän venäläistaustaisia miehiä ja naisia lukuun ottamatta. Venäläistaustaisista 18,3 prosenttia raportoi sairastavansa verenpainetautia, kun koko väestössä verenpainetautia sairastavien osuus oli 16,8 prosenttia. Lähi-Idän ja Pohjois-Afrikan alueelta muuttaneista maahanmuuttajista 15,4 prosenttia raportoi kärsivänsä kohonneesta verenpaineesta. Viimeisimmän Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan maahanmuuttajien verenpainetaudin sairastavuus on siis suunnilleen samankaltaista suomalaisväestöön verrattuna kuin Maamu-tutkimuksen aikaankin. Kun vertaillaan miehiä ja naisia, huomataan että Venäjältä ja Lähi-Idästä sekä Pohjois-Afrikasta tulleiden naisten verenpainetaudin sairastavuus on yleisempää kuin suomalaisnaisilla, kun taas suomalaismiehet

sairastavat verenpainetautia useammin kuin maahanmuuttajamiehet. (Laatikainen, Skogberg, Koponen & Koskinen 2019, 108–112.)

Norjassa on vertailtu eräiden maahanmuuttajaryhmien ja norjalaisen kantaväestön välillä olevia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Tutkimuksesta saatiin Maamu-tutkimuksen kanssa samankaltaisia tuloksia, kun Iranista ja Turkista muuttaneilla miehillä sekä naisilla havaittiin olevan norjalaisia alhaisempi verenpaine. Tutkimuksesta ei käynyt ilmi, miten verenpainetasolle käy maassa vietettyjen vuosien jälkeen. (Kumar, Meyer, Wandel, Dalen & Holmboe-Ottesen 2009.) Ruotsissa aikaan saadut tutkimustulokset jatkavat edellä mainittujen tulosten kanssa samalla linjalla. Sen mukaan kurditaustaisilla maahanmuuttajilla oli ruotsalaiseen kantaväestöön verrattuna matalampi systolinen verenpaine. Samassa tutkimuksessa todettiin kurditaustaisten maahanmuuttajien verenpaineen yhteyden sydän- ja verisuonitauteihin olevan heikompi kuin ruotsalaisilla. Muita sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä kurditaustaisilla oli kuitenkin enemmän kuin ruotsalaisella kantaväestöllä. (Bennett, Agardh & Lindblad 2013.)

Iso-Britanniassa on erinäisissä tutkimuksissa vertailtu 1980-luvulta 2000-luvun alkuun saakka Lontoon alueella asuvien afrikkalaista syntyperää olevien mustien asukkaiden sekä valkoihoisten englantilaisten verenpainetasoja. Näiden tutkimusten perusteella mustilla todettiin olevan korkeampaa verenpainetta, tosin verenpaineen mittausten menetelmät ja ”mustan” määritelmä on saattanut vaihdella eri tutkimusten välillä. Afrikkalaistaustaisilla asukkailla havaittiin myös verenpainelääkityksen olleen useammin käytössä kuin valkoisilla. Tämän toisaalta epäiltiin osittain johtuvan siitä, että lääkärit ovat olleet tietoisia mustaihoisten korkeammasta riskistä sairastua verenpainetautiin ja ovat siksi kiinnittäneet verenpaineeseen tarkempaa huomiota. (Agyemang & Bhopal 2003.) Tämän tutkimuksen tulos ei ole linjassa Maamu-tutkimuksen kanssa, vaan somalialaistaustaisten maahanmuuttajien verenpaine oli suomalaisiin verrattuna matalampi. Iso-Britanniassa tutkimuksen kohteena tosin oli vain yleisesti afrikkalaistaustaiset mustat asukkaat, eikä somalialaistaustaiset, niin kuin Suomessa.

Yhdysvalloissa on selvitelty venäläistaustaisten maahanmuuttajien sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, jolloin todettiin, että 56 prosentilla tutkituista venäläistaustaisista maahanmuuttajista oli kohonnut verenpaine, kun yhdysvaltalaisella kantaväestöllä sama luku oli 25 prosenttia. Samassa tutkimuksessa todettiin venäläisillä olevan kerralla useita muitakin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä kuten kolesterolitauti ja diabetes. Tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajat olivat asuneet Yhdysvalloissa keskimäärin vain 5,9 vuotta. (Mehler, ym. 2001.)

Vaikka Suomessa verenpainetasot ovat laskeneet 1970-luvulta 2000-luvulle saakka, oli suomalaisten verenpainetasot keskimäärin korkeammat kuin maahanmuuttajilla (Jula, ym. 2012, 96). Ainoastaan venäläistaustaiset poikkesivat joukosta korkeammilla verenpainelukemillaan, vaikka heidänkään verenpainetasonsa eivät olleet suomalaisia korkeammat. Yhdysvalloissa venäläistaustaisilla taas oli selkeästi kantaväestöä useammin kohonnut verenpaine. Muissa Euroopan maissa tehdyt tutkimukset seurailevat tuloksineen samankaltaista linjaa kurditaustaisten osalta, mutta afrikkalaistaustaisten mustien asukkaiden todettiin Iso-Britanniassa sairastavan muita useammin verenpainetautia.

3.5 Kohonnut kolesteroli

Kohonnut veren kolesteroli on yksi sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä, joka on ainakin jossain määrin vältettävissä hyvillä elintavoilla ja ruokavalinnoilla. Suomalaisten veren kolesterolipitoisuus onkin pienentynyt kovien rasvojen käytön välttämisen myötä 1970-luvulta 2000-luvun alkuun saakka, mutta kääntynyt 2010-luvulla taas nousuun. Usein ihmisestä mitataan HDL- sekä kokonaiskolesteroli. Kokonaiskolesteroli muodostuu ”pahasta” kolesterolista, jonka osuus on 70 %, ja ”hyvästä” eli HDL-kolesterolista. HDL-kolesterolin osuus kokonaiskolesterolista on 20–25 %. HDL-kolesteroli pyritään pitämään korkeana ja kokonaiskolesteroli matalana. Esimerkiksi tupakoinnin ja vyötärölihavuuden tiedetään laskevan HDL-kolesterolia. (Mustajoki 2019.) Joskus kokonaiskolesteroli ja HDL-kolesteroli ovat epäsuhdassa keskenään, jolloin ne luovat yhdessä epäsuotuisan kokonaisuuden sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä silmällä pitäen (Ujcic-Voortman ym. 2010).

Maamu-tutkimuksessa tutkittavien henkilöiden verestä mitattiin kokonaiskolesterolia sekä HDL-kolesterolia. Kokonaiskolesterolia pidettiin kohonneena, jos arvo oli neljän tunnin paaston jälkeen suurempi kuin 5,0 mmol/l, ja HDL-kolesterolia alhaisena, jos se oli pienempi kuin 1,0 mmol/l. Kokonaiskolesterolin keskiarvot erosivat jonkin verran tutkittavien ryhmien välillä, mutta lähes kaikissa ryhmissä arvot olivat kuitenkin suomalaisia keskiarvoja matalammat, vain venäläistaustaisilla miehillä ja naisilla kokonaiskolesterolin keskiarvo oli samalla tasolla suomalaisten kanssa. Kokonaiskolesteroli oli kaikissa ryhmissä, niin maahanmuuttajilla kuin kantaväestöön kuuluvilla suomalaisillakin 4,7–5,1 mmol/l. Arvo näytti kohoavan iän myötä kaikissa ryhmissä, eikä sukupuoli vaikuttanut olevan merkitystä iän tuoman kokonaiskolesterolin kasvun osalta. HDL-kolesterolia mitattaessa havaittiin, että kaikissa ryhmissä kyseinen arvo oli miehillä huonompi, eli alhaisempi, kuin naisilla, aivan kuten suomalaisessa kantaväestössäkin. HDL-

kolesterolin keskiarvo oli kaikissa ryhmissä suomalaisia vastaavia alhaisemmat, vaikkakin HDL-arvo oli kaikilla tutkituilla keskimäärin yli 1,0 mmol/l. (Laatikainen, Solovieva, Vartiainen & Jula 2012, 100–102.)

