

TIINA LAATIKAINEN

professori
Itä-Suomen yliopisto,
kansanterveystieteen ja kliinisen
ravitsemustieteen yksikkö
THL, Terveysosasto
tiina.laatikainen@thl.fi

KATJA WIKSTRÖM

tutkija
THL, Terveysosasto

NATALIA SKOGBERG

tutkija
THL, Hyvinvointiosasto

SHADIA RASK

tutkija
THL, Hyvinvointiosasto

ANU CASTANEDA

tutkimuspäällikkö
THL, Hyvinvointiosasto

SEPPO KOSKINEN

tutkimusprofessori
THL, Terveysosasto

PÄIVIKKI KOPONEN

tutkimuspäällikkö
THL, Terveysosasto

Maahanmuuttajien kansanterveysongelmat

- Suomessa maahanmuuttajien terveydestä, ja erityisesti perinteisten kansansairauksiemme esiintymisestä, on hyvin vähän tietoa.
- Maamu-tutkimus on tuottanut tietoa venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisten maahanmuuttajien terveydestä.
- Tarttumattomien tautien ja niiden riskitekijöiden yleisyys vaihtelee merkittävästi etnisen taustan mukaan.
- Diabetes on hyvin yleinen somalialaistaustaisilla naisilla, verenpainetauti venäläistaustaisilla miehillä ja masennus- ja ahdistuneisuusoireilu kurditaustaisilla naisilla sekä miehillä.
- Lihavimpia ovat somalialaistaustaiset naiset, eniten tupakoivat venäläis- ja kurditaustaiset miehet, kohonnut kolesterolitaso on yleisintä venäläistaustaisilla, jotka myös käyttävät alkoholia yleisimmin.
- Maahanmuuttajien terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä tarvitaan lisää tietoa terveyden edistämisen ja terveyspalvelujen paremman toteuttamisen tueksi.

Suomessa maahanmuuttajien terveydentilasta tiedetään toistaiseksi melko vähän. Maahanmuuttajille kohdennettuja terveystutkimuksia on vain muutamia, ja niissä on harvoin pystytty ottamaan huomioon eri maahanmuuttajaryhmiä. Tutkimusten vähyys johtuu osin siitä, että maahanmuuttajien osuus väestöstä on toistaiseksi ollut melko pieni. Maahanmuutto on kuitenkin kasvussa, ja viime aikoina maahan saa-

nessa selvitettiin Venäjältä, Virosta, Somaliasta ja Vietnamista tulneiden maahanmuuttajien terveydentilaa, koulutusta, työtä, asumista ja syrjäytäkokeuksia. Tutkimuksessa raportoituihin mm. koettua terveydentilaa, itse raportoitua sairastavuutta ja oireita sekä terveydenhuollon kontakteja. Vietnamista tulleet maahanmuuttajat kokivat terveytensä muita etnisiä ryhmiä useammin huonoksi. Pitkäaikaissairauksia raportoivat eniten Vietnamista ja Venäjältä tulleet. Erilaista oireilua ja lääkärikäyntejä raportoivat eniten somalialaistaustaiset naiset.

Väitöskirjatutkimuksessaan Ilkka Pirinen (2) selvitti turvapaikanhakijoiden terveydentilaa Tampereella vuosina 2003–2004. Lääkärintarkastuksissa todettiin eniten vatsan alueen löydöksiä, hammaslöydöksiä, iholöydöksiä sekä psykiatrisia häiriöitä, tavallisimmin masennusoireita. Suomessa yleisiä kansansairauksia havaittiin harvoin.

Lisääntymisterveys on aihealue, josta löytyy Suomessa tällä hetkellä eniten maahanmuuttajia koskevaa tutkimusta. Tutkimukset ovat koskeneet raskauden ehkäisyä (3,4), abortteja (5) sekä äitiyshuoltoa ja synnytyksiä (6). Somalialaistaustaisista naisista vain joka kolmas käytti ehkäisymenetelmiä (3). Syynä oli tavallisimmin uskonto ja tapakulttuuri. Myös somalialaistaustaisista miehistä kaksi kolmasosaa raportoi, ettei uskonnollisista syistä halua käyttää ehkäisyä (5).

Raskauden keskeytyksiä oli vuosina 1994–2002 maahanmuuttajanaisilla jonkin verran vähemmän kuin suomalaisnaisilla (6,4 vs. 8,7 tu-

Itse raportoitu sydänsairauksien yleisyys erosi melko paljon siitä, millaisia riskitekijätasoja maahanmuuttajilla havaittiin.

puneet pakolaiset lisäävät maahanmuuttajien määrää merkittävästi. Erityisesti toisen sukupolven maahanmuuttajataustaisen väestön osuus kasvaa, ja vielä toistaiseksi nuoressa maahanmuuttajataustaisen väestön ikärakenteessa tulee tapahtumaan muutoksia.

