

SOMALIALAISTAUSTAISTEN MAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ
TERVEYDESTÄ JA TERVEELLISESTÄ RUOKAVALIOSTA

Jaana Salo

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Kevät 2014

Terveystieteiden laitos

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Jaana Salo (2014). Somalialaistaustaisten maahanmuuttajien käsityksiä terveydestä ja terveellisestä ruokavaliosta. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 68 s., 3 liitettä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Suomessa asuvien somalimaahanmuuttajien näkemyksiä ja arkisia käsityksiä terveydestä ja terveellisestä ruokavaliosta ja siten tuottaa tietoa mahdollisiin tuleviin somalimaahanmuuttajille suunnattuihin kulttuurisensitiivisiin ravitsemuskasvatushankkeisiin.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin kuudelta 18–32-vuotiaalta somalimaahanmuuttajalta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina syksyllä 2013. Haastatteluhetkellä haastateltavat olivat asuneet Suomessa kahdesta viiteen vuotta. Haastattelut toteutettiin suomeksi ilman tulkkia. Tarvittaessa apuna käytettiin englannin kieltä. Tekstimuotoon muokattu haastatteluaineisto (64 sivua, fonttina Times New Roman, pistekokona 12 ja rivivälinä 1) analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Terveys määriteltiin monen osa-alueen kokonaisuudeksi ja sitä pidettiin elämän perustana. Ajatukset terveyteen vaikuttavista tekijöistä painottuivat fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin, mutta myös hengellisiä ja yhteiskunnallisia asioita mainittiin. Maahanmuutto oli käynnistänyt terveystieteiden muutosprosessin, jossa yksilö omaksui länsimaista terveystietoa, pitäen samalla kiinni omasta kulttuurisesta perinnöstään. Yksilön terveystieteen muuttuessa myös ajatukset erilaisista terveyteen liittyvistä osa-alueista, kuten terveellisestä ruokavaliosta, muuttuivat. Suomeen tulon myötä haastateltavat olivat alkaneet kiinnittää enemmän huomiota syömänsä ruuan ravintosisältöön ja tiedostivat rasvan, suolan ja sokerin riskit aiempaa paremmin. Lisäksi he korostivat kalan ja kasvisruokien terveellisyyttä. Somalialainen ruokavalio miellettiin suomalaista epäterveellisemmäksi, mutta toisaalta tuotiin esille Suomessa tapahtuvan oman somaliyhteisön kesken toteutuvan yhteisen aterioinnin sosiaalista terveyttä edistävä vaikutus.

Somalimaahanmuuttajien käsitykset terveyteen vaikuttavista tekijöistä painottuivat yksilöön ja lähiyhteisöön liittyviin tekijöihin. Niinpä myös terveyden edistäminen tulisi suunnata maahanmuuttajien arkiympäristöön, jolloin se vaikuttaa koko yhteisöön ja sitä kautta yksilöihin. Maahanmuuttajien terveyden edistämisessä on huomioitava kohderyhmän erityispiirteet. Toiminta on räätälöitävä kulloisenkin kohderyhmän tarpeiden ja lähtökohtien mukaan. Räätälöinti mahdollistaa kulttuurisensitiivisen lähestymistavan, mikä puolestaan edistää vaikuttavien tulosten saavuttamista.

Avainsanat: somalit, terveystieteet, maahanmuutto, kulttuurisensitiivisyys, ravitsemuskasvatus

ABSTRACT

Jaana Salo (2014). The Conceptions of Somali Immigrants on Health and Healthy Eating. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 68 pp. 3 appendixes.

The purpose of the study was to explore the conceptions of health and healthy eating of Somali immigrants living in Finland. The objective of the study was to generate knowledge for future culturally sensitive nutrition education among Somali immigrants.

The data were collected in October 2013 via individual interviews with six Somali immigrants, aged 18 to 32 years old. Participants had lived in Finland two to five years. Immigrants were interviewed in Finnish and no interpreter were employed. English was spoken when necessary. The data were analyzed by using qualitative content analysis method.

Health was defined as a multidimensional concept and it was seen as a basis of life. The interviewees considered the factors affecting health centred around physical, mental and social factors although spiritual and societal factors were mentioned as well. Immigration activated a process in which the perceptions of health changed. A person adopted western health philosophy, but also conserved one's cultural principles. In Finland participants paid more attention to nutritional content of food. They had become more aware of the health risks of salt, sugar, and fat. In addition, fish and vegetable food were underlined as beneficial food. The food of the host country was perceived healthier than traditional Somali diet. However, cultural dinner with friends and family was seen as a factor that promoted social health.

By focusing health education to the daily life of immigrants it effects to the whole community and individuals as well. The special characteristics of the target group should be noticed. By tailoring the intervention according to the needs of the target population it is possible to achieve culturally sensitive approach, which leads to effective results.

Keywords: Somali, perceptions of health, immigration, cultural sensitivity, nutrition education

Sisällys

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	2
2 SOMALIMAAHANMUUTTAJIEN KULTTUURISENSITIIVISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHTIA.....	4
2.1 Kulttuurisensitiivisyys käsitteenä.....	4
2.2 Taustatietoja Somaliasta.....	7
2.3 Ruokakulttuuri Somaliassa.....	8
2.4 Somalialaisen terveystieteen osatekijöitä.....	10
2.5 Maahanmuuton heijastuminen terveyteen ja ruokailutottumuksiin.....	12
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
4.1 Tutkimusmenetelmät.....	20
4.2 Tutkimusaineiston kerääminen.....	21
4.3 Aineiston sisällönanalyysi.....	24
5 SOMALIMAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ TERVEYDESTÄ JA TERVEYTEEN VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ.....	29
5.1 Somalimaahanmuuttajien käsityksiä terveydestä.....	29
5.2 Terveystieteen muutosprosessi maahanmuuton myötä.....	31
5.3 Somalimaahanmuuttajien käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä.....	34
6 SOMALIMAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ TERVEELLISESTÄ RUOKAVALIOSTA.....	39
6.1 Käsityksiä terveellisestä ruokailurytmistä.....	39
6.2 Käsityksiä terveyttä edistävästä ruuasta.....	40
6.3 Käsityksiä terveyttä heikentävistä ravitsemuksellisista tekijöistä.....	41
6.4 Käsityksiä suomalaisen ja somalialaisen ruokavalion terveellisyydestä.....	43
7 POHDINTA.....	44
7.1 Yhteenvedo tuloksista.....	44
7.2 Johtopäätökset.....	45
7.3 Luotettavuus.....	46
7.4 Eettisyys.....	49

7.5 Vaikuttavan ja kulttuurisensitiivisen intervention ominaispiirteitä.....	51
7.6 Jatkotutkimusehdotuksia.....	54
LÄHTEET.....	56
LIITTEET	

Liite 1: Teemahaastattelurunko

Liite 2: Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Liite 3: Sisällönanalyysi

1 JOHDANTO

Maahanmuuttajien elinoloja ja terveydentilaa on Suomessa tutkittu suhteellisen vähän. Vuonna 2005 Tilastokeskus julkaisi maahanmuuttajien elämää koskevan teoksen, joka pohjautui tutkimukseen venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamiläisten elinoloista Suomessa (Paananen 2005). Viime vuosina suurimpien maahanmuuttajaryhmien terveyttä on tutkittu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen organisoimassa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa. Sen kohderyhmänä olivat venäläis- somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat Suomessa. Tutkijat havaitsivat, että somalialaistaustaisista vain harva söi päivittäin hedelmiä ja kasviksia, he harrastivat liikuntaa vähemmän kuin alueensa samanikäinen kantaväestö ja erityisesti somalialaistaustaisten naisten keskuudessa ylipainoisuus ja lihavuus olivat yleisiä. Näiden riskitekijöiden vuoksi somalialaistaustaisten maahanmuuttajien terveyden edistämistoimintaan ja esimerkiksi diabeteksen ehkäisyyn on syytä kiinnittää huomiota. (Castaneda ym. 2012, 10–2.)

Yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon vuoksi maahanmuuttajien terveydentilaa ja hyvinvointia tulisi tutkia siinä missä kantaväestönkin. Eri maahanmuuttajaryhmiä tulisi tutkia erillistutkimuksilla, jotta ryhmistä olisi mahdollista saada vertailukelpoista tietoa. (Malin & Raisamo 2011.) Terveysaiheisia tutkimuksia, joiden kohderyhmänä ovat ainoastaan somalialaistaustaiset maahanmuuttajat on Suomessa tehty rajallisesti. Tähänastiset tutkimukset ovat liittyneet esimerkiksi tyttöjen ympärileikkaamiseen, somalien kohtaamiseen terveydenhuollossa, somalinaisten arkielämään Suomessa, ehkäisyn käyttöön sekä perhevalmennukseen (Mölsä 1994, Ekholm 1999, Tiilikainen 2003, Degni 2004, Koski 2014.) Tämän tutkimuksen aihepiiriä lähimpänä on väitöskirja somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää somalimaahanmuuttajien käsityksiä terveydestä ja terveellisestä ruokavaliosta. Yksilön terveystietämystä ohjaavat

terveyteen liittyvät käsitykset, joten jos halutaan vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen, on tärkeää ensin selvittää käsityksiä toiminnan taustalta. Esimerkiksi Nupponen (2001) toteaa, että ruokaan ja ravitsemukseen liittyvissä tottumuksissa on eroja maiden, asuinpaikkojen ja väestöryhmien välillä. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää, *”...mitä tietoa ja millaista opastusta eri ihmisryhmät tarvitsevat ja missä muodossa tarjotusta tiedosta he hyötyvät eniten.”* (Nupponen 2001, 16). Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa somalimaahanmuuttajien terveyteen ja terveelliseen ruokavalioon liittyvistä käsityksistä. Tulevaisuudessa tätä pohjatietoa voidaan hyödyntää somalimaahanmuuttajien terveyden edistämiseksi. Kun terveyden edistämisen kohderyhmästä on riittävästi tietoa, on mahdollista räätälöidä toiminta kohderyhmälle sopivaksi, jolloin toimitaan kulttuurisensitiivisyyden periaatteiden mukaisesti. Kulttuurisensitiivisyys puolestaan edistää vaikuttavien tulosten saavuttamista (Foronda 2008).

Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on syntynyt kahdelle ulkomaalaissyntyiselle vanhemmalle ja on muuttanut Suomeen. Somalialaistaustaisista maahanmuuttajista käytän rinnasteisia sanoja somalimaahanmuuttaja tai somali. Tässä tutkimuksessa käsityksillä tarkoitetaan haastateltavien arkisia näkemyksiä ja ajatuksia, eli en ole tarkastellut aihetta käsitteiden väliseen hierarkiaan ja laatuun keskittyvällä tutkimusotteella (Huusko & Paloniemi 2006).

2 SOMALIMAAHANMUUTTAJIEN KULTTUURISENSITIIVISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHTIA

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni kohderyhmän, somalimaahanmuuttajien, kulttuurista taustaa ja terveystietoisuutta. Tällä taustoituksella pyrin hahmottamaan sitä kulttuurista ja terveyteen liittyvää kontekstia, jossa kohdehenkilöni elävät. Kontekstin hahmottaminen mahdollistaa kulttuurisensitiivisen lähestymistavan, mikä puolestaan helpottaa tutkimukseni toteuttamista ja lisää tulosten luotettavuutta. Aloitan tämän luvun kulttuurisensitiivisyys-käsitteestä, jonka jälkeen kuvailen Somaliaa maana, sen ruokakulttuuria, somalialaista terveystietoisuutta sekä sitä, miten maahanmuutto voi heijastua yksilön terveyteen ja ruokailutottumuksiin.

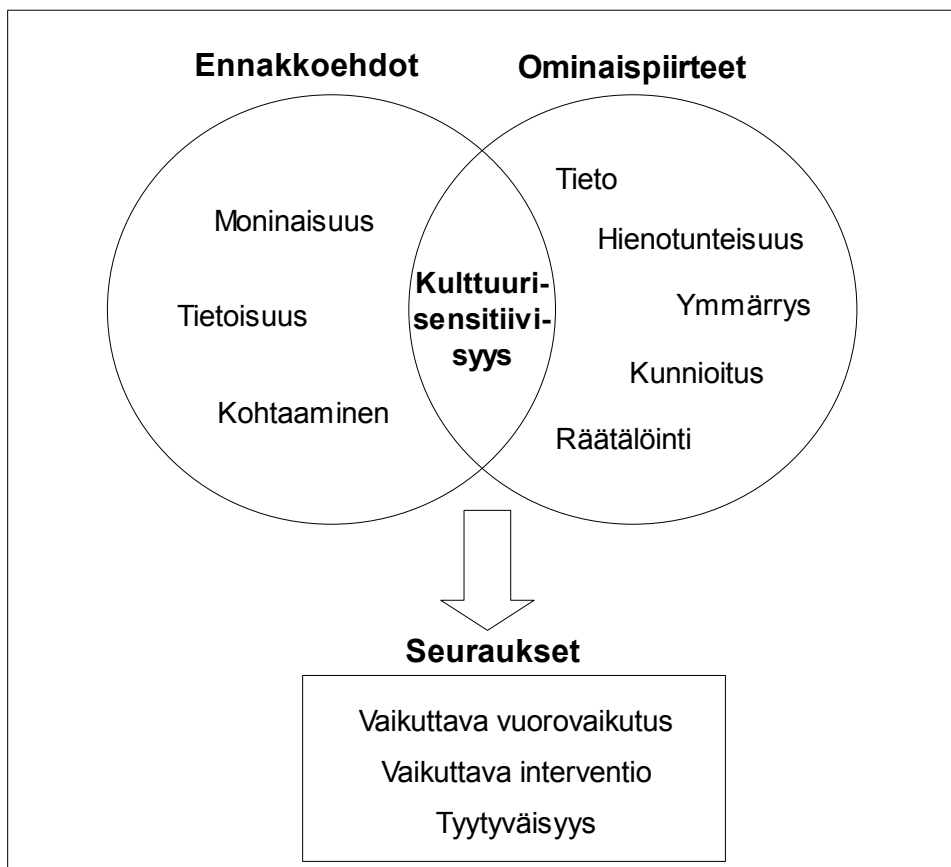
2.1 Kulttuurisensitiivisyys käsitteenä

Maahanmuuttajille suunnatuissa terveyden edistämisen ohjelmissa tulevat usein tavalla tai toisella esiin yksityiskohdat siitä, kuinka kulttuuriset eroavaisuudet olisi otettava huomioon toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Laajemmin tätä teemaa kuvaa käsite kulttuurisensitiivisyys (engl. cultural sensitivity). Pakaslahti ja Huttunen (2010) ovat terveydenhuoltokontekstissa kääntäneet tämän käsitteen kulttuuriseksi herkkyydeksi. Kulttuurinen herkkyys edellyttää terveydenhuollon henkilökunnalta eri kulttuurista tulevan potilaan ”*arvostamista, omaa avoimuutta, empatiaa, halukkuutta kuunteluun ja dialogiin*” (Pakaslahti & Huttunen 2010, 7). Pakaslahti ja Huttunen erottavat kulttuurisesta herkkyydestä erikseen kulttuurisen osaamisen (engl. cultural competence), joka kuvaa esimerkiksi lääkärin tietotaitoa, jota tarvitaan kulttuurisesti erilaisten potilaiden ymmärtämiseen, tutkimiseen ja hoitoon. Monikulttuuriseen kohtaamiseen tarvitaan sekä herkkyyttä että tietotaitoa. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 7.)

Resnicowin ym. (1999) mukaan kulttuurisensitiivisyys voidaan jakaa kahteen ulottuvuuteen; pinta- ja syvärakenteeseen. Pintarakenne pitää sisällään intervention materiaalien ja viestien yhteensovittamista kohderyhmän ”pinnallisiin”

ominaispiirteisiin siten, että käytetään paikkoja, kieltä, musiikkia, ruokaa ja vaatetusta, joka on kohderyhmän suosimaa ja sille tuttua, jolloin viesti otetaan helpommin vastaan. Kulttuurisensitiivisyyden syvärakenteessa puolestaan yhdistetään kulttuuriset, sosiaaliset, historialliset, ympäristölliset ja psykologiset tekijät, jotka vaikuttavat kohderyhmän terveystyöskäytymiseen. (Resnicow ym. 1999.)

Foronda (2008) puolestaan on tehnyt kulttuurisensitiivisyydestä käsiteanalyysin, jossa hän erittelee käsitteen ennakkoehtoja, ominaispiirteitä ja seurauksia (kuva 1). Käsiteanalyysissä ennakkoehtoilla (necessary antecedent) tarkoitetaan tapahtumia, joiden on toteuduttava ennen kuin varsinainen käsite, tässä tapauksessa kulttuurisensitiivisyys, voi esiintyä (Puusa 2008).



Kuva 1. Kulttuurisensitiivisyyden käsitteen ennakkoehdot, ominaispiirteet ja seuraukset Forondan (2008) käsiteanalyysin mukaan.

Kulttuurisensitiivisyyden **ennakkoehtoja** ovat moninaisuus (diversity), tietoisuus (awareness) sekä kohtaaminen (encounter). Moninaisuus tarkoittaa yksilöiden

eroavaisuutta pitäen sisällään uskomusjärjestelmät, kulttuurin, kielen, uskonnon, arvot, asenteet, normit, perinteet ja raja-aidat. Tietoisuudella tarkoitetaan sitä, että yksilön täytyy ensin olla tietoinen omasta kulttuuristaan ja sen jälkeen eroavan kulttuurin näkökulmista. Kolmas kulttuurisensitiivisyyden ennakkoehto on kohtaaminen, eli täytyy olla tekemisissä eri kulttuurista tulevan yksilön kanssa. (Foronda 2008.)

Forondan (2008) käsiteanalyysi osoitti, että kulttuurisensitiivisyyden **ominaispiirteitä** ovat tieto (knowledge), hienotunteisuus (consideration), ymmärrys (understanding), kunnioitus (respect) sekä räätälöinti (tailoring). Kulttuurisista eroista ja arvoista tarvitaan tietoa, jota saadaan harjoittelemalla, kouluttautumalla tai kokemalla kulttuuria erilaisissa konteksteissa. Hienotunteisuudella tarkoitetaan sitä, että yksilön tausta, kieli ja uskomukset otetaan huomioon alusta alkaen. Kulttuurisensitiivisyyteen pyrittäessä täytyy ymmärtää yksilön arvojen ja kokemusten tärkeys ja niiden vaikutukset. Kunnioitus puolestaan on tahtoa osoittaa arvostusta ja räätälöinti tarkoittaa toiminnan mukauttamista yksilölle tai ryhmälle sopivaksi. (Foronda 2008.)

Forondan (2008) analyysin mukaan kulttuurisensitiivisyyden **seurauksia** ovat vaikuttava vuorovaikutus, vaikuttavat interventiot sekä tyytyväisyys. Edellä kuvatun analyysin pohjalta kulttuurisensitiivisyys-käsitteelle on luotu määritelmä: *”Kulttuurisensitiivisyys on sitä, että yksilö hyödyntää tietoaan, hienotunteisuuttaan, ymmärrystään, kunnioitusta ja räätälöintiä sen jälkeen kun on tiedostanut itsensä ja muut sekä kohdannut yksilöiden ja ryhmien moninaisuuden. Kulttuurisensitiivisyydestä seuraa vaikuttavaa vuorovaikutusta, vaikuttavia interventioita ja tyytyväisyyttä.”* (Foronda 2008, 210.)

Kulttuurisensitiivisyyden ominaispiirteistä erityisesti räätälöinti nousee usein esiin kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa. Esimerkiksi Hyman ja Guruge (2002) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen siitä, millaiset terveyden edistämistrategiat ovat vaikuttavia kun kohderyhmänä ovat maahanmuuttajanaiset. Tutkimansa kirjallisuuden pohjalta he toteavat, että sen sijaan että interventioista tehdään laajoja tai edes kohdistetaan ne tietyille kohderyhmälle, huomio tulisi kiinnittää intervention

räätälöintiin. (Hyman & Guruge 2002.) Ennen kuin räätälöinti on mahdollista, täytyy kuitenkin selvittää, millaisia käsityksiä ja uskomuksia kohderyhmällä on terveydestä ja sen edistämisestä. Esimerkiksi terveydenhuollon henkilökunnan täytyy ymmärtää tietyille kulttuurille ominaisia terveysuskomuksia voidakseen räätälöidä terveyden edistämistoimintaa kyseiselle kohderyhmälle sopivaksi. (Carroll ym. 2007.)