Norjassa on tutkittu eri maahanmuuttajaryhmien kokonais- ja HDL-kolesterolitasoja. Tässä tutkimuksessa turkkilaismiehillä havaittiin olevan muita useammin kohonnut kokonaiskolesteroli (32 %:lla turkkilaismiehistä), eikä naisten osalta tilastot näyttäneet yhtä huolestuttavilta miehiin verrattuna; heistä 16 prosentilla oli todettu olevan kohonnut kokonaiskolesteroli tai käytössä oleva kolesterolilääkitys. Samaan tutkimukseen osallistuneilla Iranista muuttaneilla maahanmuuttajamiehillä kohonnutta kolesterolia havaittiin 24 prosentilla ja naisista 14 prosentilla. Turkkilaisista miehistä neljäsosalla mitattiin matalia HDL-arvoja. Vertailun vuoksi mainittakoon, että iranilaistaustaisilla miehillä sama luku matalan HDL-tason osalta oli 20 % ja naisilla 9 %. (Glenday, Kumar, Tverdal & Meyer 2006.)

Toisin kuin Norjassa, Alankomaissa tutkijat vertailivat turkkilaisten maahanmuuttajien kolesterolitasoja alankomaalaisten vastaaviin arvoihin. Niin turkkilaisilla miehillä kuin naisillakin kokonaiskolesteroli oli kantaväestöön kuuluvia matalampi, mutta toisaalta myös HDL-kolesterolitasot olivat molemmissa ryhmissä kantaväestöä matalampia. Matalammasta kokonaiskolesterolista huolimatta suhde HDL-kolesterolin sekä kokonaiskolesterolin välillä todettiin olevan erityisen epäsuotuisa turkkilaisten maahanmuuttajien kohdalla. Tarkkaa syytä tähän ei tiedetä, mutta erityisesti miesten kohdalla tupakointia pidetään yhtenä mahdollisena syytekijänä. Norjassa asuvista maahanmuuttajista juuri turkkilaista ja iranilaista alkuperää olevat tupakoivat muita huomattavasti enemmän. (Ujcic-Voortman, ym. 2010.) Myös Suomessa asuvat niin kurdi- kuin venäläistaustaisetkin miehet raportoivat polttaneensa päivittäin tupakkaa suomalaismiehiä useammin (kurditaustaiset 30,5 %, venäläistaustaiset 27,5 % ja suomalaiset 20,1 %), kun taas somalialaistaustaisista miehistä 10 % poltti tupakkaa päivittäin (Prättälä, Mustonen, Koponen, Laatikainen 2012, 167–168). Toisaalta kolesterolitasoja selittänevät suuntaan tai toiseen myös alkoholin käytöstä kieltäytyminen sekä suhteellisen korkea painoindeksi (Ujcic-Voortman, ym. 2010).

Mehler kollegoineen (2001) havaitsi Yhdysvaltain Denverissä asuvilla venäläistaustaisilla maahanmuuttajilla olevan kantaväestöön verrattuna huomattavan paljon suurempi kolesterolitautisairastavuus. Eri tutkimuksessa Minnesotassa asuvilla somalialaistaustaisilla

maahanmuuttajilla taas todettiin olevan hiukan pienempi kolesterolitautisairastavuus kuin muilla tutkimukseen osallistuneilla (Njeru, ym. 2015).

Venäläistaustaisia maahanmuuttajia lukuun ottamatta niin kokonaiskolesteroli kuin HDL-kolesterolikin oli matalammalla tasolla kuin suomalaisilla. Tulokset ovat linjassa muualla Euroopassa sekä Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten kanssa. Matalammasta kokonaiskolesterolista huolimatta tietyillä etnisillä ryhmillä niin sanottu hyvä kolesteroli oli myös matalalla tasolla. Tämä johtunee ainakin osin tupakoinnista, joka jo itsessään on yksi sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä (Mustajoki 2019).

4 MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Se, minkälaisia elintapoja ihmisellä on, vaikuttaa usein yksilön riskiin sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Tässä luvussa tarkastellaan sosiaalisten ja muiden ulkoisten tekijöiden mahdollista vaikutusta sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden olemassaoloon. Tarkasteluun on otettu maahanmuuttajan kulttuurin, uskonnon ja uskomusten vaikutus, sekä ihmisen kohtaama syrjintä tai rasismi ja mahdolliset ongelmat terveydenhuollon palveluiden käytössä.

4.1 Kulttuuri ja uskonto

Kulttuuria ja elämäntapaa pidetään tärkeinä terveyden määrittäjinä, siksi niitä ei pidä sivuuttaa, kun mietitään etnisten vähemmistöjen terveyttä. Tietoa näistä saa parhaiten ihmisen itsensä kertomana eikä pelkästään havaintoihin ja tutkimuksiin perustuen. (Bhopal 2014, 127.) Tässä alaluvussa kartoitetaan, minkälainen vaikutus maahanmuuttajan omalla kulttuurilla ja uskonnolla on koettuun terveyteen sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin.

Maamu-tutkimuksessa kurditaustaiset maahanmuuttajat raportoivat sairastavansa sydäntauteja merkittävästi enemmän kuin muissa väestöryhmissä. Kun tutkitaan sydänsairauksien riskitekijöitä, ei heillä kuitenkaan ollut enempää kohonnutta verenpainetta tai siihen säännöllistä lääkitystä, eikä veren kolesterolitasokaan ollut korkeampi kuin muissa ryhmissä. (Laatikainen, Vartiainen & Jula 2012, 77.) Samankaltainen huomio tehtiin, kun tutkimuksessa haastateltavilta kysyttiin tuki- ja liikuntaelinten vaivoja. Vastauksissaan yli kolmasosa 30–44-vuotiaista kurditaustaisista maahanmuuttajista raportoi lääkärin toteaman nivelkuluman, vaikka yleisesti näin nuorilla ihmisillä nivelkulumaa ei pitäisi esiintyä juuri lainkaan. Vastaavaa raportointia ei havaittu venäläis- tai somalialaistaustaisten kohdalla, ja vastauksiin ovat saattaneet vaikuttaa kulttuurin tai kielen aiheuttamat tulkintavaikeudet. (Heliövaara 2012, 85.)

Mahdollisen kulttuurin vaikutus näkyy myös kehoon ja painoon liittyvissä ihanteissa; ruokailu- sekä liikuntatottumukset vaihtelevat eri kulttuureissa sekä miesten ja naisten välillä (Laatikainen, ym. 2012, 94). Esimerkiksi somalit eivät pidä lihavuutta sairautena vaan koholla oleva painoindeksi toimii ennemminkin merkinä menestyksestä ja vauraudesta sekä onnesta ja hyvästä terveydestä. Vaikka nuoremmat somalilaiset pyrkisivätkin terveellisempään vartalon malliin, vanhempi sukupolvi saattaa pyrkiä pitämään huolen siitä, että nuoremmatkin kokisivat isokokoisen vartalon olevan heidän itsetuntonsa kannalta parempi. (Gele & Mbalilaki 2013.)