Maahanmuuttajataustaisella väestöllä voidaan lisäksi otaksua olevan terveyteen liittyviä erityistarpeita. Olisi siis entistä tärkeämpää pystyä paremmin seuraamaan myös maahanmuuttajien terveydentilaa ja sen kehittymistä. Maahanmuuton tulevaisuus 2020 -strategiassa todetaan, että Suomessa tarvitaan kaiken kaikkiaan lisää tietoa maahanmuuttajista ja kansainvälisestä muuttoliikkeestä, ja tätä tietoa tulisi nykyistä paremmin hyödyntää viranomaistyössä.

Tilastokeskus selvitti maahanmuuttajien elinoloja vuonna 2002 (1). Tässä kyselytutkimuk-

VERTAISARVIOITU



KIRJALLISUUTTA

- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003;1. Helsinki: Tilastokeskus.
- Pirinen I. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaa- ja sisämaahanmuuttajien terveydenhuoltoyksiköstä. Acta Electronica Universitatis Tamperensis:692.
- 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;11:190–6.
- Degni F, Mazengo C, Vaskilampi T, Essen 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.
- Malin M, Gissler M. Induced abortions among immigrant women in Finland. Finnish Journal of Ethnicity and Migration 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.
- Castaneda A, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S, toim. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL raportti 61/2012.
- 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;6:102–10.
- Rabanal KS, Lindman AS, Selmer RM, Aamodt G. Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. Eur J Prev Cardiol 2012;20:1013–21.
- Hedlund E, Lange A, Hammar N. Acute myocardial infarction incidence in immigrants to Sweden. Country of birth, time since immigration, and time trends over 20 years. Eur J Epidemiol 2007;22:493–503.
- 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;16:229–34.
- Daryani A, Berglund L, Andersson A, Kocturk T, Becker W, Vessby B. Risk factors for coronary heart disease among immigrant women in Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. Ethn Dis 2005;15:213–20.

hatta 15–49-vuotiaista naista kohden) (5). Joissakin maahanmuuttajaryhmissä raskauden keskeytyksiä oli kuitenkin selvästi enemmän, esimerkiksi Venäjältä, Kiinasta ja Baltiasta muuttaneilla 12,8–15,9/1 000. Sen sijaan Pohjoismaista muuttaneilla raskauden keskeytyksiä oli vain 2,0/1 000 ja Pohjois-Afrikasta ja Lähi-Idästä muuttaneilla 3,5/1 000. Synnytyksiin liittyvät ongelmat, perinataalikuolleisuus, lapsen pienipainoisuus ja ennenaikaiset synnytykset olivat vuosina 1999–2001 keskimääräistä yleisempiä Somaliasta, Pohjois-Afrikasta, Lähi-Idästä sekä hieman yleisempiä myös Itä-Euroopasta ja Etelä-Aasiasta muuttaneilla (6).

Suomessa yleisten kansansairauksien ja niiden riskitekijöiden esiintyvyyttä Suomen maahanmuuttajaväestössä on tutkittu laajimmin THL:n toteuttamassa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu-tutkimus) vuosina 2010–12. Tutkimukseen kutsuttiin venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisia 18–64-vuotiaita maahanmuuttajia Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Turussa, Tampereella ja Vaasassa. Tutkimuksen otos oli 3 000 henkilöä. Tutkimus sisälsi terveystarkastuksen, verinäytteet ja laajan haastattelun terveys- ja hyvinvointiasioista. Venäläistaustaisista 70 %, somalialaistaustaisista 51 % ja kurditaustaisista 63 % osallistui vähintään yhteen tutkimuksen osaan. Terveystarkastuksen ja haastattelun toteuttivat tehtäviin koulutetut tutkittavien äidinkieltä puhuvat hoitajat. Tässä katsauksessa tarkastellaan, mitä Maamu-tutkimuksen perusteella toistai-

seksi tiedetään maahanmuuttajien kansanterveysongelmista (7).

Sydän- ja verisuonitaudit ja niiden riskitekijät

Maamu-tutkimuksessa vain alle kaksi prosenttia venäläis- ja somalialaistaustaisista raportoi, että heillä on lääkärin toteama sepelvaltimotauti (taulukko 1). Kurditaustaisista miehistä 3,5 % ja naisista jopa 12 % ilmoitti, että lääkäri on todennut heillä sepelvaltimotaudin. Sydän- ja verisuonitautia raportoineiden osuudet Maamu-tutkimuksen maahanmuuttajaryhmillä eivät eronneet koko väestön tilanteesta kurditaustaisia lukuun ottamatta. Maahanmuuttajien sydän- ja verisuonisairastuvuuden on havaittu olevan vahvasti riippuvainen lähtömaasta ja maasta, johon on muutettu. Kun muutto tapahtuu suuren riskin maasta pienen riskin maahan, sydän- ja verisuonitautisairastuvuus yleensä vähenee ja päinvastoin (8). Toistaiseksi erityisesti venäläis- ja somalialaistaustaisten maahanmuuttajien terveydestä löytyy hyvin vähän aiempaa tutkimustietoa. Kurditaustaisia koskevaa tutkimusta löytyy jonkin verran enemmän esimerkiksi Norjaan ja Ruotsiin muuttaneista iranilaisista ja irakilaisista, joista valtaosa on kurdeja.