2.2 Taustatietoja Somaliasta

Afrikan sarvessa sijaitseva Somalia on entinen siirtomaa, joka itsenäistyi vuonna 1960. Itsenäistymistä ei kuitenkaan seurannut rauha, vaan vuonna 1969 tapahtuneen vallankaappauksen myötä maasta tuli sosialistivaltio. Myöhemmin Somaliassa oli vihamielisyyksiä naapurimaiden Kenian ja Etiopian kanssa sekä konflikteja Somaliassa vaikuttavien klaanien välillä. Vuonna 1988 alkanut sisällissota ja samanaikainen kuivuus, nälänhätä ja rannikkoalueen merirosvoisuus johtivat laajaan humanitaariseen kriisiin. Kymmenet tuhannet siviilit lähtivät pakoon nälkää ja väkivaltaisuuksia. Vuonna 2000 alkoi väliaikaishallitusten aika, jolloin maata yritettiin vakauttaa. Islamistikapinallisten ja väliaikaishallitusten väliset taistelut kuitenkin jatkuivat aina vuoteen 2012 saakka, jolloin islamistijoukot vetäytyivät. Syyskuussa 2012 pidetty presidentinvaali oli ensimmäinen vuoden 1967 jälkeen. (BBC 2013, CIA 2014.)

Pinta-alaltaan melkein kaksi kertaa Suomen kokoinen Somalia on suurimmaksi osaksi tasankoa, mutta pohjoisen vuoristoa kohti kumpuileva maasto lisääntyy. Maatalous kattaa noin 59 % Somalian bruttokansantuotteesta. (CIA 2014.) Vuoden 2010 tilastojen mukaan Somalian väkiluku oli 9,3 miljoonaa (WHO 2012, 164). Väestön keskimääräinen elinajanodote on 50,8 vuotta ja yli 15-vuotiaista luku- ja kirjoitustaitoisia on 37,8 %. Maan virallisia kieliä ovat somali ja arabia. Niiden lisäksi Somaliassa puhutaan myös italiaa ja englantia. Islam on maan yleisin uskonto. (CIA 2014.)

Somaliassa vuosia jatkuneen kaaostilan vuoksi somalipakolaisia on lähtenyt eri

puolille maailmaa, myös Suomeen, erityisesti 1990-luvulla. Somalit olivatkin ensimmäinen suuri pakolaisryhmä, joka saapui Suomeen. (Tiilikainen 2000; Tiilikainen 2003, 51.) Ensimmäiset tulijat olivat pääosin yksinäisiä miehiä, mutta myöhemmin myös naisten määrä on kasvanut erityisesti perheiden yhdistämisen kautta. Suurin osa Suomeen tulleista somaleista on lähtöisin Etelä-Somalian kaupungeista. (Tiilikainen 2000.) Tilastokeskuksen (2014) mukaan vuonna 2013 Suomessa asui 7465 Somalian kansalaista.

2.3 Ruokakulttuuri Somaliassa

Kullakin maalla on oma ruokakulttuurinsa. Se on jatkuvasti muutoksessa, mutta siihen kuuluu myös pysyviä ja ennustettavissa olevia elementtejä. Etnisen ruokakulttuurin muotoutumiseen vaikuttavat maan historia, uskonto ja maantieteellinen sijainti. (Mäkelä ym. 2003, 7–8.) Ruokaan ja sen valmistukseen liittyvät traditiot ovat tiettyyn kulttuuriin keskeisesti liitettäviä ominaispiirteitä ja niiden kautta voidaan säilyttää vähemmistöryhmien yhtenäisyys sukupolvien ajan, vaikka ryhmä fyysisesti olisikin eristäytynyt kotikulttuuristaan (Beardsworth & Keil 1997, 53). Afrikasta ja Aasiasta Norjaan tulleiden maahanmuuttajanaisten mielestä tärkeimpiä oman ruokakulttuurin säilytettäviä piirteitä olivat ruuan maku, valmistustapa sekä uskonnollisissa ruokasäännöissä pitäytyminen (Garnweidner ym. 2012).

Somalialainen ruokakulttuuri voidaan karkeasti jakaa neljään perustyyppiin ihmisten elinkeinon ja asuinpaikan perusteella. Paimentolaisten ruokavaliossa painottuvat liha ja maito, kun taas maanviljelijät syövät enemmän viljavalmisteita, vihanneksia ja hedelmiä. Kaupunkilaisten ruokailutottumuksiin on tullut paljon vaikutteita länsimaista, erityisesti Italiasta. Rannikolla asuvien pääelintarvike on kala. (Partanen 2002, 56.)

Laajan paimentolaisuuden myötä pääelintarvike Somaliassa on maito. Erityisesti kamelinmaidolla on suuri merkitys sen sisältämien monipuolisten ravintoaineiden vuoksi. Kamelin lihaa ja maitoa nautitaan sekä paimentolaisten että kaupunkilaisten

keskuudessa. Kamelinmaito on vähärasvaista, mutta ravintopitoista ja liha maukasta ja mehevää. Paimentolaisten keskuudessa liha ei kuitenkaan kuulu päivittäiseen ruokavalioon, vaan karja kuljetetaan kyliin ja kaupunkeihin myytäväksi ja vastineeksi hankitaan muita hyödykkeitä. Kaupunkilaiset syövät lihaa useammin kuin paimentolaiset. Kiertävä paimentolaiselämä rajoittaa aterioiden määrää. Paimentolaiset syövät päivässä yleensä yhden pääaterian illalla, kun koko perhe on koolla. Maidon lisäkkeenä tarjotaan durra- tai hirssipohjaisia ruokia. Ateria syödään käsin yhteisestä astiasta, kuitenkin miehet ja naiset erillään toisistaan. Naiset hoitavat ruuanvalmistuksen sekä vuohien ja lampaiden lypsämisen, mutta kamelien lypsäminen kuuluu miehille. (Hussein 2010.)

Ulkomailta tuodun ruuan ja siirtomaa-ajan vaikutteiden myötä paikalliset viljakasvit, kuten maissi, hirssi ja durra, ovat vähitellen korvautuneet riisillä ja pastalla, jotka ovat nykyisin sekä koti- että ravintola-aterioiden perusta. Niiden kanssa tarjotaan lammas-, kala-, kana- ja vihannescurrymuhennoksia (Hussein 2010). Kananliha ja kananmunat ovat yleisiä raaka-aineita somalialaisessa keittiössä, sillä kanoja pidetään lähes joka taloudessa niin maaseudulla kuin kaupungissakin (Mölsä 2001, 34). Sianlihaa ja verta ei syödä lainkaan, koska ne ovat islamin mukaan kiellettyjä. Ravinnoksi sallitut eläimet tulee teurastaa niin, että veri valuu kaulavaltimosta nopeasti pois, jotta liha jää mahdollisimman verettömäksi. (Partanen 2002, 16–17; Hallenberg & Perho 2010, 49–50.)

Vaikka Somalialla on Afrikan pisin rantaviiva, kalaa syödään huomattavan vähän. Perinteisessä paimentolaisajattelussa kalastusta pidetään köyhien vähäpätöisenä elinkeinona. Poikkeuksena on kuitenkin pienessä rannikkokaupungissa asuva Bravani-heimo, joka hyödyntää kalaa monipuolisesti ruuan pääraaka-aineenaan. Kalan kanssa tarjotaan riisiä tai leipää. (Hussein 2010.) Osaltaan vähäiseen kalan syömiseen sisämaassa vaikuttaa kalan kuljetukseen sisältyvä pilaantumisriski (Hallenberg & Perho 2010, 333.)

Somaliassa sähköhellat ovat harvinaisia. Niinpä ruoka valmistetaan perinteisillä menetelmillä puuhiilillä keittäen tai paistaen, hauduttaen maassa tai grillaten. (Mölsä

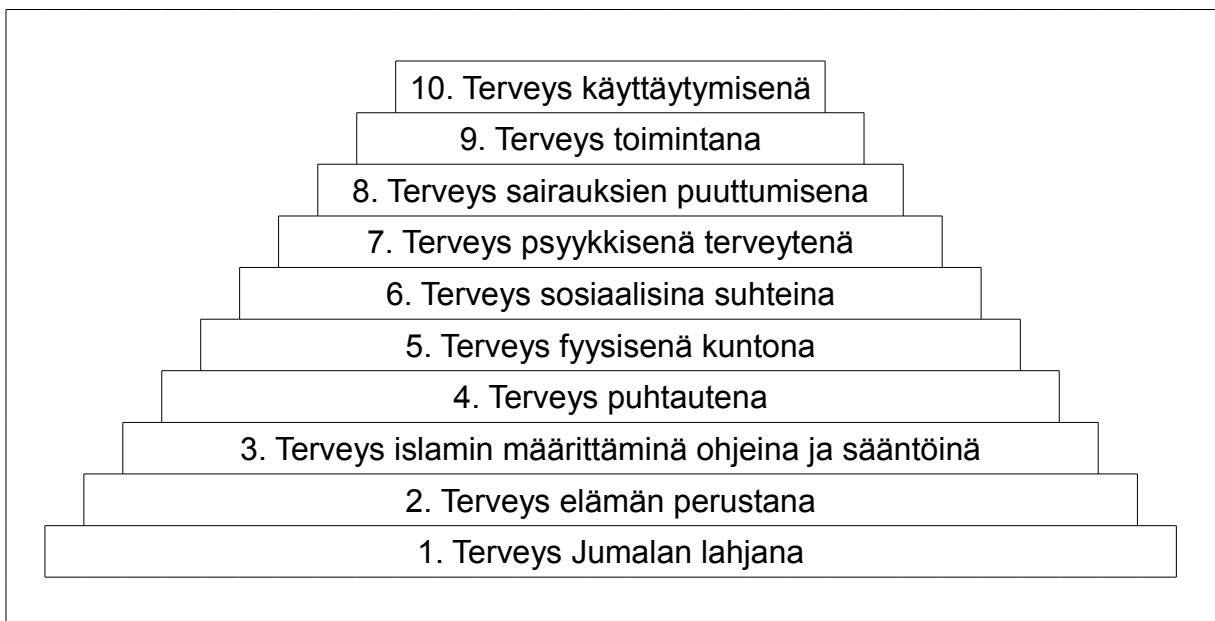
2001, 14.) Päivän pääateria on lounas, jolloin syödään spagettia tai riisiä lihan kanssa. Kevyellä päivällisellä tarjotaan usein papuja tai muita palkokasveja. Vihannekset syödään yleensä sellaisenaan sekoittamatta liha- tai riisiruokiin. Maitoa käytetään paljon sellaisenaan sekä jogurtina, mutta juustoa ei syödä. (Partanen 2002, 57.) Yleisin jälkiruoka on tuore hedelmä, esimerkiksi papaija, mango tai vesimeloni (Mölsä 2001, 108; Partanen 2002, 57; Hallenberg & Perho 2010, 336). Toisin kuin muita hedelmiä, banaania syödään usein pääruoan lisukkeena (Hallenberg & Perho 2010, 335). Suomessa somalimaahanmuuttajat syövät kuitenkin huolestuttavan vähän hedelmiä (Prättälä 2012). Lisäksi Suomeen tulon myötä peruna ja kahvi ovat jossain määrin korvanneet perinteiset riisin ja teen arjen ruokailuissa (Mölsä 2001, 14).