Kun eri väestöryhmien kolesteroliarvoja vertailtiin, huomattiin somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttajien ruokavalion mahdollisesti eroavan suomalaisen kantaväestön ruokavaliosta. Heidän tyydyttyneen rasvan saantinsa on vähäisempää kuin venäläistaustaisilla tai kantaväestöön kuuluvilla, joten ainakin osa maahanmuuttajista on siis säilyttänyt perinteisen ruokakulttuurinsa. (Laatikainen, ym. 2012, 103.) Mitä ihminen syö, on usein yhteydessä ympäröivään kulttuuriin. Somaliassa esimerkiksi hedelmien syönti yhdistetään köyhyyteen ja lihan syönti vaurauteen (Gele & Mbalilaki 2013). Maamu-tutkimuksesta kävi ilmi, että erityisesti somalialaistaustaiset tutkittavat eivät syöneet riittävästi hedelmiä ja marjoja; heistä kukaan ei syönyt tuoreita hedelmiä tai marjoja päivittäin (Prättälä 2012, 176). Myös Adebayo ym. (2017) tekivät havainnon, että Suomessa asuvien somalialaistaustaisten maahanmuuttajien vanhempi ikäpolvi kuluttaa terveellisiksi ajateltuja tuoreita vihanneksia, hedelmiä ja marjoja erityisen vähän. Perinteinen ruoka Somaliassa rakentuu riisiin, leivän, pastan, lihan ja sokerilla makeutetun teen ympärille, ja jos samankaltainen dieetti pidetään muutettaessa toiseen maahan fyysisen aktiivisuuden samalla vähentyessä, päädytään väistämättä painonnousuun (Gele & Mbalilaki 2013). Yhdysvalloissa kävi ilmi, että somalialaistaustaisessa yhteisössä syödään esimerkiksi lihaa useimmilla aterioilla, jopa aamiaisella. Kotimaassaan somalit syövät usein kamelin lihaa ja sen saatavuuden ollessa heikko Yhdysvalloissa syövät he nykyään muuta, rasvaisempaa lihaa. Rasvaiset leivonnaiset kuuluvat myös perinteiseen ruokavalioon vaalean leivän lisäksi. (Decker 2005.) Vaikka olosuhteiden pakosta perinteinen ruokavalio muuttuikin hiukan länsimaihin muutettaessa, säilyvät tietyt ruokaan liittyvät perinteet silti.

Somalialaistaustaisiin maahanmuuttajiin verrattuna kurdi- ja venäläistaustaiset käyttivät huomattavasti useammin päivittäisessä ravinnossaan kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Lisäksi on havaittu, että kurdi- ja somalialaistaustaisista korkeammin koulutetut söivät terveellisemmin kuin matalammin koulutetut, mutta venäläistaustaisilla maahanmuuttajilla koulutuksella ei havaittu olevan merkitystä syödyn ruuan terveellisyyteen. (Adebayo ym. 2017; Prättälä 2012, 173–174.)

Maahanmuuttajat ovat usein sosioekonomisesti heikommassa asemassa kantaväestöön nähden, ja usein esimerkiksi kielitaidon puute estää perehtymästä kunnolla ruokien ravintosisältöihin. Näin kaupasta päädytään ostamaan heikompilaatuista ruokaa, joka sisältää tarpeettoman paljon rasvaa, suolaa ja sokeria. Lisäksi pikaruokaketjut tarjoavat juuri tämän kaltaista ruokaa paljon edullisemmin kuin terveyden kannalta olisi parempi, joten huonossa taloustilanteessa päädytään lopulta itselle epäsuotuisampaan vaihtoehtoon. (Njeru ym. 2015.) Sen lisäksi, että länsimaissa hedelmien ja vihannesten hinta voi olla liian korkea, saattavat tuttujen hedelmien saatavuus ja makukin vaihdella uudessa asuinpaikassa (Kumar & Einstein 2012).

Sekä kurdien että somalien tiettyjen riskitekijöiden matala esiintyvyys selittynee osin heidän kulttuurillaan ja uskonnollaan. Maamu-tutkimukseen osallistuneista somalialaistaustaiset maahanmuuttajat olivat suurin muslimiväestöön kuuluva ryhmä ja kurditaustaisistakin 75 % kertoi olevansa muslimeja. Islamin usko ohjailee esimerkiksi syömistä sekä kieltää alkoholinkäytön ja Suomessa tutkituista somalialaistaustaisista maahanmuuttajista vähintään 98 % olikin kieltäytynyt alkoholista viimeisen vuoden aikana. Venäläistaustaisista taas 86 % oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana ja heistä lähes 14 % kertoi juovansa vähintään kerran kuussa 6 tai useamman annoksen alkoholia kerralla. (Skogberg 2019, 58–59; Prättälä ym. 2012, 167.)

Uskonto ohjailee tapoja elää, mutta se vaikuttaa myös siihen, miten sairastumiseen suhtaudutaan. Esimerkin tästä antaa eräs ruotsalaistutkimus, jossa haastateltiin Ruotsissa asuvia somalialaistaustaisia maahanmuuttajia, jotka olivat viimeisen vuoden aikana saaneet diabetesdiagnoosin. Haastatelluista osa oli aavistellut sairastavansa diabetesta, mutta eivät olleet hakeutuneet tutkimuksiin kuin vasta vuosia oireiden alkamisen jälkeen. Toisilla diabetes todettiin sattumalta rutiinitarkastuksessa. Haastatteluissa selviteltiin sairastuneiden ajatuksia ja suhtautumista kohtalaisen tuoreeseen diagnoosiinsa. Osa haastatelluista suhtautui asiaan kieltämällä sairauden, toiset taas ajattelivat, että diabetes on onneksi hyvin tutkittu ja lääkkein hoidettavissa oleva tauti. Näiden lisäksi useissa haastatteluissa nousivat esiin myös uskonnolliset ajatukset. Haastatellut uskovat elämänsä olevan Jumalan käsissä ja ottavat sen mitä vastaan tulee. Toiset taas ajattelivat Jumalan rankaisevan heitä synneistään ja heidän uskonsa oli horjunut sairastumisen myötä. Monet kokivat kuitenkin saavansa uskosta voimaa ja tukea elää sairautensa kanssa. (Wallin & Ahlström 2010.)

Ihmisen itsensä tekemien valintojen lisäksi muillakin tekijöillä voi olla vaikutusta siihen, kertyykö yksilölle sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Somalialaistaustaisten keskuudessa lihavuutta ihannoidaan ja hedelmien syöntiä pidetään köyhyyden merkinä. Siksi varmasti juuri somalialaistaustaisista erityisesti vanhempi ikäpolvi suosii lihavuutta ja välttelee tiettyjä ruoka-aineita. Toisaalta koulutuksella ja perheen taloustilanteella on vaikutusta siihen, minkälaisia tuotteita valitaan ruokapöytään, vaikkakaan esimerkiksi venäläistaustaisten koulutustasolla ei näyttänyt olevan merkitystä ruokavalintoihin. Uskonto joskus rajaa tiettyjen ruoka- ja nautintoaineiden käyttöä, jolloin se saattaa vaikuttaa riskitekijöiden määrään niitä vähentävästi, ja uskonnosta voi toisaalta saada tukea ja turvaa ihmisen sairastuessa.

4.2 Syrjintä ja rasismi

Rasismien ja syrjinnän on todettu vaikuttavan sitä kohtaavien terveyteen haitallisesti eri tavoin. Siitä voi seurata niin taloudellista kuin sosiaalistakin köyhyyttä, kun mahdollisuudet kouluttautua ja työllistyä heikkenevät. Ihmisellä ilmenee haitallista terveyskäyttäytymistä, kuten liian vähäistä nukkumista ja liikunnan harrastamista sekä päihteiden käyttöä, samoin kuin ihmiselle epäsuotuisia kognitiivisia ja emotionaalisia prosesseja. Puutteellinen terveydenhuolto voi olla syrjinnän seurausta ja lisäksi suora rasismista johtuva väkivalta luonnollisesti vaikuttaa yksilön terveyteen. Syrjintää kokeneet kärsivät henkisestä stressistä, turvattomuuden tunteista, mielenterveyden ongelmista sekä elämänlaadun yleisestä huononemista ja heidän luottonsa yhteiskunnan instituutioihin heikkenee. (Rask ym. 2018; Paradies ym. 2015.)