Norjalaisessa CONOR-tutkimuksessa Lähi-Idästä tulleilla maahanmuuttajamiehillä todettiin norjalaisväestöön verrattuna hieman suurempi sydän- ja verisuonitautiriski Framinghamin riskilaskurilla arvioituna (9). Naisten riski

TAULUKKO 1.

Sairastavuus maahanmuuttajaryhmän ja sukupuolen mukaan, % (7,16).

	Venäläistaustaiset		Somalialaistaustaiset		Kurditaustaiset		Koko väestö	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Sepelvaltimotauti ¹	1,4	0,9	0,2	1,4	3,5	11,7	1,2	0,6
Hypertensio ²	27,5	17,4	21,5	8,4	16,4	10,2	29,7	20,8
Diabetes ³	5,0	6,7	16,9	23,1	18,1	14,5	6,6	5,5
Selkäsairaus ¹	13,8	23,7	7,9	10,5	15,7	21,7	NA	NA
Astma ¹	3,7	3,1	3,4	7,5	4,5	4,9	8,9	10,8

¹Itse raportoitu (kysytty onko lääkärin diagnosoima)

²Verenpainelääkkeiden käyttö ja terveystarkastuksessa tehdyt mittaukset ($\geq 140/90$ mmHg)

³Itse raportoitu diabetes, paastosokeri ≥ 7 mmol/l tai HbA_{1c} ≥ 48 mmol/mol, ikäryhmä 30–64-vuotiaat

NA = vertailukelpoista tietoa ei ole käytettävissä

- 13 Barakat H, Barakat H, Baaj M. CVD and obesity in transitional Syria: a perspective from the Middle East. *Vasc Health Risk Manag* 2012;8:145–50.
- 14 Fischbacher CM, Bhopal R, Unwin N, White M, Alberti KGMM. The performance of the Rose angina questionnaire in South Asian and European origin populations: a comparative study in Newcastle, UK. *Int J Epidemiol* 2001;30:1009–16.
- 15 Gele A, Mbalilaki A. Overweight and obesity among African immigrants in Oslo. *BMC Research Notes* 2013;6:119.
- 16 Skogberg N, Laatikainen T, Koskinen S ym. Cardiovascular risk factors among Russian, Somali and Kurdish migrants in comparison with the general Finnish population: a population-based study. *Eur J Public Health* 2015. Hyväksytty julkaisutavaksi.
- 17 Tillin T, Forouhi NG, McKeigue PM, Chaturvedi N. Southall and Brent revisited: 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.
- 18 Rask S, Castaneda A, Koponen P ym. The association between mental health symptoms and mobility limitation among Russian, Somali and Kurdish migrants: a population based study. *BMC Public Health* 2015;15:275.
- 19 Norrback M, de Munter J, Tynelius P, Ahlström G, Rasmussen F. The impact on social capital of mobility disability and weight status: the Stockholm Public Health Cohort. *Disabil Health J* 2015;8:200–7.
- 20 Tobias A, Soriano JB, Chinn S, Anto JM, Sunyer J, Burney B for the European Community Respiratory Health Survey. Symptoms of asthma, bronchial responsiveness and atopy in immigrants and emigrants in Europe. *Eur J Respir J* 2001;18:459–65.
- 21 Kalyoncu AF, Stålenheim G. Serum IgE levels and allergic spectra in immigrants to Sweden. *Allergy* 1992;47:277–80.
- 22 Rask S, Suvisaari J, Koskinen S ym. The ethnic gap in mental health: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scand J Public Health, julkaistu verkossa* 8.12.2015.
- 23 Taloyan M, Sundquist J, Al-Windi A. The impact of ethnicity and self-reported health on psychological well-being: A comparative study on Kurdish-born and Swedish-born people. *Nord J Psychiatry* 2008;62:392–8.

ei ollut suurempi. Hedlund ym. havaitsivat, että Irakista Ruotsiin muuttaneilla naisilla oli valta- väestöön verrattuna kaksinkertainen sydän- infarktin riski, mutta Irakista muuttaneilla mie- hillä ja kaikilla Iranista muuttaneilla riski oli sa- maa tasoa kuin muulla väestöllä (10).

Hypertensio oli kaikissa maahanmuuttaja- ryhmässä yleisempää miehillä kuin naisilla. Ve- näläistaustaisista hypertensiivisten osuus oli selvästi suurempi kuin muissa maahanmuutta- jaryhmissä. Hypertension määrittely perustui terveystarkastuksessa tehtyihin mittauksiin ja tutkittavien ilmoittamaan verenpainelääkityk- seen. Hypertensiivisiksi katsottiin ne, joiden systolinen verenpaine oli vähintään 140 mmHg tai diastolinen verenpaine oli vähintään 90 mmHg tai jotka raportoivat käyttävänsä veren- painelääkkeitä (taulukko 1).