2.4 Somalialaisen terveystieteiden osatekijöitä

Hallenberg (2006) on kuvannut islamilaista terveystietoa ja sen ominaispiirteitä. Islamin uskoon kuuluu ajatus siitä, että ihminen on jumalan luoma ruumiin, mielen (eli järjen) ja sielun muodostama kokonaisuus. Mikä tahansa näistä kolmesta ulottuvuudesta voi sairastua. Muslimikulttuurissa terveyden ja sairauden välinen raja on häilyvä ja selitykset sairastumiselle ovat erilaisia kuin länsimaisessa kulttuurissa. Yleisimmin sairauten suhtaudutaan jumalan sallimana koettelemuksena, joka kasvattaa ihmisen luonnetta ja kärsivällisyyttä. Muita selityksiä sairauksille ovat rangaistus synnistä, tartunta sekä magia. Sairauksien hoidossa voidaan käyttää monia keinoja samanaikaisesti, eli potilas saattaa käydä niin lääkärissä, perinteisellä parantajalla kuin henkien karkottajallakin omasta maailmankuvastaan riippuen. Islamilaisen maailman lääketieteessä tavataan kahta eri järjestelmää: länsimaista koululääketiedettä, joka on islamilaisittain sovellettua sekä kansanperinnettä. (Hallenberg 2006.) Oleellista on, että hoitomenetelmät ovat sopusoinnussa islamin lain kanssa. Islamilaisen terveystieteiden mukaan sekä terveys että sairaus ovat jumalalta ja jokaiseen sairauteen on olemassa parannuskeino. Ihminen nähdään jumalasta riippuvaisena olentona, joka jumalan tahtoa noudattamalla saa elää terveenä ja hyvinvoivana. (Serkkola & Allahwerdi 1998, Hallenberg 2006.) Koraanin

lukeminen ja rukous liitetään terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Samoin amulettien käytön uskotaan suojaavan sairauksilta ja onnettomuuksilta (Serkkola & Allahwerdi 1998). Lisäksi islamissa ajatellaan, että jokaisella muslimilla on velvollisuus suojella elämänsä ja pysyä terveenä. Ravinnolla ja puhtaudella on merkittävä osa tässä pyrkimyksessä. (Hallenberg & Perho 2010, 39.)

Hassinen-Ali-Azzani (2002) on väitöskirjassaan tutkinut Suomeen muuttaneiden somalialaisten terveystieteiden ja perhe-elämän hoitokäytäntöjä. Terveystieteistä muodostui kuvassa kaksi esitettyä kokonaisuutta, jossa terveyden eri osa-alueet esitetään tutkimuksessa haastateltujen somalialaisten näkemysten mukaisessa tärkeysjärjestyksessä (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Kuvasta on selkeästi havaittavissa, kuinka voimakkaasti islamilainen terveystieteen näkemys on somalialaisen terveystieteen taustalla ja perustana.



Kuva 2. Somalialaisen terveystieteiden osa-alueet tärkeysjärjestyksessä somalimaahanmuuttajien näkökulmasta (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 116).

Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tuloksia tukee osittain Carrollin ym. (2007) tekemä tutkimus, jossa somalilaiset määrittivät terveyttään ensisijaisesti fyysisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn kautta. Hyvinvoinnilla he tarkoittivat kykyä toimia äidin, vaimon ja perheestä huolehtijan roolissa perheen rakennetta ylläpitäen. Lisäksi tutkimuksen tulokset korostivat terveystieteen sosiaalista ja kulttuurista

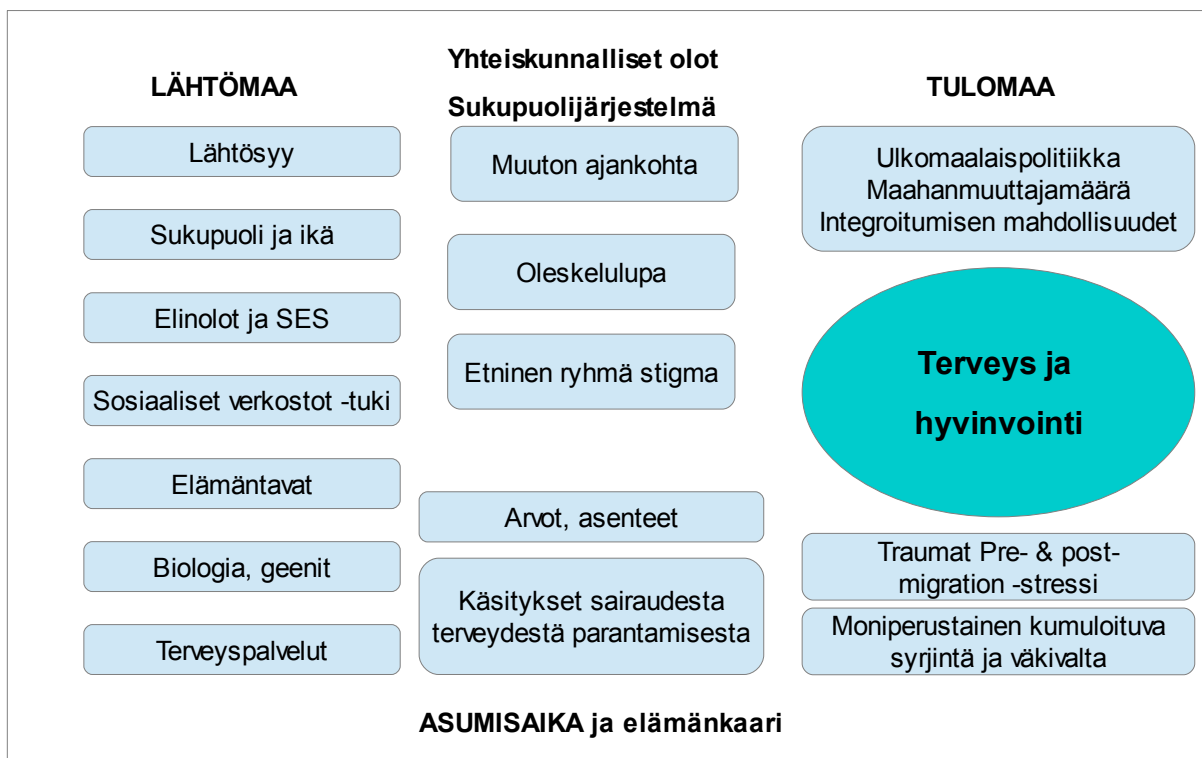
kontekstia. (Carroll ym. 2007.)

Myös Simmelink ym. (2013) ovat tutkineet maahanmuuttajien terveysuskomuksia. He eivät keskittyneet ainoastaan somaleihin, vaan kohderyhmänä olivat Itä-Afrikan pakolaiset Yhdysvalloissa. Tutkijat havaitsivat, että itäafrikkalaisilla pakolaisilla on vahvat kulttuuriset, uskonnolliset ja traditionaaliset terveyskäytännöt, jotka määrittävät heidän terveyskäyttäytymistään. Samalla ne myös vaikuttavat pakolaisten ja länsimaisen terveydenhuoltosysteemin väliseen vuorovaikutukseen. Maahanmuuttajien terveyskäsitusten ymmärtäminen johtaa parempaan hoitomyöntyvyyteen terveydenhuollossa. (Simmelink ym. 2013.) Vastaavasti myös terveyden edistämisen lähtökohtana on oltava kulloisenkin kohderyhmän omat terveyskäsitukset.

2.5 Maahanmuuton heijastuminen terveyteen ja ruokailutottumuksiin

Uuteen maahan muuttaessaan yksilö kohtaa erilaisia kulttuurisia normeja ja käytäntöjä, jolloin hänen tulee päättää, mitä kulttuuria ja miten hän haluaa toteuttaa. Tässä akkulturaatio- eli kulttuuriin sopeutumisen prosessissa yksilö sopeutuu vaiheittain uuteen ympäristöönsä ja vastaavasti ympäristö sopeutuu uuteen tulijaan. (Berry 1990 Alitolppa-Niitamon 1994, 29–30 mukaan.)

Malin (2011) on eritellyt tekijöitä, jotka vaikuttavat maahanmuuttajan terveyteen (kuva 3). Hän linkittää maahanmuuttajan terveydentilan voimakkaasti lähtömaan tilanteeseen, maahanmuuton syihin ja tulomaahan integroitumiseen. Lähtökohtaisesti eniten yksilön terveysvoimavaroista kertoo maastamuuton syy; onko henkilön ollut pakko lähteä kotimaastaan ja millaisista oloista hän on lähtenyt. (Malin 2011.)



Kuva 3. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä (Malin 2011, 205).