Syrjinnällä ja rasismilla on nähty olevan merkittävä yhteys heikkoon terveyteen. Sen vaikutus on suurempi psyykkiseen hyvinvointiin, joskin yhteys huonoon fyysiseen terveyteen tunnistetaan myös. Fyysinen oireilu kuitenkin liittyy lähinnä kohonneeseen stressiin. (Rask ym. 2018; Paradies ym. 2015; Gee & Walsemann 2009.) Myös Bhopalin (2014, 171) mukaan rasismilla ja huonoksi koetulla terveydellä on todettu toistetuksi olevan yhteys, ja vaikka rasismi yleensä vaikuttaa ennemminkin heikentyneeseen henkiseen hyvinvointiin aiheuttamalla esimerkiksi masennusta, heikkoa itsetuntoa sekä henkistä ahdistusta, voi sillä olla myös somaattisia vaikutuksia, kuten verenpaineen nousua. Tämän lisäksi myös obesiiteettia, diabetesta, kohonnutta kolesterolia sekä sydänvaivoja on raportoitu. (Paradies ym. 2015.) Syrjinnän vaikutus terveyteen näkyy yleensä vasta usean vuoden jatkuvan syrjinnän tuloksena, joten tutkimuksissa, joissa seuranta-aika on lyhyt, yhteyttä ei ole havaittu (Gee & Walsemann 2009).

Suomalaisessa Maamu-tutkimuksessa havaittiin eri maahanmuuttajaryhmien kokeman syrjinnän vaihtelevan niin ryhmien, sukupuolen kuin esimerkiksi koulutustasonkin välillä. Kaikissa väestöryhmissä syrjinnästä johtuva huonona koettu terveys sekä rajoittava krooninen sairastavuus lisääntyi iän myötä ja oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Joissakin ryhmissä pidempi maassa vietetty aika vähensi syrjinnän kokemuksia. Venäläis- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat kokivat kaikenlaisen syrjinnän, niin lievän kuin rajunkin, vaikuttavan henkiseen hyvinvointiin sitä heikentävästi. Somalialaistaustaisilta ei ole saatu riittävästi tietoa, jotta siitä voitaisiin tehdä luotettavia päätelmiä. (Rask ym. 2018.)

Yhdysvalloissa on tutkittu syitä, miksi tummaihoisilla on valkoisia useammin kohonnutta verenpainetta (Brondolo ym. 2011), ja erityisen huolissaan ollaan mustien miesten suuresta sydänsairastavuudesta valkoisiin nähden (Chae, Lincoln, Adler & Syme 2010). Muun muassa rasismien yhteyttä kohonneeseen verenpaineeseen on selvitelty: yhteyden on todettu olevan melko heikko, mutta erityisesti yksilöön kohdistuva sekä institutionaalinen rasismi altistavat pitkällä aikavälillä painon nousulle ja sitä kautta kohonneelle verenpaineelle. Institutionaalista rasismia tapahtuu, kun tiettyyn etniseen ryhmään kohdistuu epäoikeudenmukaisia poliittisia toimenpiteitä. Jos päätöksentekijöinä on vain kantaväestöön kuuluvia, tämänkaltaista rasismia voi muodostua ikään kuin vahingossa. Institutionaalista rasismia voidaan nähdä myös terveydenhuoltolaitoksissa; esimerkiksi diagnoosit voivat jäädä epätarkoiksi ja hoito sitä myöten heikompilaatuiseksi, jos tulkkia ei onnistuta saamaan paikalle ja kommunikaatio hoitavan lääkärin ja potilaan välillä näin ollen jää heikoksi. (Brondolo ym. 2011; Bhopal 2014, 180.)

Rasismi aiheuttaa pitkäkestoista stressiä ja saattaa johtaa ylipainon lisäksi vähäisen liikunnan harrastamiseen sekä ylenmääräiseen alkoholin käyttöön, joiden kaikkien tiedetään olevan kohonneen verenpaineen riskitekijöitä (Brondolo ym. 2011). Toisaalta toiset tutkimukset väittävät (esim. Krieger & Sidney 1996), että verenpaine oli korkeampi nimenomaan niillä, jotka eivät raportoineet kokeneensa rasismia tai syrjintää. Tähän on pidetty osittain syynä myös sitä, että todelliset syrjinnän kokemukset kielletään omasta mielestä ja nimenomaan tämä kieltämisreaktio aiheuttaisi stressiä ja sitä kautta kohonnutta verenpainetta (Roberts, Vines, Kaufman & James 2007). Kun tutkittiin mustien amerikkalaisten miesten sydän- ja verisuonitautisairastavuutta, saatiin aikaan samankaltaisia tuloksia kuin Krieger ja Sidney: sairastavuus oli suurempaa niillä miehillä, jotka kielsivät kokeneensa rasismia (Chae ym. 2010). Näistä voisi päätellä, että myönnettiin rasismia ja syrjintää olevan tai ei, se aiheuttaa suurimmalle osalle jonkinasteista stressiä, joka taas pitkällä aikavälillä vaikuttaa elämäntapoihin johtaen ihmisen heikkoon fyysiseen hyvinvointiin.

4.3 Terveyspalveluiden käyttö ja saatavuus

Maamu-tutkimuksen osallistujilta kysyttiin, ovatko he käyneet jossain terveystarkastuksessa viimeisen viiden vuoden aikana. Venäläistaustaisista noin 80 % oli käynyt terveystarkastuksessa, yhtä suuri osa kuin kantaväestöön kuuluvistakin. Kurditaustaisista terveystarkastuksessa oli käynyt 70 % ja somalialaistaustaisista noin 60 %. Somalialais- ja kurditaustaisten naisten epäiltiin jääneen terveystarkastusten ulkopuolelle siksi, että tarkastukset liittyvät usein työhön tai ajokortin hankintaan. Naisten jäädessä kotiin hoitamaan lapsia, myös terveystarkastukset jäävät heidän osaltaan. (Koponen,

Kuusio, Mölsä & Keskimäki 2012, 247–248.) Somalialaistaustaiset raportoivat lisäksi käyvänsä muita maahanmuuttajia harvemmin lääkärin vastaanotolla; heistä 53 % oli viimeisen vuoden aikana käynyt lääkärissä, kun luvut venäläistaustaisten kohdalla oli 68 % ja kurditaustaisten 67,5 %. Lisäksi somalialaistaustaiset käyttivät useammin terveyskeskuksen palveluita, kun esimerkiksi venäläistaustaiset kävivät myös yksityislääkärin tai työterveyslääkärin luona. (Koponen, Kuusio, Keskimäki & Mölsä 2012, 253–256.) Vähemmistöryhmät tarvitsevatkin informaatiota tarjolla olevista terveystalouksista ja ohjausta terveyden edistämiseen (Bhopal 2014, 189).