Kokonaiskolesterolitaso oli korkein venäläis- taustaisilla. Noin puolella sekä miehistä että naisista kokonaiskolesteroli oli yli 5 mmol/l (taulukko 2). Kohonneita kolesterolitasoja ha- vaittiin vähiten somaliaistaustaisilla. 6,5 mmol/l ylittäviä arvoja oli venäläis- ja kurdi- taustaisista noin 10 %:lla, mutta somaliais-

taustaisista miehistä vain noin 5 %:lla ja naisis- ta vielä harvemmalla. Kokonaiskolesteroliarvo- jen vertailussa on kuitenkin otettava huomioon, että matala HDL-kolesterolitaso oli huomatta- vasti yleisempi somaliais- ja kurditaustaisilla, erityisesti kurditaustaisilla miehillä (31 %).

Venäläistaustaisten verenpainetasot, hyper- tension yleisyys sekä myös kolesterolitasot oli- vat Maamu-tutkimuksessa hyvin samankaltai- sia kuin koko väestöllä, mutta nämä arvot olivat somaliais- ja kurditaustaisilla selvästi mata- lampia. Myös norjalaisessa Oslo Immigrant Health -tutkimuksessa on todettu, että Iranista saapuneilla maahanmuuttajilla sekä verenpai- ne- että kolesterolitasot olivat matalammat kuin koko väestöllä (11). CONOR-tutkimuksessa ha- vaittiin, että Lähi-Idästä muuttaneiden naisten ja miesten kolesteroli- ja verenpainetasot olivat selvästi matalammat kuin norjalaisväestön (9). Ruotsalaistutkimuksessa todettiin, että Iranista saapuneiden maahanmuuttajanaisten koko- naiskolesteroli ei merkittävästi eronnut muun väestön tasosta. Sen sijaan matala HDL-koleste- rolitaso oli yleisempää kuin muulla väestöllä, kuten Maamu-tutkimuksessa (12). Somalia-

TAULUKKO 2.

Riskitekijöiden yleisyys maahanmuuttajaryhmän ja sukupuolen mukaan, % (7).

	Venäläistaustaiset		Somaliaistaustaiset		Kurditaustaiset		Koko väestö	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Kohonnut kolesterolitaso								
(> 5 mmol/l) ¹	54,1	49,3	38,5	29,9	48,1	33,0	50,1	51,5
Matala HDL-taso								
(< 1,0 mmol/l) ¹	12,3	2,6	17,3	7,2	31,2	11,1	7,8	2,5
Kohonnut verenpaine								
(≥ 140/90 mmHg) ¹	23,6	13,9	19,5	5,1	11,6	4,4	22,2	15,3
Lihavuus								
(painoindeksi ≥ 30) ¹	14,3	17,4	3,9	42,0	17,5	25,1	13,2	18,1
Vyötärölihavuus								
(miehet > 100 cm, naiset > 90 cm) ¹	19,7	21,9	7,4	32,8	16,0	26,1	23,9	28,5
Tupakointi²	27,5	9,4	10,5	0,6	30,5	4,9	20,1	18,2
Käyttänyt alkoholia 12 kk aikana²	88,8	84,6	2,4	0,3	52,0	15,6	NA	NA
Vähintään kerran kuussa 6 alkoholiannosta kerralla²	26,2	6,1	0,0	0,0	11,0	0,7	52,8	25,4

¹Mitattu

²Itse raportoitu

NA = vertailukelpoista tietoa ei ole käytettävissä

Maahanmuuttajataustaiset väestöt Suomessa ovat hyvin erilaisia sairastavuuden ja terveys-riskien suhteen.

- 24 Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:97–109.
- 25 Salas-Wright CP, Kagotho N, Vaughn MG. Mood, anxiety, and personality disorders among first and second-generation immigrants to the United States. *Psychiatry Res* 2014;220:1028–36.
- 26 Breslau J, Borges G, Hagar Y, Tancredi D, Gilman S. Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: variation by origin and age at immigration. *Psychol Med* 2009;39:1117–27.
- 27 Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Report on mental health in Europe working group. Migration and mental health in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:13.
- 28 WHO Report on the global tobacco epidemic. Country profiles for Russian Federation and Finland. World Health Organization, Geneva 2013. www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/
- 29 Mustonen H, Simpura J. Maahanmuuttajien hillityt juomatavat. Kirjassa: Paananen S, toim. Maahanmuuttajien elämää Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus 2005.
- 30 Kumar BN, Grøtvedt L, Haakon E, Meyer A, Søgaard J, Bjørn HS. The Oslo immigrant health profile. Rapport: 7. Folkehelseinstituttet 2008.
- 31 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.
- 32 Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013;381(9873):1235–45.
- 33 Mannila S. Maahanmuuttajien terveys. *Suom Lääkäril* 2008;63:2509–13.
- 34 Rafnsson SB, Bhopal RS. Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe. *Eur J Public Health* 2009;19:484–91.
- 35 Rafnsson SB, Bhopal RS, Agyemang C ym. Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. *Eur J Public Health* 2013;23:594–605.

lais- ja kurditaustaisten matalampi kokonais-kolesterolitaso saattaa ainakin osittain selittyä sillä, että heillä oli myös matala HDL-kolesterolitaso.