Eläminen uudessa maassa vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ajankäyttöön ja elintapoihin. Monet maahanmuuttajat alkavat lihoa uuteen maahan tulon myötä. Sen lisäksi, että sokeripitoiset ruuat ja juomat ovat helposti saatavilla, myös ajankäytön muutokset vaikuttavat painonhallintaan. Siinä missä aiemmin arki on täytynyt esimerkiksi maaseudulla liikkumisesta, fyysisestä työstä ja arkiaskareista, Suomessa arkiliikunta vähenee ja samalla säännöllisen päivärytmin puute, tekemättömyys ja pitkästyminen johtavat helposti naposteluun. (Partanen 2002, 36.) Saman havainnon tekivät myös Simmelink ym. (2013) tutkiessaan itäafrikkalaisten pakolaisten terveyskäsityksiä ja -uskomuksia. He havaitsivat, että tietyt olosuhteet lähtömaassa edistivät maahanmuuttajan terveyttä. Afrikassa pitkätkin etäisyydet kuljetaan usein kävellen eikä autolla ja muutenkin kävely on oleellinen osa arkea. Samalla tavoin kylmälaitteiden puuttuminen lähtömaassa ”pakottaa” syömään säilöntäaineettomia tuoreita ruokia. (Simmelink ym. 2013.)

Garnweidner ym. (2012) huomauttavat, että siinä vaiheessa kun Aasiasta ja Afrikasta tulevat maahanmuuttajat siirtyvät länsimaiseen kulttuuriin, myös perheen asetelmat

työllisyyden suhteen voivat muuttua. Lähtömaissaan naiset olivat todennäköisesti pääasiassa kotona, huolehtivat siellä perheestä ja käyttivät ruuanvalmistukseen paljon aikaa. Länsimaassa tilanne voi muuttua niin, että naisetkin ovat töissä ainakin osa-aikaisesti, mutta silti myös vastuu ruuanlaitosta säilyy edelleen heillä. (Garnweidner ym. 2012.)

Myös Gilbert ja Khokhar (2008) ovat tutkineet maahanmuuton terveysvaikutuksia. He ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen Euroopassa asuvien etnisten ryhmien ruokailutottumuksista. Tutkimuksessa havaittiin, että usein länsimaiseen ruokakulttuuriin sopeutuminen muuttaa maahanmuuttajan ruokailutottumuksia epäterveellisemmiksi. Uudessa maassa prosessoidut rasvaiset, sokeriset ja suolaiset ruuat tulevat lähtömaan ruokavalion terveellisten osatekijöiden eli hedelmien, vihannesten, pähkinöiden ja viljatuotteiden tilalle. (Gilbert & Khokhar 2008.) Joissakin tutkimusartikkeleissa tätä ilmiötä kuvataan termillä 'healthy immigrant effect' (ns. terveen siirtolaisen vaikutus). Ilmiössä on kyse siitä havainnosta, että usein maahanmuuttajat ovat uuteen maahan tullessaan terveempiä kuin kantaväestö, mutta tämä "terveysetu" menetetään sopeutumisen myötä (Hyman ym. 2002, Koskinen ym. 2012). Yhtenä osatekijänä ilmiön taustalla ovat maahanmuuttoprosessin käytännöt, jossa vastaanottajamaa valikoi maahanmuuttajia terveydentilan perusteella. Tällöin lopulta vain terveimmät hyväksytään maahanmuuttajiksi, joten he ovat maahan tullessaan keskimäärin kantaväestöä terveempiä. (Sanou ym. 2014.)

Simmelink ym. (2013) ovat todenneet, että vaikka monet maahanmuuttajien kotimaassaan omaksumat uskonnolliset ja kulttuuriset käytännöt (tupakan, huumeiden ja alkoholin välttäminen, tuoreen ruuan syöminen) jatkuvatkin uudessa maassa, sopeutumisen myötä tottumukset voivat myös muuttua heijastuen samalla maahanmuuttajan terveydentilaan. Esimerkiksi itäafrikkalaiset pakolaiset totesivat, että koska heidän ei kotimaassaan tarvinnut lukea ruokien tuoteselosteita, he eivät ole tottuneet tekemään sitä uudessa maassakaan. Lisäksi tietämättömyys prosessoitujen, pakattujen ja säilöttyjen ruokien mahdollisista epäterveellisistä ainesosista voi johtaa terveysongelmiin. (Simmelink ym 2013.) Sama asia havaittiin

myös Jamesin (2004) tutkimuksessa, jossa tuoteselosteiden lukeminen nousi yhdeksi oleelliseksi ravitsemukseen liittyväksi perustaidoksi, jota tulee kehittää afro-amerikkalaisten keskuudessa.

Tuoteselosteiden ymmärtämisen tärkeys korostuu erityisesti muslimeilla. Islamin uskontoon kuuluu huolellisuus siitä, että syötävä ruoka on 'halal' eli sallittua eikä siis sisällä verta, sikaperäisiä valmisteita, epäpyhäksi luokiteltujen eläinten lihaa eikä alkoholia (Hallenberg & Perho 2010, 49–50). Muslimimaissa kaupoissa ei ole kiellettyjä tuotteita, mutta epätietoisuus länsimaisten ruokien ainesosista voi tuottaa ongelmia ruuan valinnassa. Tällöin ruokavalio saattaa yksipuolistua vaikuttaen ravitsemustilaan. (Serkkola & Allahwerdi 1998.) Eniten kysymyksiä herättävät erilaiset lisäaineet, jotka saattavat olla sikaperäisiä (Hallenberg & Perho 2010, 61).

Carrollin ym. (2007) tutkimus vahvistaa maahanmuuttajien kokemia haasteita terveellisten ruokailutottumusten suhteen: somalipakolaiset totesivat, että Yhdysvalloissa heillä on ollut vaikeuksia ylläpitää hyviä ruokailutottumuksia. Syinä tähän olivat rasvaisten ruokien laaja saatavuus sekä epävarmuus pakattujen ruokien ravintosisällöstä. (Carroll ym. 2007.)

Partanen (2002) on listannut yleisimpiä maahanmuuttajien ravitsemusongelmia. Osa niistä liittyy alkuvaiheen sopeutumiseen, mutta joidenkin ongelmien taustalla voi olla pitkäänkin jatkunut tietyn ravintoaineen puutostila. Ongelmana voi olla myös ruokahaluttomuus, jota ilmenee sekä lapsilla että aikuisilla erityisesti uudessa maassa elämisen alkuvaiheessa. Yleensä kotoutuminen helpottaa tilannetta. Lasten ruokahaluttomuutta voi aiheuttaa uudessa maassa lisääntynyt makeisten ja virvoitusjuomien käyttö. Lisäksi sokeroidun teen juominen on somalikulttuurille tyypillistä, jolloin yleisenä seurauksena on hampaiden reikiintyminen ja karies niin lapsilla kuin aikuisillakin. (Partanen 2002; 31, 35.)

Partanen (2002) jatkaa toteamalla, että maahanmuuttajilla raudan ja / tai D-vitamiinin puutos on yleistä, mistä voi seurata anemiaa tai riisitautia. Ihon tumma pigmentti vähentää ihon pinnalla tapahtuvaa D-vitamiinisynteesiä, joten erityisesti

tummaihoisten maahanmuuttajien D-vitamiinin riittävään saantiin tulee kiinnittää huomiota. Myös kaapuun pukeutuvat musliminaiset saattavat kärsiä D-vitamiinin puutoksesta, koska iho ei altistu riittävästi auringonvalolle eikä D-vitamiinia pääse muodostumaan riittävästi. Puutostilojen lisäksi erilaiset vatsavaivat, laktoosi-intoleranssi ja ummetus ovat tyypillisiä maahanmuuttajien terveysongelmia. (Partanen 2002, 33–37.)

Edellä kuvattuihin maahanmuuttajien ravitsemushaasteisiin pyritään vastaamaan ravitsemuskasvatuksella. Ravitsemuskasvatus on ravitsemukseen liittyvää neuvontaa, opetusta ja valistusta. Ravitsemuskasvatuksella pyritään vahvistamaan yksilön edellytyksiä terveyttä edistäviin valintoihin. Kokonaisuutena siinä on kysymys tietojen, taitojen ja ymmärryksen lisäämisestä, mikä mahdollistaa itsenäisen ja vastuullisen päätöksenteon. (Nupponen 2001.)

Suomessa ravitsemuskasvatuksen perustana ovat Suomalaiset ravitsemussuositukset. Valtion ravitsemusneuvottelukunta päivitti ne vuonna 2014 sen jälkeen kun uusimmat pohjoismaiset ravitsemussuositukset hyväksyttiin vuonna 2013. (VRN 2014b.) Ravitsemussuositukset voidaan jakaa ravintoainesuosituksiin ja ruoka-ainesuosituksiin. **Ravintoainesuositukset** määrittelevät yksittäisten ravintoaineiden suositeltavia saantitasoja ja ne on kehitetty ravitsemuksen ja terveyden myönteisen kehityksen tueksi ryhmä- ja väestötasolla. Yksilöiden ravitsemusneuvontaan niitä ei voida suoraan soveltaa ravinnontarpeen yksilöllisen vaihtelun vuoksi. **Ruoka-ainesuositukset** puolestaan määrittelevät eri ruoka-aineryhmien suositeltavia käyttömääriä. Nämä suositukset on kehitetty ravitsemuskasvatuksen apuvälineeksi ja ne soveltuvat käytettäviksi myös yksilötasolla. (Borg ym. 2004, 96–7.)

Tunnetuimmat ruoka-ainesuosituksista johdetut mallit ovat ruokaympyrä ja ruokakolmio. Terveellisessä ja monipuolisessa ruokavaliossa syödään päivittäin kuhunkin lohkoon / sektoriin sijoitettuja elintarvikkeita siinä suhteessa, kuin ne on kuviossa esitetty. Ruokakolmiossa (kuva 4) ruokavalion päivittäisen perustan muodostavat kolmion alaosaan sijoitetut ruoka-aineet, kun taas kolmion huipulla

olevia ruoka-aineita ei suositella päivittäiseksi osaksi ruokavaliota. (VRN 2014b, 19.)



Kuva 4. Ruokakolmio havainnollistaa, missä suhteessa käytettynä eri ruoka-aineet muodostavat terveyttä edistävän ruokavaliota (VRN 2014a).