Suomessa asuvien työssäkäyvien venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisten maahanmuuttajien työterveyshuollon palveluiden käyttö on jäänyt suomalaista kantaväestöä vähäisemmäksi. Kurdi- ja venäläistaustaisista työssäkäyvistä maahanmuuttajista suunnilleen joka viides koki, että heille ei ollut selvitetty työterveyshuollon käyttömahdollisuuksia. Maahanmuuttajista suurin osa työskentelee määräaikaissa tai osa-aikaissa työsuhteissa ja työnantajille on joskus epäselvää, että myös näille työntekijöille on taattava työterveyshuolto. Esimerkiksi somalialaistaustaisista työssäkäyvistä maahanmuuttajista vain 40 prosenttia ilmoitti työnantajansa tarjoavan työterveyshuollon palveluita. Somalialaistaustaiset olivat myös tyytymättömämpiä työterveyshuollon palveluihin. (Toivanen, Väänänen & Airila 2013, 126–127.) Toisaalta uskotaan, että tyytymättömyyttä julkisiin palveluihin raportoivat yleensä ne, jotka perustavat mielipiteensä vain omiin mielikuviinsa. Ne, jotka palveluita käyttävät, ovat yleensä tyytyväisempiä saamaansa palveluun. (Kuntaliitto 2017.)

Terveydenhuollossa ilmenevää rasismia on pidetty yhtenä selityksenä terveyden epätasa-arvoon. Aiheeseen liittyvät empiiriset tutkimukset, tulosten tulkinta sekä niiden mukaan lopulta toimiminen on kuitenkin koettu haastavaksi. Joskus tutkimukset lisäksi toteavat genetiikan olevan syynä terveyseroihin, jolloin pienet vähemmistöryhmät nähdään biologisesti heikkoina. Tällöin biologia ja lääketiede edistävätkin rasismia. Terveydenhuollon palveluissa on tunnistettu viisi erilaista tapaa, jotka voidaan nähdä rasismina: 1. Kaikilla ei ole yhteneväistä oikeutta terveydenhuoltoon ja vaikka olisikin, henkilökunta ei välttämättä tunnista näitä oikeuksia tai noudata ohjeistuksia. 2. Yksittäinen työntekijä voi kohdella potilastaan huonosti rasistisin perustein. 3. Palvelut on suunniteltu vastaamaan enemmistöjen tarpeisiin, jolloin vähemmistöt jäävät ilman tarvitsemaansa hoitoa. 4. Resurssit vähemmistöryhmien edustajien erityistarpeiden hoitamiseen ei riitä. 5. Työllistämiskäytännöt terveydenhuollon alalla ovat syrjiviä. (Bhopal 2014, 172; 179.) Tämän kaltaiseen osin vahingossakin tapahtuvaan rasismiin olisi siis syytä kiinnittää huomiota maahanmuuttajien asuinkunnissa.

Terveydenhuollossa ilmenevää rasismia on ilmennyt myös Suomessa. Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointitutkimuksen (UTH) tulokset nähdään, että maahanmuuttajat kokevat syrjintää niin terveydenhuollon palveluiden piirissä kuin esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen toimipisteissäkin (Castaneda, ym. 2014). Raportissa väestöryhmiä on eritelty alueittain, esimerkiksi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet henkilöt on määritelty yhdeksi ryhmäksi. Kurdit elävät normaalisti Lähi-idän alueella eli Turkissa, Iranissa ja Irakissa (Dahlman 2013), ja Somaliakin lasketaan yleensä samaan laajennetun Lähi-idän alueeseen (MENA, Middle East and North Africa) (International Monetary Fund 2019), joten heidänkin osaltaan tarkasteltiin tätä aluetta. 17,6 prosenttia edellä mainituista ihmisistä ja venäläistaustaisistakin 10 prosenttia oli kokenut epäoikeudenmukaista kohtelua terveyspalveluiden yksiköissä asioidessaan. Myös Kelassa tai muissa sosiaalipalveluissa asioineista ulkomaalaistaustaisista 14,3 % (Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka) ja 6,9 % (Venäjä ja Neuvostoliitto) oli joutunut epäoikeudenmukaisesti kohdelluksi. Tästä huolimatta julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa luotti venäläistaustaisista 63 % ja Lähi-idän alueelta kotoisin olevista 61 %, ja kun otetaan huomioon Suomen koko väestö, luotto julkiseen terveydenhuoltoon oli vain 52,5 prosentilla. Julkiseen sosiaalihuoltoonkin Suomen koko väestössä luotti vain noin 37 % esimerkiksi venäläistaustaisten 75 prosentin sijaan. (Castaneda ym. 2014.) Samankaltaisia syrjinnän kokemuksia kokivat englantia osaamattomat venäläistaustaiset Yhdysvalloissa asuvat maahanmuuttajat, kun he raportoivat saaneensa vähemmän terveyttä edistäviä palveluita ja varsinaista terveydenhoitoa kuin heidän englantia puhuvat maanmiehensä (Mehler, ym. 2001).

Maamu-tutkimuksen mukaan erityisesti somalialaistaustaiset maahanmuuttajat jäävät terveystarkastusten ulkopuolelle ja heidän lääkäripalveluiden käyttönsä on tutkituista ryhmistä vähäisintä. Työterveyshuoltoon pääseminen ei sekään ole kaikille työssäkäyville itsestään selvää, mutta ainakin venäläistaustaiset hyödyntävät sitä terveyskeskusten lisäksi. Vaikka sosiaali- ja terveysalan palveluita käytettäisiinkin, maahanmuuttajat saattavat kohdata siellä syrjintää. Kaikesta huolimatta maahanmuuttajat olivat suomalaisia tyytyväisempiä terveys- ja sosiaalialan palveluihin.

5 POHDINTA

Tämän kandidaatin tutkielman tarkoituksena oli tarkastella kolmen Suomessa asuvan suuren maahanmuuttajaryhmän edustajien sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden määrää suhteessa suomalaiseen kantaväestöön. Näitä tuloksia lisäksi peilattiin muissa länsimaissa tehtyjen tutkimusten johtopäätöksiin. Mielenkiinnon kohteena oli, onko Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla eri määrä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä kuin muissa länsimaissa asuvilla maahanmuuttajilla. Tarkoituksena oli myös perehtyä siihen, kuinka paljon tietyt yksilön ulkopuolelta tulevat tekijät vaikuttavat terveyteen erityisesti, kun on kyseessä maahanmuuttaja.

Tutkielmaan valittiin kolme suurta Suomessa asuvaa maahanmuuttajaryhmää: venäläis-, somalialais- sekä kurditaustaiset. Vuonna 2008 näistä venäläistaustaiset muodostivat Suomessa suurimman maahanmuuttajaryhmän, somalialaistaustaiset suurimman pakolaistaustaisen ja islaminuskoisen ryhmän, ja kurditaustaiset olivat yksi suurimpia vieraskielisiä ryhmiä. Samana vuonna 2008 käynnisteltiin Maamu-tutkimusta ja edellä mainituin perustein nämä ryhmät valittiin mukaan tutkimukseen. (Koskinen ym. 2012, 15.) Koska Suomessa näin laajaa maahanmuuttajien terveyteen kohdistuvaa tutkimusta ei ole viime vuosina tehty, päädyin itsekkin valitsemaan nämä kolme ryhmää osaksi tarkastelua omassa opinnäytteessäni. Aineiston saaminen tutkielmaan helpottui näin ollen huomattavasti.

Maamu-tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että jo kolme erilaista maahanmuuttajaryhmää on monin tavoin hyvin heterogeenisiä; eroja riskitekijöiden suhteen oli niin ryhmien kuin sukupuoltenkin välillä. Kaikista väestöryhmistä löytyi sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, näistä venäläistaustaisilla sydän- ja verisuonitautien riskiprofiili oli lähinnä suomalaista vastaavaa. Maahanmuuttajanaistista kurdi- ja somalialaistaustaisilla korostui ylipaino, kun taas koholla olevaa verenpainetta havaittiin venäläistaustaisilla miehillä (Laatikainen, ym. 2012, 91–93; Jula, ym. 2012, 74–76). Venäläistaustaisia miehiä ja naisia lukuun ottamatta maahanmuuttajilla oli suomalaista kantaväestöä alhaisempi kokonaiskolesteroli, vaikkakin HDL-kolesteroli oli heillä myös matalampi (Laatikainen, ym. 2012, 100–102). Somalialaistaustaiset miehet raportoivat sairastavansa diabetesta huomattavasti useammin kuin suomalaiset (Laatikainen, ym. 2012, 74–76). Venäläis- ja kurditaustaisista miehistä kolmasosa tupakoi päivittäin (Prättälä, ym. 2012, 167–168). Maamu-tutkimuksessa saadut tulokset seurailivat samaa linjaa muissa länsimaissa tehtyjen tutkimusten kanssa. Kun samankaltaiset tutkimustulokset toistuvat eri maissa, voidaanko ajatella, että pelkällä asuinmaalla ei voi olla kovin suurta vaikutusta sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin?