Maamu-tutkimuksessa tutkittujen itse raportoima sydänsairauksien yleisyys erosi melko paljon siitä, millaisia sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijätasoa heillä oli havaittavissa. On mahdollista, että esimerkiksi kurditaustaisten käsitykset sydäntaudeista ja niihin liittyvistä oireista ovat erilaisia kuin muiden tutkittujen väestöryhmien. Kurditaustaiset raportoivat selvästi muita enemmän lääkärin diagnosoimaa sepelvaltimotautia, mutta heillä oli muita ryhmiä matalammat verenpaine- ja kolesterolitaset. Tällaiset subjektiiviset käsitykset ovat voineet ohjata sekä vastaamista että haastattelijoiden käytäntöjä kysymysten tarkentamisessa.

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu sydäntauteihin liittyvien oireiden ja niiden kokemuksen poikkeavan eri etnisissä ryhmissä. Esimerkiksi Syyriassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin bangladeshilaisilla sydäninfarktipotilailla usein epätyypillisiä oireita, jotka saattoivat johtaa diagnoosin ja hoidon viivästymiseen (13). Samoin Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että WHO:n Rosen angina pectoriksen oirekyselyn sensitiivisyys oli huomattavasti heikompi aasialaisilla kuin eurooppalaisilla (14). Tätä on Maamu-aineiston jatkotutkimuksessa mahdollisuus analysoida tarkemmin aineistoihin liitettyjen rekisteritietojen avulla.

Lihavuus

Lihavuus oli yleistä erityisesti somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla (taulukko 2). Somalialaistaustaisista naisista jopa 42 % oli lihavia (painoindeksi ≥ 30 kg/m²), kurditaustaisista joka neljäs ja venäläistaustaisista 17 %. Miehistä somalialaistaustaiset olivat kaikkein hoikimpia, heistä lihavia oli vain 4 %. Kurditaustaisista miehistä lihavia oli 18 % ja venäläistaustaisista 14 % (taulukko 2). Vyötärölihavuuden yleisyys vaihteli samaan tapaan kuin kehon painoindeksin perusteella arvioitu lihavuus. Kuitenkin venäläistaustaiset naiset ja miehet olivat useam-

min lihavia vyötärön ympärysmittan kuin kehon painoindeksin mukaan määriteltynä.

Lihavuuden suhteen venäläistaustaiset olivat kaikkein lähimpänä Suomen koko väestöä, somalialaistaustaiset naiset taas selvästi lihavampia ja miehet hoikempia. Myös kurditaustaiset naiset ja miehet olivat hieman koko väestöä lihavampia. Gele ym. ovat tutkineet Somaliasta Oslon muuttaneita vuonna 2010 (15). Samoin kuin Maamu-tutkimuksessa, naiset olivat huomattavasti ylipainoisempia kuin koko väestön naiset. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että Iranista muuttaneet eivät olleet merkittävästi koko väestöä lihavampia (12), kun taas norjalaisen tutkimuksen mukaan Iranista muuttaneet naiset olivat jonkin verran koko väestöä lihavampia, mutta miehet eivät (11). Myös CONOR-tutkimuksen mukaan Lähi-idästä muuttaneet naiset olivat norjalaisväestöä lihavampia, mutta miehet eivät (9).

Diabetes

Kun otetaan huomioon sekä itse raportoitu diabetes että veren suurentuneet sokeri- ja sokerihemoglobiiniarvot (paastosokeri $\geq 7,0$ mmol/l tai sokerihemoglobiini ≥ 48 mmol/mol), kurditaustaisista 30–64-vuotiaista miehistä arviolta 18 %:lla, somalialaistaustaisista 17 %:lla ja venäläistaustaisista 5 %:lla oli diabetes (taulukko 1) (16). Samanikäisillä naisilla diabetes oli arviolta 15 %:lla kurdi-, 23 %:lla somalialais- ja 7 %:lla venäläistaustaisista. Tutkimuksessa kerättyjen tietojen perusteella ei pystytty luotettavasti erottamaan tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetesta sairastavia. Vastaavien kriteerien mukaisesti koko väestön miehistä 7 % ja naisista 6 % sairasti diabetesta.

Maamu-tutkimuksen perusteella diabeteksen esiintyvyyttä ei voi täysin varmasti arvioida, koska tutkimuksessa ei tehty sokerirasituskokeita, mutta tietojen yhdistäminen itse raportoidusta sairastavuudesta ja mitatuista paastosokeriarvosta sekä sokerihemoglobiinista antaa melko tarkan arvion yleisyydestä. Käytettävissä olevat rekisteritiedot antavat mahdollisuuden tarkentaa haastatteluista ja verinäytteistä saatua kuvaa myöhemmin.

Diabeteksen todennäköisyys oli suurin somalialaistaustaisilla. Naisilla tämä sopii hyvin yhteen lihavuuden yleisyyden kanssa. Somalialaistaustaisista miehistä taas vain 4 % oli lihavia, mutta diabetekseen sopivia löydöksiä oli jopa

17 %-lla. Joissakin aiemmissakin tutkimuksissa on havaittu, että insuliiniresistenssi on yleistä afrikkalaistaustaisilla, vaikka heillä on vähän vatsan alueen rasvakudosta ja muut metaboliset indikaattorit ovat hyviä (17). Tämä on huomion-arvoinen asia ajatellen maahanmuuttajataustaisten riskinarvioinnin tekemistä perusterveydenhuollossa. CONOR-tutkimuksessa itse raportoidun diabeteksen yleisyys oli Lähi-idästä muuttaneilla maahanmuuttajamiehillä kaksinkertainen norjalaisväestöön verrattuna ja naisilla nelinkertainen (9).