James (2004) on tutkinut kulttuurin ja yhteisön vaikutusta ravitsemukseen liittyviin asenteisiin ja ruokavalintoihin. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat afro-amerikkalaiset Floridassa. James havaitsi, että tutkittavilla oli yleinen käsitys, jonka mukaan terveellinen syöminen tarkoittaa kulttuurisista tavoista tai perinteistä luopumista ja valtakulttuuriin mukautumista. Terveellisen ruokavaliota esteinä olivat sosiaalisen tuen puute, kiire, tiettyjen ruokien sosiaaliset tai kulttuuriset symbolit, terveellisen ruuan paha maku ja kalleus sekä tiedon puute. Jamesin mukaan afro-amerikkalaiset tarvitsivat edelleen tietoa ravitsemuksen perusaiheista, kuten annoskoosta ja ravintosisältöjen lukemisesta. Tulokset osoittivat myös, että ohjelmat ja niiden materiaalit kannattaa toteuttaa kirkoissa, lähikaupoissa ja paikallisissa ravintoloissa, eli siellä, missä kohderyhmä viettää normaalistikin aikaa. (James 2004.)

Ravitsemuskasvatuksessa on huomioitava kulloisenkin kohderyhmän erityispiirteet,

tarpeet ja lähtökohdat, jotta se olisi vaikuttavaa. Tällä tutkimuksella pyrin hahmottamaan somalimaahanmuuttajien näkemyksiä terveydestä ja terveellisestä ruokavaliosta mahdollisten tulevien somalimaahanmuuttajille suunnattavien kulttuurisensitiivisten ravitsemuskasvatushankkeiden suunnittelun avuksi.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää somalimaahanmuuttajien käsityksiä terveydestä ja terveellisestä ruokavaliosta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa somalimaahanmuuttajille suunnatun kulttuurisensitiivisen ravitsemuskasvatushankkeen suunnitteluun.

Tutkimuskysymykseni ovat

1. Millaisia käsityksiä Somaliasta Suomeen tulleilla maahanmuuttajilla on terveydestä ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä?
2. Millainen on terveellinen ruokavalio Suomessa asuvien somalialaisten mielestä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Maahanmuutto muokkaa yksilön terveystähtäyksiä ja -tuttumuksia. Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena ovat maahanmuuttajien käsitykset terveysteemoista. Niiden ymmärtäminen edellyttää laadullista tutkimusotetta. Tässä luvussa käsittelen, mitä menetelmiä olen käyttänyt pyrkiessäni vastaamaan tutkimuskysymyksiini. Lisäksi kerron, miten olen kyseisiä menetelmiä soveltanut tähän tutkimukseen.

4.1 Tutkimusmenetelmät

Perinteisesti ihmisten käsityksiä tutkittaessa on hyödynnetty fenomenografista tutkimusotetta. Fenomenografiassa tutkitaan ihmisten erilaisia käsityksiä samasta asiasta. Käsityksistä pyritään muodostamaan merkityskokonaisuus, joka ilmaisee, millaisia laadullisia eroja käsityksillä on ja missä suhteessa käsitykset ovat toisiinsa nähden. (Huusko & Paloniemi 2006.) Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä hahmottamaan erilaisten käsitysten laadullisia eroavaisuuksia tai asettamaan niitä hierarkkiseen järjestykseen toistensa suhteen, vaan hahmottamaan kohderyhmän arkisia ajatuksia ja näkemyksiä tutkittavasta aiheesta.

Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi soveltui parhaiten teemahaastattelu, koska sen avulla tutkimuksen aihepiiristä oli mahdollista saada monipuolinen aineisto. Valitsin haastattelun menetelmäksi myös sen vuoksi, että Suomessa asuvat somalimaahanmuuttajat ovat yleensä ensimmäisen polven maahanmuuttajia ja oletin, että heidän suomen kielen taitonsa ovat vahvemmat suullisesti kuin kirjallisesti.

Teemahaastattelussa, kuten sen nimikin osoittaa, keskitytään ennalta päätettyihin teemoihin (liite 1). Teemahaastattelussa ei ole yksityiskohtaisia tarkkoja kysymyksiä, jotka toistetaan samanlaisina ja samassa järjestyksessä kaikille haastateltaville. Sen sijaan haastattelussa käydään läpi ennalta päätetyt teemat, joiden käsittelyjärjestys

ja -laajuus voivat vaihdella eri haastatteluissa. Niinpä teemahaastattelu jättää riittävästi vapauksia myös luonnolliseen keskusteluun. Kaikki teemat käydään kuitenkin läpi jokaisen haastateltavan kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48; Eskola & Vastamäki 2010.)

Eskolan ja Vastamäen (2010) mukaan käsiteltävien teemojen valinnassa on tärkeää perehtyä aiempiin vastaaviin tutkimuksiin ja niiden teemoihin. Jos tutkimusteemat valitaan vain tutkijan oman intuition perusteella, on vaarana, että tutkija voimistaa omia ennakkokäsityksiään. Oleellisinta teemojen valinnassa on kuitenkin pitää mielessä varsinainen tutkimusongelma, johon kerättävällä aineistolla pyritään vastaamaan. Haastattelutilannetta varten tutkijan on hyvä miettiä etukäteen pää- ja apukysymyksiä kustakin teemasta, jotta haastattelu etenisi sujuvasti. Kuitenkin on hyväksyttävä myös se, etteivät kaikki haastateltavat tuota aineistoa yhtä paljon ja eri teemat korostuvat kunkin haastateltavan elämäntilanteen, taustojen ja kokemusten mukaan. (Eskola & Vastamäki 2010.)

Silloin, kun haastattelija ja haastateltava eivät puhu äidinkielenään samaa kieltä, on pohdittava, millä kielellä haastattelut on järkevää ja mielekästä toteuttaa. Garnweidner ym. (2012) tutkivat Norjassa Afrikasta ja Aasiasta tulleiden maahanmuuttajanaisten ajatuksia isäntämaansa ruokakulttuurista. Kaikki haastattelut toteutettiin norjaksi, vaikka haastateltavien suullinen norjan kielen taitotaso vaihtelikin. Kielellisten vaikeuksien ilmetessä kysymyksiä käännettiin tai toistettiin eri sanamuodossa englanniksi. Tulkkia ei kuitenkaan käytetty lainkaan, koska se olisi tuonut lisähaasteita aineiston keräämiseen ja analysointiin. (Garnweidner ym. 2012.) Päätin toteuttaa tämän tutkimuksen haastattelut suomen kielellä ilman tulkkia. Tarvittaessa oli mahdollista hyödyntää myös englannin kieltä, kuten Garnweidner ym. (2012) tekivät.

4.2 Tutkimusaineiston kerääminen

Ennen tutkimuksen aloittamista minulla ei ollut henkilökohtaisia kontakteja

somalimaahanmuuttajiin. Tutustuin kuitenkin somalikulttuuriin jonkin verran tutkimuksen kirjallisuuskatsausta tehdessäni. Kohderyhmäni tavoittamiseksi otin yhteyttä kaupungin maahanmuuttopalveluihin sekä paikalliseen monikulttuurisuuskeskukseen. Molemmista paikoista minut ohjattiin ottamaan yhteyttä tiettyyn Somaliasta tulleeseen henkilöön, jolla tiedettiin olevan hyvät verkostot alueensa somalimaahanmuuttajiin. Hänestä tulikin avainhenkilö kohderyhmäni tavoittamisen kannalta.

Weiste-Paakkanen ym. (2012) ovat pohtineet Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -raportissaan sitä, mitkä tekijät heidän tutkimuksessaan edistivät kohderyhmänä olleiden maahanmuuttajien osallistumisaktiivisuutta. Tärkeäksi tekijäksi nousi henkilökohtaisen kontaktin luominen. (Weiste-Paakkanen ym. 2012.) Henkilökohtaisessa tapaamisessa tutkija on suorassa vuorovaikutuksessa kohderyhmänsä kanssa ja tutkimuksen sisällöstä, tarkoituksesta ja mahdollisista esiin nousevista kysymyksistä voidaan keskustella välittömästi. Näin ollen vältetään väärinkäsityksiltä ja siltä, että tutkimuksesta kieltäydyttäisiin, koska sen sisältöä ja tarkoitusta ei olla ymmärretty oikein.

Avainhenkilöni kautta pääsin mukaan somalimaahanmuuttajien tapaamiseen, jossa sain esitellä tutkimustani ja kysyä vapaaehtoisia haastateltaviksi. Tämän tapaamisen yhteydessä kuusi maahanmuuttajaa lupautui osallistumaan tutkimukseeni. Vaihdoin kunkin haastateltavan kanssa yhteystiedot ja sovin heidän kanssaan myöhemmin puhelimitse haastatteluajan ja -paikan. Haastattelut toteutuivat kaikkien näiden kuuden henkilön kanssa. Todennäköisesti henkilökohtainen kontakti oli tärkeä tekijä haastateltavien löytymisen ja tutkimukseen suostumisen taustalla.

Ennen haastattelujen toteuttamista olin vielä yhteydessä avainhenkilööni ja kävin hänen kanssaan haastatteluteemat läpi kysyen häneltä kommentteja niihin. Tällä keskustelulla korvasin pilottihaastattelun tekemisen, sillä pystyin epävirallisesti testaamaan haastattelurunkoani kohderyhmääni kuuluvalla henkilöllä ja sain häneltä palautetta teemoista ja niiden toimivuudesta. Lisäksi keskustelin hänen kanssaan haastattelujen käytännön toteutuksesta sekä mahdollisista kohderyhmän

erityispiirteistä, jotka minun olisi hyvä ottaa huomioon haastattelutilanteessa. Mainittavia erityispiirteitä ei tässä keskustelussa kuitenkaan tullut esiin.