Kulttuurilla havaittiin olevan ainakin pieni vaikutus sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden olemassaoloon. Somalialaistaustaisista maahanmuuttajanaisista suuri osa oli lihavia, mutta Somaliassa lihavuutta pidetäänkin onnellisuuden ja vaurauden merkinä. Toisaalta, maahanmuuttajan mahdollisesti heikko taloudellinen tilanne ja kielitaidon puute saattavat ohjata epäterveellisiin valintoihin ruokakaupassa johtaen ajan kuluessa lihavuuteen. (Njeru ym. 2015; Gele & Mbalilaki 2013.) Uskonnolla oli somalialais- sekä kurditaustaisille suuri merkitys ja heistä moni tukeutuu uskoon sairauden hetkellä (esim. Wallin & Ahlström 2010). Myös maahanmuuttajien kohtaamalla rasismilla on tutkimusten perusteella yhteys sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Vaikka rasismi ja syrjintä yleensä heikentävät psyykkistä hyvinvointia, voi niillä olla yhteys myös esimerkiksi verenpaineeseen sekä painon nousuun. (esim. Paradies ym. 2015.) Suomessa asuvat maahanmuuttajat kohtaavat rasismia sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, mutta siitä huolimatta heillä on korkea luotto suomalaisiin sosiaali- ja terveysalan palveluihin, toisin kuin suomalaisilla itsellään (Castaneda ym. 2014).

Maahanmuuttajien kohtaaman rasismin ja syrjinnän määrä Suomessa on huolestuttava. Sen lisäksi, että rasismin kohtaaminen altistaa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöille, maahanmuuttaja ei ehkä uskalla hakea tai koe saavansa oikeanlaista apua terveydellisiä ongelmia kohdatessaan. Jos hoitajan tai lääkärin vastaanotolla on kohdattu rasismia tai syrjintää, ei maahanmuuttaja välttämättä seuraavan kerran oireiden vaivatessa haluakaan hakea apua terveydenhuollosta. Muun muassa Wallin & Ahlström (2010) totesivat, että vaikka sairauden oireita on, lääkärin vastaanotolle saatettiin hakeutua vasta vuosien päästä. Jos riskitekijöihin ei pureuduta tarpeeksi ajoissa, voi seurauksena olla kalliisti hoidettava krooninen sairaus, joka heikentää yksilön hyvinvointia ja toimintakykyä.

Suomessa ei ole vielä tehty kovinkaan paljoa tutkimuksia maahanmuuttajien terveydestä, ja siksi tiedonhakuja tähän tutkielmaan täytyi laajentaa Suomen rajojen ulkopuolelle. Tietyissä Euroopan maissa ja Yhdysvalloissa maahanmuuttajien terveyttä on jo jonkin verran tutkittu, joten tieteellisiä artikkeleita löytyi melko hyvin tämän tutkielman lähteiksi. Tiedonhakuja suoritettaessa tuli kurdi- ja venäläistaustaisia maahanmuuttajia koskevia tutkimuksia vastaan eniten, somalialaistaustaisia koskevia hiukan vähemmän. Tämän ovat huomanneet esimerkiksi Kumar ja Einstein (2012), jotka totesivat kartoittaessaan somalialaistaustaisten naisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, että somalinalaisista ei ole tehty aiheeseen liittyvää tutkimusta juuri lainkaan. Suurin osa tutkimuksista liittyivät diasporassa elävien henkiseen stressiin, joka sekin toki saattaa olla riskitekijä, sekä naisten lisääntymisterveyteen. Koska aihetta ei ole jostain syystä nähty tarpeelliseksi tutkia eikä tutkittua

tietoa näin ollen ole, ymmärretäänkö terveydenhuollon yksiköissä puuttua ehkä haavoittuvammassa asemassa olevien terveyteen ja hyvinvointiin riittävän ajoissa?

Tutkielman luotettavuutta pohtiessani huomasin ongelmaksi muodostuvan osin tarkasteltavan väestön rajaamisen. Kansainvälisiä tutkimuksia lukiessani huomasin, että kaikissa tutkimuksissa ei ole tehty saman kaltaista jaottelua väestöryhmien suhteen kuin Suomessa, vaan tutkimuksen kohteena oli vaikkapa turkkilaiset, iranilaiset sekä irakilaiset, eivätkä kurdit (esim. Daryani ym. 2005; Kumar ym. 2009). Koska kurdit yleensä elävät juuri näiden maiden rajojen sisällä (Dahlman 2013), päätin hyväksyä näistä maista tulevat henkilöt osaksi opinnäytettäni tiedostaen kuitenkin sen, että kaikkia näitä tutkittuja henkilöitä ei voida kutsua kurdeiksi. Saman kaltaiseen ongelmaan törmäsin etsiessäni tietoa somalialaistaustaisista maahanmuuttajista, koska joissakin tutkimuksissa tutkittavana väestönä oli vain afrikkalaiset tai ”mustat” (esim. Agyemang ym. 2003). Esimerkiksi amerikkalaisissa tutkimuksissa taas venäläistaustaista puhuttaessa mukana olivat kaikki entisen Neuvostoliiton alueelta tulleet maahanmuuttajat (esim. Mehler ym. 2001). Näin ollen olen tehnyt tietoisin valinnan ottaessani mukaan tutkielmaani tutkimuksia, joissa jaottelua ei ollut tehty samalla tavalla kuin suomalaisessa Maamu-tutkimuksessa.

Tutkielmaa työstäessäni Suomessa ilmestyi uusi, maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia kartoittava, FinMonik-tutkimus, johon oli otettu mukaan aikaisempaa paljon laajempi joukko maahanmuuttajia. Olikin vaikea löytää itselleni tarpeellista tietoa, jotka koskisivat ainoastaan venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisia maahanmuuttajia. Vaikka aikaisemmin totesin Kansainvälisen valuuttarahaston määritelleen Somalian kuuluneeksi osaksi laajennettua Lähi-itää ja Pohjois-Afrikkaa, tässä tutkimuksessa somalialaistaustaiset olikin sijoitettu Muu Afrikka-ryhmään. Afrikan ollessa suuri maanos, oli vaikea tietää miltä osin tutkimuksen tulokset koskivat nimenomaan somalialaistaustaisia. Tästä syystä jätin uudemman tutkimuksen käsittelyn melko pintapuoliseksi. Ne havainnot, joita kuitenkin tein, seurailivat Maamu-tutkimuksen tuloksia. Aivan merkittävää muutosta ei tiettyjen elintapojen tai sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden osalta ole tapahtunut viimeisen vuosikymmenen aikana.