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Naiset raportoivat miehiä yleisemmin kärsivänsä lääkärin toteamasta selkäsairaudesta. Selkäsairaudet olivat yleisimpiä venäläis- ja kurditaustaisilla naisilla, joista joka viides raportoi selkäsairauden (taulukko 1). Selkäkipuja viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana raportoi tutkittavista joka neljäs ja polvikipua joka viides, naiset jonkin verran yleisemmin kuin miehet (taulukko 3). Maahanmuuttajaryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa. Sekä miehistä että naisista kurditaustaiset raportoivat muita ryhmiä yleisemmin kärsineensä paljon vaivanneista jatkuvista kivuista ja säryistä. Vähiten kipuja ja särkyjä raportoivat venäläistaustaiset.

Raskin ym. (18) tutkimuksessa selvitettiin Maamu-tutkimukseen osallistuneiden liikkumisvaikeuksien ja mielenterveysongelmien yh-

teyttä. Liikkumisvaikeuksia määriteltiin olevan henkilöillä, jotka ilmoittivat, että 500 metrin kävely levähtämättä ja/tai useamman kerrosvälin portaiden nousu levähtämättä ei onnistu ilman vaikeuksia. Eniten liikkumisvaikeutta raportoivat somalialais- ja kurditaustaiset naiset. Myös kurditaustaisilla miehillä liikkumisvaikeudet olivat yleisiä. Venäläistaustaisista ja somalialaistaustaisista miehistä vain alle 10 % raportoi liikkumisvaikeutta.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksista tai niihin liittyvistä kipuoireista ei toistaiseksi löydy aiempaa venäläis-, kurdi- tai somalialaistaustaisia maahanmuuttajia koskevaa tutkimustietoa. Norrbäckin ym. tutkimuksessa havaittiin, että yleisesti Ruotsissa maahanmuuttajilla on enemmän toimintakyvyn rajoitteita kuin valtaväestöllä (19). Toimintakyvyn rajoitteet olivat kylläkin yhteydessä ylipainoon.

Astma ja allergiat

Vain noin 4 % kaikista tutkimukseen osallistuneista maahanmuuttajista raportoi, että heillä on lääkärin toteamasta astma (taulukko 1). Ryhmien välillä ei ollut eroa lukuun ottamatta somalialaistaustaisia naisia, joista lähes 8 % ilmoitti sairastavansa astmaa. Somalialaistaustaisista maahanmuuttajista jopa joka kolmas raportoi allergisia nuha- ja silmäoireita, mutta venäläis- ja kurditaustaisista vain noin 10 % (taulukko 3).

TAULUKKO 3.

Itse raportoitu oireilu maahanmuuttajaryhmän ja sukupuolen mukaan, % (7,18,22).

	Venäläistaustaiset		Somalialaistaustaiset		Kurditaustaiset		Koko väestö	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Selkäkipu	18,6	28,9	20,0	39,0	26,2	32,3	NA	NA
Polvikipu	10,6	32,1	13,2	36,0	18,9	23,9	NA	NA
Jatkuvat, paljon vaivaavat kivut ja säryt	3,4	9,1	6,8	15,0	14,5	22,3	NA	NA
Liikkumisvaikeus	4,6	15,7	8,3	33,3	19,4	42,3	NA	NA
Allerginen nuhaoire	6,5	14,3	35,5	36,6	13,3	19,1	NA	NA
Allerginen silmäoire	5,0	10,3	30,1	27,4	10,4	11,5	NA	NA
Allerginen ihottuma	2,7	3,9	7,7	16,9	4,4	6,2	NA	NA
Masennusoireet	11,9	22,9	6,2	12,8	25,8	49,7	10,3	10,7
Ahdistuneisuusoireet	4,0	23,0	4,0	8,4	19,6	42,7	4,9	8,9

NA = vertailukelpoista tietoa ei ole käytettävissä

SIDONNAISUUDET

Tiina Laatikainen, Katja Wikström, Shadia Rask, Anu Castaneda, Seppo Koskinen, Päivi Koponen: ei sidonnaisuuksia. Natalia Skogberg: apuraha (Helsingin yliopisto).

Somalialaistaustaisia naisia lukuun ottamatta kaikki muut maahanmuuttajaryhmät raportoivat sairastavansa astmaa vähemmän kuin koko väestö. Allergiaoireita raportoitiin myös selvästi vähemmän lukuun ottamatta somalialaistaustaisia naisia ja miehiä. Tobias ym. selvittivät astman ja allergian yleisyyttä 18 eri maassa ja havaitsivat, että maahanmuuttajat raportoivat

Pakolaistausta lisää psyykkisen oireilun riskiä.

usein valtaväestöä enemmän astmaoireita. Heillä ei kuitenkaan todettu enempää keuhkoputkien supistumisherkkyttä spirometriassa tai atopiaa IgE-analyyseiden perusteella (20). Ruotsalaisessa tutkimuksessa todettiin, että mitä kauemmin maahanmuuttajat ovat tulomaassa asuneet, sitä enemmän heidän atopiastatuksensa alkaa muistuttaa muun väestön tilannetta (21).