Rastas (2005) on pohtinut kulttuurierojen vaikutusta haastattelutilanteeseen. Kun haastattelija ja haastateltava tulevat selkeästi erilaisista kulttuuritaustoista, väärinymmärrysten mahdollisuus on ilmeinen. Haasteita voivat aiheuttaa paitsi kielelliset vaikeudet myös se, että käytetään samoja sanoja eri merkityksissä. Kulttuurierot saattavat haastattelutilanteessa nousta niin voimakkaasti esille, että ne voivat estää haastattelulle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen. Haastattelijan tulisikin jo alkuvaiheessa varmistaa, että haastateltava on varmasti ymmärtänyt oikein tutkimukseen suostumisensa ja sen mitä tutkimuksella tarkoitetaan, mihin sillä pyritään ja kuinka hänen tuottamaansa aineistoa tullaan käyttämään. Haastattelussa voi nousta myös esiin teemoja, jotka ovat kulttuurisesti herkkiä tai vaiettuja asioita. Tällaisten tilanteiden ennakoimiseksi ja välttämiseksi tutkijan olisi hyvä etukäteen perehtyä mahdollisimman hyvin kohderyhmänsä kulttuuriin ja sen erityispiirteisiin. Toisaalta kulttuuriin perehtymisen tarve määrittyy paljon myös tutkimusteemojen mukaan. Kaikkia kulttuurisia erityispiirteitä on kuitenkin mahdotonta huomioida etukäteen eikä sitä voida tutkijalta vaatiakaan. Kuitenkin on huomattava, että nämä seikat voivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Rastas 2005.)

Haastatteluissa mahdollisesti esiin tuleviin kulttuurisiin erityispiirteisiin pyrin valmistautumaan etukäteen juttelemalla haastattelun teemoista avainhenkilöni kanssa. Haastattelutilanteessa kävin aina aluksi kunkin haastateltavan kanssa läpi, mistä tutkimuksessa on kyse ja he lukivat ja allekirjoittivat tutkimuksen suostumuslomakkeen (liite 2).

Haastattelutilanteen alkuun Rastas (2005) kehottaa haastattelijaa ottamaan esille kulttuurierot ja molemminpuolisen jännityksen tilanteesta. Haastattelija voi esimerkiksi todeta: *”En tunne kulttuuriasi riittävästi. Jos sanon tai teen jotain väärin, toivon, että kerrot sen minulle.”* (Rastas 2005, 101). Tätä ohjetta noudatin haastattelutilanteissa ja uskon, että se osaltaan vaikutti molemminpuolisen avoimuuden ja luottamuksen syntymiseen.

Koska haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, haastattelutilanteessa oli mahdollista kaikessa rauhassa keskustella, tarkentaa, esittää lisäkysymyksiä ja varmistua molemminpuolisesta ymmärryksestä. Toki kielitaidon merkitys korostui edelleen, mutta pyrin silti paneutumaan kulloisenkin haastateltavan ajatuksiin ja näkemyksiin mahdollisimman hyvin. Haastattelut toteutettiin pääosin suomeksi, mutta tarvittaessa käytettiin myös englannin kieltä apuna.

Kuuden haastateltavan joukossa oli kaksi naista ja neljä miestä, kaikki iältään 18–32-vuotiaita. Haastattelujen tekohetkellä viisi haastateltavista oli ollut Suomessa noin viisi vuotta ja yksi haastateltava kaksi vuotta. Suurin osa haastateltavista opiskeli Suomessa toisen asteen koulutuksessa.

Toteutin kaikki kuusi haastattelua lokakuun 2013 aikana. Viisi haastattelua tein paikallisessa kahvilassa ja yhden haastateltavan kotona. Haastattelut kestivät 45–75 minuuttia. Myös aineiston litterointi tapahtui lokakuun aikana. Tekstimuotoon litteroidun haastatteluaineiston pituus oli noin 64 sivua, kun tekstifonttina oli Times New Roman, pistekokona 12 ja rivivälinä 1. Aineiston luokittelu ja analyysi käynnistyivät marraskuussa 2013 heti aineistonkeruun jälkeen.

4.3 Aineiston sisällönanalyysi

Analysoin haastatteluaineiston sisällönanalyysillä, joka sopii minkä tahansa tekstimuotoisen aineiston analyysimenetelmäksi. Sisällönanalyysin avulla aineisto järjestyy loogiseksi kokonaisuudeksi, joka kuvaa tutkittavaa ilmiötä tiiviisti ja selkeästi säilyttäen kuitenkin aineiston monipuolisuuden. Tässä tutkimuksessa käytin niin sanottuun yhdysvaltalaiseen perinteeseen viittaavaa analyysimallia, jossa aineistoa pelkistetään, ryhmitellään, luodaan ala-, ylä- ja pääluokkia sekä muodostetaan luokkia kuvaavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009; 101, 108.) Kuvassa viisi on eritelty sisällönanalyysin vaiheet, joiden mukaan etenin tässä tutkimuksessa.



Kuva 5. Sisällönanalyysin soveltaminen tähän tutkimukseen Tuomen ja Sarajärven (2009; 91–3, 107–13) esittämiä analyysin vaiheita mukailen.

Kun koko haastatteluaineisto oli litteroitu, poistin sieltä haastateltavien taustoihin liittyvät tekijät. Lopun aineiston (62 s) luin läpi pitäen mielessäni kolme keskeisintä tutkimusteemaa: terveystiedon käsitteet, ruoka ja terveys sekä terveellinen ruokavalio. Nämä pääteemat nousivat alkuperäisistä tutkimuskysymyksistäni, mutta analyysin edetessä tutkimuskysymykset vielä tarkentuivat lopulliseen muotoonsa.

Aineiston analyysiä on mahdollista toteuttaa kolmella erilaisella päättelyn logiikalla: aineistolähtöisesti, teoriasidonnaisesti tai teorialähtöisesti (Eskola 2010). Tässä tutkimuksessa analyysi eteni aineistolähtöisesti. Aineiston rajaamista ohjasivat

ennalta päätetyt teemat, jotka olivat tutkimuskysymyksistä johdettuja teemahaastattelun pääteemoja. En siis ryhtynyt analysoimaan koko haastatteluaineistoa, vaan rajasin koko aineistosta analysoitavaksi aineistoksi ne haastatteluosiot, jotka käsittelivät kolmea tutkittavaa pääteemaa. Aineiston rajaamisen jälkeen analyysi jatkui pääteemojen sisällä. Analyysille ei kuitenkaan ollut ennalta määriteltyä teoriaa tai analyysirunkoa.

Rajasin aineiston lukemalla haastatteluja systemaattisesti läpi ja merkitsemällä samalla sivujen marginaaleihin yksittäisillä sanoilla sen, mitä asiaa kussakin kappaleessa käsiteltiin. Pääteemojen lisäksi haastattelussa käsiteltyjä teemoja olivat esimerkiksi kuvaukset somalialaisesta ruuanvalmistuksesta, ramadan-paastokuukaudesta sekä yleisimmistä somalialaisista ruoka-aineista. Vaikka nämäkin olivat mielenkiintoista aineistoa, rajasin ne tutkimuskysymysteni suunnassa tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Kun olin käynyt koko aineiston tällä tavoin läpi, poimin sieltä kaiken sen tekstin, jossa käsiteltiin edellä mainittuja kolmea pääteemaa. Tähän saakka olin lukenut aineistoa haastattelu kerrallaan, mutta tässä vaiheessa yhdistin aineiston yhdeksi kokonaisuudeksi pääteemojen mukaan. Tämän karkean karsinnan jälkeen pääsin toteuttamaan varsinaista sisällönanalyysiä.

Kyngäs ja Vanhanen (1999) toteavat analyysiprosessin alkavan analyysiyksikön määrittämisestä. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus. Ajatuskokonaisuuden pituus vaihteli muutamasta sanasta useampaan lauseeseen. Ajatuskokonaisuuksia lukiessani etsin niistä merkityksellisiä ilmauksia – sanoja ja lauseita, joissa oli jokin merkitys tutkimuskysymysteni näkökulmasta. Kun merkitykselliset ilmaisut on tunnistettu aineistosta, Tuomi ja Sarajärvi (2009, 109) kehottavat poimimaan ne erilleen ja pelkistämään yksittäisiksi tiiviiksi ilmaisuiksi kuitenkin niin, ettei ilmaisun sisältämä informaatio muutu tai katoa. Tätä aineistolle tehtävää epäolennaisen karsintaa ja olennaisen pelkistämistä sanotaan redusoinniksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Kun olin rajannut kokonaisaineistosta pois haastateltavien taustatiedot sekä sen materiaalin, mikä ei ollut oleellista tässä tutkimuksessa, lopullista analysoitavaa

aineistoa oli jäljellä 26 sivua kolmen pääteeman alle jaettuna. Tätä kokonaisuutta ryhdyin käymään läpi ja tiivistämään alkuperäisilmaisuja pelkistettyyn muotoon. Aineiston tiivistyessä ja pelkistyessä pidin koko ajan huolen siitä, että mahdollisuus palata alkuperäisaineistoon säilyi. Sisällytin jokaiseen pelkistettyyn ilmaisuun koodin, joka osoitti kenen haastateltavan ajatuksesta on kyse sekä rivinumeron, jonka perusteella kyseinen ilmaisu oli mahdollista löytää alkuperäisaineistosta. Näin ollen tarvittaessa pystyin palaamaan alkuperäisaineistoon ja lukemaan sieltä laajempaa kokonaisuutta ja asiayhteyttä, mihin kukin merkityskokonaisuus liittyi. Pelkistettyjä ilmaisuja muodostui terveyskäsitys-teemasta 123, ruoka ja terveys -teemasta 58 ja terveellinen ruokavalio -teemasta 72.

Terveyskäsitys-teema oli sisällöllisesti laaja pitäen sisällään myös paljon terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Monessa haastattelussa kysymykseen ”Mitä terveys on?” ei osattu vastata tai vastaus keskittyi lähinnä terveyteen vaikuttaviin tekijöihin. Pelkistysvaiheessa aineiston sisältö osoitti, että terveyteen vaikuttavat tekijät on mielekästä käsitellä yhtenä erillisenä kokonaisuutena eikä osana terveyskäsitystä. Niinpä myös tutkimuskysymykset muotoutuivat vasta tässä vaiheessa lopulliseen muotoonsa aineiston sisällön perusteella ja kokonaisuudesta ”käsitykset terveyteen vaikuttavista tekijöistä” tuli osa ensimmäistä tutkimuskysymystä. Samalla ruoka ja terveys -teema sulautui osaksi terveellinen ruokavalio- ja terveyteen vaikuttavat tekijät -teemoja.