Toinen luotettavuuteen vaikuttava tekijä tulee vastaan, kun haastatellaan ihmistä, joka tulee erilaisesta kulttuurista kuin itse on. Tällöin tutkittavan aiheen ymmärtämisessä saattaa tulla väärinkäsityksiä. Tämä voi liittyä niin yhteisen kielen puutteeseen kuin siihenkin, että tietyistä asioista ei ole sopivaa puhua. Joitain ongelmia saatetaan vähätellä, ja vastaukset saattavat tästä syystä olla osin harhaanjohtavia. Sairauksia raportoitaessa ei aina tiedetä, kuinka paljon kulttuuri vaikuttaa sairauden

kokemiseen ja minkäläisen sairauden koetaan vaikuttavan tutkittavan työ- tai toimintakykyyn. Maamu-tutkimuksessa todettiin, että somalialaistaustaiset raportoivat sairastavansa pitkäaikaissairauksia vähemmän kuin muut ryhmät tai koko saman ikäinen väestö. (Koskinen, Castaneda, Solovieva & Laatikainen 2012, 69–71.) Onko asia todella niin vai kokevatko he ehkä, että tietyt sairaudet eivät vaikuta toimintakykyyn? Onko yleensäkin soveliaista myöntää sairastavansa mitään vai ovatko sairaudet vain jääneet diagnosoimatta?

Erilaisten mittareiden käyttö voi synnyttää eroja tutkimustuloksissa, kun on kyse esimerkiksi verenpaineen mittauksesta. Tällöin mitatut arvot saattavat vaihdella vaikkapa tilanteen jännittävyuden vuoksi. Tutkimuksissa on myös käytetty eri mittajia sekä mittareita, jolloin tulokset voivat vaihdella näistä johtuen. Osaan tutkimuksista sisältyi terveystarkastuksia, joissa tutkimuskäyttöön saatiin erilaisia arvoja mittaamalla sekä verikokeita ottamalla, toiset tutkimukset taas perustuivat kyselykaavakkeisiin, joiden avulla tutkittavat raportoivat sairauksiaan. Jotkin käyttämäni tutkimukset ulottuivat 1980-luvulle saakka, jolloin mittauslaitteisto on mahdollisesti ollut erilaista verrattuna nykyiseen. Myös tapa määritellä asioita on voinut muuttua vuosien saatossa. Uskon kuitenkin, että vaikka tutkittavilta mitataan tarkkaan erilaisia arvoja ja tulokset voivat mittaustavasta riippuen poiketa toisistaan, pitkän ajan kuluessa saadaan kuitenkin tietynlainen käsitys siitä, mihin suuntaan esimerkiksi lihavuuden suhteen ollaan menossa.

Edellä mainituista heikkouksista huolimatta tässä kandidaatin tutkielmassa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämää tapaa. Tutkielma on kirjoitettu yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta noudattaen, ja prosessin aikana tehdyt havainnot on tuotu tekstissä ilmi rehellisesti ja avoimesti. Tutkijoiden töihin on viitattu asianmukaisesti ja heidän saavutuksiaan kunnioittaen.

Maahanmuuttajien määrä Suomessa ei tulevaisuudessa tule ainakaan vähenemään, ja siksi olisi tärkeää kiinnittää huomiota heidän hyvinvointiinsa juuri nyt. Maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia koskevaa tutkimusta tulisi jatkaa säännöllisesti joko tekemällä aiheesta oman tutkimuksensa tai ottamalla maahanmuuttajia mukaan suomalaisten terveyttä koskeviin tutkimuksiin. Tässä tutkielmassa kävi ilmi, että maahanmuuttajilla on samankaltaisia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä Suomen lisäksi muissakin länsimaissa, joten meillä tehtyjen tutkimusten tuloksia voitaisiin hyödyntää sairauksien ehkäisyssä muualla maailmalla ja toisin päin.

Nyt on jo nähtävissä, että maahanmuuttajien terveys heikkenee uudessa maassa asuttujen vuosien myötä ja terveen siirtolaisen vaikutus häviää mahdollisesti nopeastikin (esim. Mehler 2001).

Heikkenevän terveyden myötä kuilu maahanmuuttajien ja suomalaisen kantaväestön välillä kasvaa. Olisikin mielenkiintoista selvittää, mitkä vuodet ovat kriittisimmät maahanmuuttajan tulevaisuuden hyvinvointia ajatellen. Näin osattaisiin kohdistaa oikeanlaisia toimenpiteitä oikeaan aikaan. Tutkimustietoa täytyy lisäksi jakaa ei ainoastaan poliittisille päätöksentekijöille ja terveydenhuoltohenkilöstölle, vaan myös itse maahanmuuttajille. Olisi tärkeää ohjata ja motivoida maahanmuuttajia korjaamaan elintapojaan, sillä sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisy on toteutettavissa ruohonjuuritasolla, ihmisen omassa arjessa.

LÄHTEET

- Adebayo, A., Itkonen, S., Koponen, P., Prättälä, R., Härkänen, T., Lamberg-Allardt, C. & Erkkola, M. 2017. Consumption of healthy foods and associated socio-demographic factors among Russian, Somali and Kurdish immigrants in Finland. *Scandinavian journal of Public Health*. 45(3).
- Agyemang, C., Bhopal, R. 2003. Is the blood pressure of people from African origin adults in the UK higher or lower than that in European origin white people? A review of cross-sectional data. *Journal of Human Hypertension*, 17(8), 523–534.
- Ahmed, S., Meyers, H., Kjøllesdal, M. & Madar, A. 2018. Prevalence and Predictors of Overweight and Obesity among Somalis in Norway and Somaliland: A Comparative Study. *Journal of Obesity*.
- Bennet, L., Agardh, C.-D. & Lindblad, U. 2013. Cardiovascular disease in relation to diabetes status in immigrants from the Middle East compared to native Swedes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13.
- Berkowitz, S., Fabreau, G., Raghavan, S., Kentoffio, K., Chang, Y., He, W., Atlas, S. & Percac-Lima, S. 2016. Risk of developing diabetes among refugees and immigrants: a longitudinal analysis. *Journal of Community Health*. 41, 1274–1281.
- Bhopal, R. 2014. Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies. 2. painos. *Oxford University Press*, United Kingdom.
- Brondolo, E., Love, E., Pencille, M., Schoenthaler, A. & Ogedegbe, G. 2011. Racism and Hypertension: A Review of the Empirical Evidence and Implications for Clinical Practice, *American Journal of Hypertension*, 24(5), 518–529.
- Castaneda, A., Lehtisalo, R., Schubert, C., Halla, T., Pakaslahti, A., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Mielenterveyspalvelut. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere
- Castaneda, A., Jokela, S., Koponen, P., Pentala, O., Koskela, T. & Koskinen, S. 2014. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen perustulokset, THL. Viitattu 25.3.2020 <http://www.terveytemme.fi/uth/index.html>
- Chae, D., Lincoln, K., Adler, N. & Syme, L. 2010. Do experiences of racial discrimination predict cardiovascular disease among African-American men? The moderating role of internalized negative racial group attitudes. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1182–1188.
- Dahlman, C. 2013. The Political geography of Kurdistan. *Eurasian Geography and Economics*, 43(4), 271–299.
- Daryani, A., Berglund, L., Andersson, Å. & Kocturk, T. 2005. Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. Artikkelin tiivistelmä. *Ethnicity & Disease*. 15(2), 213–220.