Mielenterveysongelmat

Maamu-tutkimukseen osallistuneet täyttivät masennus- ja ahdistuneisuusoireilun kartoittamiseen käytetyn HSCL-25-kyselyn (Hopkins symptom checklist-25). Kyselyssä on 15 masennus- ja 10 ahdistuneisuusoireita kuvaavaa väitettä. Vastausten perusteella voidaan laskea oireilun määrää kuvaava indeksi, joka vaihtelee yhdestä neljään. Yleisesti käytetty katkaisupiste vakavalle, kliinisesti merkittävälle masennus- ja ahdistuneisuusoireilulle on 1,75. Masennus- ja ahdistuneisuusoireet olivat tavallisimpia kurditaustaisilla (taulukko 3) (22). Naiset raportoivat masennus- ja ahdistuneisuusoireita selvästi enemmän kuin miehet. Vain alle 10 % somalialaistaustaisista raportoi ahdistuneisuusoireita.

Kurditaustaisilla miehillä ja erityisesti naisilla oli selvästi muita ryhmiä ja koko väestöä enemmän masennus- ja ahdistuneisuusoireilua. Myös venäläistaustaisilla naisilla oireilua oli merkitsevästi enemmän kuin koko väestöllä. Sen sijaan somalialaistaustaiset eivät raportoineet oireilua enempää kuin koko väestö. Vuonna 2002 tehdyssä Maahanmuuttajien elinolot-tutkimuksessa masennusoireet olivat yleisimpiä kaikissa tutkituissa ryhmissä (venäläiset, virolaiset, somalialaiset, vietnamilaiset) kuin mitä koko väestön suhteen tiedettiin muista tutki-

muksista (1). Myös ruotsalaistutkimuksessa havaittiin, että kurditaustaisilla maahanmuuttajilla psyykinen oireilu oli selvästi yleisempää kuin muulla väestöllä (23).

Mielenterveysongelmien yleisyydestä maahanmuuttajilla on erisuuntaisia tietoja. Tutkimuksessa, jossa oli mukana 23 maata Euroopasta, todettiin, että suurimmassa osassa maista masennusoireilu oli yleisempää maahanmuuttajilla kuin muulla väestöllä (24). Joissakin tutkimuksissa taas on havaittu, että maahanmuuttajilla on pienempi mielenterveyshäiriöiden riski kuin koko väestöllä (25,26). Asia ei ole kuitenkaan yleistettävissä, sillä maahanmuuttajien mielenterveysongelmien yleisyys riippuu hyvin monista tekijöistä, kuten maahanmuuton syystä, lähtömaasta, tulomaasta, aiemmista mielenterveyden häiriöillä altistavista kokemuksista, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta ja iästä. Erityisesti pakolaistausta lisää psyykkisen oireilun riskiä (27).

Päihteiden käyttö

Venäläis- ja kurditaustaiset miehet tupakoivat eniten. Heistä joka kolmas tupakoi päivittäin, kun somalialaistaustaisista miehistä vain 10 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin. Naisten tupakointi oli selvästi harvinaisempaa. Venäläistaustaisista naisista tupakoi 9 % ja somalialaistaustaisista vain alle prosentti (taulukko 2).

Venäläis- ja kurditaustaisten miesten tupakointi oli selvästi yleisempää kuin koko väestön, muiden ryhmien selvästi vähäisempää. Venäläistaustaiset maahanmuuttajat Suomessa tupakoivat kuitenkin selvästi vähemmän kuin venäläismiehet ja -naiset Venäjällä (28). Viimeisimpien tutkimusten mukaan venäläismiehistä noin 55 % ja naisista 15 % tupakoi päivittäin.

Venäläistaustaiset miehet ja naiset käyttivät selvästi muita ryhmiä tavallisemmin alkoholia (taulukko 2). Somalialaistaustaisista vain 1 % raportoi käyttäneensä alkoholia edeltäneen vuoden aikana. Kurditaustaiset miehet käyttivät alkoholia selvästi yleisemmin kuin naiset. Runsaasta kertakulutusta (kerralla vähintään 6 alkoholiannosta) raportoi venäläistaustaisista miehistä 26 % ja kurditaustaisista 11 %, somalialaistaustaisista ei kukaan. Naisilla runsas kertakulutus oli harvinaista.

Alkoholia käyttävien osuus venäläisistä oli hyvin samanlainen kuin koko väestöllä Suomessa. Sen sijaan runsasta kertakulutusta raportoi

huomattavasti harvempi. Vastaavaa havaittiin jo Maahanmuuttajien elinolot -tutkimuksessa (1). Tämän on ajateltu johtuvan mm. valikoituneesta maahanmuutosta; riskikäyttäjät eivät muuta maasta (29). Maahanmuuttajien elinolot -tutkimuksessa, kuten Maamu-tutkimuksessakin, somalialaistaustaisten havaittiin olevan useimmiten täysin raittiita (1). Kaiken kaikkiaan alkoholinkäyttö on hyvin kiinteästi yhteydessä uskontoon ja muuhun kulttuuriin. Maahanmuuttajien alkoholinkäyttötavat ovat pitkälti lähtömaan tapojen mukaisia ja monissa ryhmissä ne muuttuvat hyvinkin hitaasti vasta uusien sukupolvien myötä.

Lopuksi

Maahanmuuttajien terveystilanteeseen vaikuttavat hyvin moninaiset tekijät. Euroopassa tehtyjen tutkimusten mukaan maahanmuuttajien terveys voi olla heikompi, mutta myös parempi kuin valtaväestön (30,31,32). Tämä riippuu lähtömaasta, maahanmuuttoikästä, maahanmuuton syystä ja siitä, kuinka kauan maahanmuutosta on aikaa. Usein hiljattain maahan tulleiden fyysinen terveys on parempi kuin valtaväestön, koska muuttajat ovat nuoria, ja vain kohtuullisen terveillä on ollut edellytykset maahanmuuttoon. Tätä kutsutaan terveen siirtolaisen vaikutukseksi (33).

Euroopasta löytyy jonkin verran aiempaa tutkimusta tarttumattomien tautien ja niiden riskitekijöiden yleisyydestä maahanmuuttajilla (34,35). Eri maissa suurimmat maahanmuuttajaväestöt ovat kuitenkin taustamailtaan hyvin erilaisia, ja yleisimmin on tutkittu nimenomaan kunkin maan suurimpia maahanmuuttajaryhmiä. Maamu-tutkimuksen maahanmuuttajaryhmät ovat näissä tutkimuksissa olleet edustettuina varsin harvoin.

Maamu-tutkimus on Suomessa ensimmäinen laajempi maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus. Siihen on kuulunut myös terveystarkastus ja verinäytteiden analyysijä, jotka on toteutettu noudattaen muiden kansallisten terveystutkimusten ohjeistoja ja standardeja. Näiltä osin voidaan sanoa, että kerätty tieto on luotettavaa ja antaa arvokasta tietoa maahanmuuttajien terveystilanteesta. On kuitenkin huomioitava, että tutkimuksessa haastatteluilla kerättyyn tietoon liittyy paljon enemmän epävarmuutta. Näissäkin tuloksissa on havaittavissa, että todennäköisesti eri kulttuuri- ja taustoista tulevilla voi olla erilaisia subjektiivisia käsityksiä sairauksista, niiden oireista ja oireiden merkityksestä. Tarvittaisiinkin lisää tutkimusta ja erityisesti maahanmuuttajaväestölle toteutettujen haastattelujen ja kyselyjen validointitutkimuksia tiedon luotettavuuden parantamiseksi. Myös rekisteriaineistojen avulla voidaan arvioida itse raportoitujen tietojen luotettavuutta. Lisäksi Maamu-tutkimuksessa on tutkittu vain kolmen suurimman maahanmuuttajaryhmän edustajia, eivätkä tulokset ole yleistettävissä kaikkiin Suomen maahanmuuttajiin.

Tärkeä viesti Maamu-tutkimuksesta on, että maahanmuuttajataustaiset väestöt Suomessa ovat hyvin erilaisia sairastavuuden ja terveysriskien suhteen. Myös miesten ja naisten väliset erot voivat olla suuria ja erisuuntaisia eri etnisisissä ryhmissä. Nämä merkittävät erot tulisi nykyistä paremmin ottaa huomioon maahanmuuttajataustaisten terveystarkastuksissa ja riskinarvioinneissa sekä heille kohdennetuissa terveysneuvonnassa ja tarjotuissa palveluissa. ●

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Non-communicable diseases among immigrants in Finland

TIINA LAATIKAINEN

Professor
National Institute for Health and
Welfare and University of Eastern
Finland, tiina.laatikainen@thl.fi

KATJA WIKSTRÖM

NATALIA SKOGBERG

SHADIA RASK

ANU CASTANEDA

SEPPO KOSKINEN

PÄIVIKKI KOPONEN

Non-communicable diseases among immigrants in Finland

The number of immigrants in Finland has so far been quite modest. Very little information exists on immigrants' health and especially on non-communicable diseases. The first large health survey among immigrants was organized in Finland in 2010–2012. This survey targeted the three largest immigrant groups: Russians, Somalians and Kurdish.

The results published so far show a remarkable variation in the prevalence of non-communicable diseases and their risk factors based on ethnic background. Diabetes is common in Somali women. Russians have higher blood pressure compared with Somalians or Kurdish. Blood pressure levels of Russians are comparable with the levels observed within the Finnish population. Depressive and anxiety symptoms are at least twice as common among Kurdish immigrants compared with other immigrant groups or Finnish population. Obesity is most prevalent among the Somali women, which is in line with the high diabetes rates. Alcohol use among Russians is higher than within other immigrant groups and both Russian and Kurdish men are most likely to be smokers.

This existing information highlights the importance of addressing the needs of people with different ethnic background in health and other services. The current knowledge on immigrants' health is insufficient in Finland and more research is needed.