- Decker, J. 2005. Eating habits of members of the Somali community: discussion summary.
- Dijkshoorn, H., Uitenbroek, DG. & Middelkoop, BJ. 2003. Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population. Artikkelin tiivistelmä. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneskunde*. 147(28), 1362–1366.
- Dijkshoorn, H., Nierkens, V. & Nicolaou, M. 2008. Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Public Health*, 122(6), 625–630.
- Gee, G. & Walsemann, K. 2009. Does health predict the reporting of racial discrimination or do reports of discrimination predict health? Findings from the National Longitudinal Study of Youth. *Social Science & Medicine*, 68(9), 1676–1684.
- Gele, A. & Mbalilaki A. 2013. Overweight and obesity among African immigrants in Oslo. *BMC Research Notes*. 6(119).
- Gele, A., Petterssen, K., Kumar, B. & Torheim, L. 2016. Diabetes risk by length of residence among Somali women in Oslo area. *Journal of Diabetes Research*.
- Glenday, K., Kumar, B., Tverdal, A. & Meyer, H. 2006. Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: The Oslo immigrant health study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(3), 348–355.
- Haas, G.-M., Parhofer, K.G. & Schwandt, P. 2010. Prevalence of Cardiovascular Disease Risk Factors in Migrants Participating in the PEP Family Heart Study, Nuremberg. *International Journal of Preventive Medicine*. 1(1), 19–28.
- Heliövaara, M. 2012. Tuki- ja liikuntaelinvaivat ja somaattinen oireilu. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.
- Hosper, K., Nierkens, V., Nicolaou, M. & Stronks, K. 2007. Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population? *European Journal of Epidemiology*, 22(3), 163–172.
- International Monetary Fund. Growth and stability in the Middle East and North Africa. Viitattu 22.11.2019 <https://www.imf.org/external/pubs/ft/mena/04econ.htm>
- International Organization for Migration. Who is a migrant? Viitattu 10.3.2020 <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>
- Jula, A., Laatikainen, T., Vartiainen, E. & Koponen, P. 2012. Verenpaine. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.

- Koponen, P., Kuusio, H., Keskimäki, I. & Mölsä, M. 2012. Avosairaanhoidon palvelujen käyttö. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.
- Koponen, P., Kuusio, H., Mölsä, M. & Keskimäki, I. 2012. Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Tampere.
- Koskinen, S., Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P. & Mölsä, M. 2012. Johdanto. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.
- Koskinen, S., Castaneda, A., Solovieva, N. & Laatikainen, T. 2012. Pitkäaikaissairastavuus. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.
- Krieger N. & Sidney, S. 1996. Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA Study of young black and white adults. *American Journal of Public Health*, 86(10), 1370–1378.
- Kumar, B., Meyer, H., Wandel, M., Dalen, I. & Holmboe-Ottesen, G. 2006. Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *International Journal of Obesity*.30(4), 684-690.
- Kumar, B., Selmer, R., Lindman, A., Tverdal, A., Falster, K., & Meyer, H. 2009. Ethnic differences in SCORE cardiovascular risk in Oslo, Norway. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 16(2), 229–234.
- Kumar, R. & Einstein, G. 2012. Cardiovascular disease in Somali women in the diaspora. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 6(3), 229–237.
- Kuntaliitto. 2017. Kuntalaiset ovat aiempaa tyytyväisempiä kunnallisiin palveluihin. Viitattu 11.3.2020 <https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2017/kuntalaiset-ovat-aiempaa-tyytyvaisempia-kunnallisiin-palveluihin>
- Laatikainen, T., Solovieva, N., Lundqvist, A. & Vartiainen, E. 2012. Kansantautien riskitekijät. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.
- Laatikainen, T., Solovieva, N., Vartiainen, E. & Jula, A. 2012. Lipidit. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.

- Laatikainen, T., Vartiainen, E. & Jula, A. 2012. Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.
- Laatikainen, T., Skogberg, N., Koponen, P. & Koskinen, S. 2019. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet. Julkaisussa: Kuusio, H., Seppänen, A., Jokela, S., Somersalo, L. & Lilja, E. (toim.), Ulkomaalaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa: FinMonik-tutkimus 2018 – 2019. Punamusta Oy, Helsinki.
- Laki kotoutumisen edistämisestä 30.12.2010/1386. Finlex. Viitattu 20.3.2020
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101386>
- Lundqvist, A., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaartinen, N., Mäki, P. & Borodulin, K. 2017. Lihavuus. Julkaisussa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys2017-tutkimus. Helsinki.
- Maahanmuuttovirasto. Tilastot - Kansainvälinen suojelu. Viitattu 16.9.2019
<https://tilastot.migri.fi/index.html#applications/23330?start=576&end=587>
- Mehler, P., Scott, J., Pines, I. & Gifford, N. 2001. Russian immigrant cardiovascular risk assessment. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12(2), 224–235.
- Mustajoki, P. 2019. Kolesteroli. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.3.2020
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035
- Njeru, J., Tan, E., St Sauver, J., Jacobson, D. & Agunwamba, A. 2016. High rates of diabetes mellitus, pre-diabetes and obesity among Somali immigrants and refugees in Minnesota: A retrospective chart review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1343–1349.
- Pakolaisneuvonta. EU:n turvapaikkasäädökset. Viitattu 10.3.2020
<https://www.pakolaisneuvonta.fi/asiantuntijajarjesto/tietoa-pakolais-ja-ulkomaalaisoikeudesta/eun-turvapaikkasaadokset/>
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M. & Gee, G. 2015. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 10(9).
- Prättälä, R. 2012. Ruokatottumukset. Julkaisussa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.
- Rask, S., Elo, I., Koskinen, S., Lilja, E., Koponen, P. & Castaneda, A. 2018. The association between discrimination and health: findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland, *European Journal of Public Health*, 28(5), 898–903.
- Razum, O., Zeeb, H., Akgün & Yilmaz, S. 2002. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Tropical Medicine & International Health*, 3(4), 297–303.

- Roberts, C., Vines, A., Kaufman, J. & James, S. 2008. Cross-Sectional Association between Perceived Discrimination and Hypertension in African-American Men and Women: The Pitt County Study. *American Journal of Epidemiology*, 167(5), 624–632.
- Skogberg, N. 2019. Cardiovascular risk factors among Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.
- Skogberg, N., Lundqvist, A., Koponen, P. & Laatikainen, T. 2019. Ylipaino ja lihavuus. Julkaisussa: Kuusio, H., Seppänen, A., Jokela, S., Somersalo, L. & Lilja, E. (toim.), Ulkomaalaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa: FinMonik-tutkimus 2018–2019. Punamusta Oy, Helsinki.
- Suomen Pakolaisapu. Sanasto. Viitattu 10.3.2020 <https://pakolaisapu.fi/sanasto/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kansantaudit: Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 22.11.2019 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>
- Tilastokeskus. Ulkomaalaisten määrä ylitti 400 000 rajan. Viitattu 14.10.2020 http://www.stat.fi/til/vaerak/2018/02/vaerak_2018_02_2019-06-19_tie_001_fi.html
- Toivanen, M., Väänänen, A. & Airila A. (toim.) 2013. Venäläis-, kurdi- somalialaistaustaisten työ ja terveys Suomessa – samankaltaisuudet ja erot kantaväestöön. Hansaprint Oy, Vantaa.
- Ujcic-Voortman, J., Bos, G., Baan, C., Uitenbroek D., Verhoeff, A. & Seidell, J. 2010. Ethnic differences in total and HDL cholesterol among Turkish, Moroccan and Dutch ethnic groups living in Amsterdam, the Netherlands. *BMC Public Health*. 10.
- Ujcic-Voortman, J., Baan, C., Seidell, J. & Verhoeff, A. 2012. Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. *Obesity Reviews*. 3(1), 2–16.
- UNHCR = The UN Refugee Agency. The 1951 Refugee Convention. Viitattu 10.3.2020 <https://www.unhcr.org/1951-refugee-convention.html>
- Väestöliitto. Maahanmuuttajat. Viitattu 10.3.2020 https://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/
- Wallin, A.-M. & Ahlström, G. 2010. From diagnosis to health: a cross-cultural interview study with immigrants from Somalia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24(2), 357–365.
- World Health Organization. 2017. Cardiovascular diseases. Viitattu 22.11.2019 [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. 2018. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Viitattu 23.3.2020 https://www.who.int/nmh/countries/2018/som_en.pdf