Yhteensä pelkistettyjä ilmaisuja oli 253. Ryhmittelin ne alaluokiksi, joille pyrin antamaan mahdollisimman kuvaavan ja kattavan nimen. Alaluokkia muodostui yhteensä 53 ja niitä yhdistelin edelleen yläluokiksi (16 kpl), joista lopulta muodostin neljä pääluokkaa. Ryhmittely- eli klusterointivaiheessa pelkistetyistä ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, joiden perusteella ne voidaan sijoittaa eri ryhmiin. Luokkien nimeämisen eli käsitteiden muodostamisen vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–1.) Taulukossa yksi on esitetty esimerkki luokittelun etenemisestä. Koko sisällönanalyysi löytyy liitteestä kolme.

Taulukko 1. Esimerkki luokittelun etenemisestä terveyteen vaikuttavien tekijöiden yhdestä osa-alueesta.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Yksi tärkeä terveyteen vaikuttava tekijä on se, että perhe asuu kaukana eri paikassa, eikä perhettä voi tavata pitkiin aikoihin. Jos koko ajan miettii, että perhe asuu kaukana tai ei ole ketään ystävää tai kaveria, tämäkin vaikuttaa terveyteen.	Perheen ikävöinti	Sosiaaliset tekijät	Terveyteen vaikuttavia tekijöitä
Perheen puuttuminen vaikuttaa terveyteen. Yksinäisyys vaikuttaa terveyteen. Läheisten ihmisten puute vaikuttaa terveyteen. Asuinympäristö vaikuttaa terveyteen: asuuko yksin tai sellaisessa paikassa, että ei saa kavereita Nuori, joka asuu yksin ja ei ole kavereita, sitten se lähtee vähän yhteiskunnan ulkopuolelle, syrjäytyy.		Yksinäisyys	
Jos sinulla ennen oli tapana jutella ihmisten kanssa ja nykyisin et juttele, niin saatat sairastua. Ulkomaalaiselle voi olla stressaavaa se, että Suomessa ihmiset eivät puhu. Afrikassa ja Aasiassa puhuminen on normaalia elämää, mutta Euroopassa se ei ole samanlaista, mikä voi aiheuttaa ongelmia, sairautta.		Sosiaalisen kanssakäymisen vähyys	
Ihmissuhteet vaikuttaa terveyteen. Jos mulla on hyvät välit ystäviin ja perhe, mulla on kaikki hyvin sitte. Meille vanhemmat on kaikkein tärkein ja perhe. Ystävät ei niinkään. Ystävien kanssa voi käydä salilla, mutta ei ne oo niin tärkeitä. Meidän kulttuurissa perhe on tärkeämpi kuin suomalaisille Mulla vaikuttaa, että on tärkeää että on perhe. Mulle ystävä tai perhe on tärkeä. Suomessa ihmisillä on hyvä asunto, terveys, tulot tai opiskelupaikka, mutta yksi tärkeä on se, että on kaveri.		Perheen ja ystävien tärkeys	

Haastateltavien vähäisen määrän vuoksi en eritellyt aineistoa sukupuolen perusteella. Anonymiteetin säilyttämiseksi en aineistolainoissakaan maininnut haastateltavan sukupuolta. Sen sijaan merkitsin haastateltavat koodeilla V1–V6. Käytin näitä koodeja aineistolainoissa, jotta haastateltavien lainaukset eroavat toisistaan. Numerot eivät ilmaise, missä järjestyksessä haastattelut on toteutettu. Analyysivaiheessa käänsin englanninkieliset puheenvuorot suomen kielelle. Luettavuuden helpottamiseksi muokkasin joidenkin aineistolainojen kieliasua poistamalla tarpeetonta toistoa ja täytesanoja. Lisäksi häivyitin joidenkin haastateltavien persoonallisia ilmaisutapoja anonymiteetin varmistamiseksi.

5 SOMALIMAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ TERVEYDESTÄ JA TERVEYTEEN VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni koski somalimaahanmuuttajien käsityksiä terveydestä ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Käsittelen tässä luvussa tutkimukseni tuloksia tämän ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta. Toinen tutkimuskysymys liittyi somalimaahanmuuttajien käsityksiin terveellisestä ruokavaliosta. Sen tuloksia käsittelen luvussa kuusi.

5.1 Somalimaahanmuuttajien käsityksiä terveydestä

Terveyskäsitteypääluokka muodostui kolmesta yläluokasta: terveyden määritelmä, toive terveenä pysymisestä sekä terveys elämän perustana. Haastateltavat määrittelivät terveyden monen osa-alueen kokonaisuudeksi. Osa-alueista mainittiin fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus ja jotkut haastateltavista erittelivät ulottuvuuksia myös konkreettisten esimerkkien kautta.

”No ihminen liikkuu, näkökyky on hyvä ja mieliala on hyvä ja hänen hyvinvointi on hyvä, hän syö säännöllisesti ruokaa. Jos löytyy näitä kaikki ok, sitä hän on terve.” V2

Terveyttä määriteltiin myös määrittelijän kontekstista käsin: Suomessa terve on sellainen, jolla kaikki on fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti kunnossa, mutta somalialaisessa kontekstissa terve ihminen saatetaan määritellä eri tavalla. Lisäksi haastateltavien mielestä Suomessa kiinnitetään paljon huomiota mielenterveyteen ja yksilön omiin ajatuksiin terveydestään. Esiin nousi myös ajatus siitä, ettei terveys tarkoita vain sairauden puuttumista, vaan kyseessä on laajempi kokonaisuus. Jos jollain kokonaisuuden osa-alueella on puutteita, terveys ei ole enää täydellinen.

”Terveys, mun mielestä se ei tarkoita että vain pelkästään sairaus. Jos ei ole esimerkiksi töitä, hyvää tuloa, asuntoa, kaveri, se mun mielestä se vaikuttaa

kaikki terveys, jos joku puuttuu nämä, se ei ole terveys. Terveys ei tarkoita vain että ei joku sairaus. Se tarkoittaa että jos puuttuu nämä joku, terveys ei ole täydellinen.” V1

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kolmijaon lisäksi terveys määriteltiin toimintakykynä. Todettiin, että jos ihminen tarvitsee jatkuvasti muiden apua tavallisissa arjen askareissa, hän ei ole terve. Kuitenkin tässä toimintakykymääritelmässä tuotiin esiin myös näkökulma siitä, että jotkut ovat syntyneet esimerkiksi liikuntarajoitteiseksi, ja kokevat silti olevansa terveitä, vaikka tarvitsevatkin muiden apua arjen toiminnoissa. Tällaisten pohdintojen myötä terveyden määrittely päättyi toteamukseen, että terveys on yksilöllistä ja sitä on vaikeaa määritellä.

V3: ”Ni kaikki tarvii, ihmiset tarvii toisistaan, mutta jos sä et pärjää [...]. Kyllä jotenki mä pärjään tai siis yritän, mutta jos en millään lailla pärjää [...]. Sitte se että on kova tarve. Onko se ihminen sitte terve? Ei oo, ei mun mielestä oo.

H: ”Nii että tarkotatko että jos tarvii ihan semmosissa tavallisissa asioissa apua?”

V3: ”Tavallisissa asioissa apua.”

H: ”Syömisessä tai pukeutumisessa, liikkumisessa.”

V3: ”Joo, syömisessä, pukeutumisessa, liikkumisessa.”

H: ”Niissä arjen asioissa.”

V3: ”Arjessa, hoitaa vaikka omia rahojaan. Niin sellaista se on että ne ei oo terve. Mutta jos on syntyny silleen?”

Haastatteluissa pohdittiin myös, voiko terveyttä päätellä yksilön ulkonäön perusteella. Somaliassa ihmisestä voidaan helpommin sanoa pelkän ulkonäön perusteella, onko hän terve vai sairas, mutta Suomessa terveydentilaa ei ole mahdollista nähdä samalla tavoin. Suomessa joku voi näyttää terveeltä, mutta saattaa oikeasti olla sairas ja lääkkeiden ansiosta näyttää terveeltä.

Terveyskäsitteeseen sisältyi terveyden määritelmän lisäksi toive terveenä pysymisestä sekä ajatus terveydestä elämän perustana. Haastateltavista oli havaittavissa kiitollisuus omasta tämän hetken terveydestä mutta samalla he tiedostivat, että milloin tahansa voi sairastua ja sairastuminen muuttaa arkea ja elämää. Sairastumisen mahdollisuudesta ei kuitenkaan puhuttu pelokkaasti vaan pikemminkin realistisesti, ihmiskehon ja mielen herkkyyden tiedostaen.

”Terveys on tärkeä ihmisille, koska me kaikki tarvitsemme terveyttä.” V4

Tähän tutkimukseen osallistuneiden somalimaahanmuuttajien terveyskäsitteeseen kiteytyi ajatukseen terveydestä elämän perustana. Terveyden todettiin olevan tärkeää ihmisille yleensä, mutta myös kullekin henkilökohtaisesti. Korostettiin myös sitä, että jokainen haluaa olla terve ja elää pitkään terveenä.

5.2 Terveyskäsitteiden muutosprosessi maahanmuuton myötä

Kaikki haastattelemani somalimaahanmuuttajat olivat ensimmäisen polven maahanmuuttajia ja olleet Suomessa suhteellisen lyhyen aikaa, kahdesta viiteen vuotta. Mielikuvat Somaliasta kotimaana, sen tavat ja perinteet olivat edelleen vahvasti haastateltavien mielessä. Haastatteluista oli havaittavissa selkeä ”ennen siellä” ja ”nyt täällä” -kerronnan ja ajattelun ero. Myös terveyskäsitteistä erottuivat erilaiset käsitykset Somaliassa ja niiden muuttuminen Suomeen tulon myötä. Voidaan puhua maahanmuuton aiheuttamasta terveyskäsitteiden muutosprosessista. Tämä prosessi oli eri vaiheissa eri henkilöillä ja toiset olivat omaksuneet länsimaista terveysajattelua ja -toimintaa enemmän kuin toiset. Kuitenkin myös Somaliassa opitut ja omaksutut terveyskäsitteet olivat edelleen voimassa, mutta niiden rinnalle oli maahanmuuton myötä tullut länsimaaisia terveyskäsitteitä tai erilaiset käsitykset oli yksilökohtaisesti sulautettu yhdeksi omaksi käsitykseksi.

Joidenkin haastateltavien puheesta ilmeni selkeästi, miten islamilainen terveystieteellinen käsitys oli yksilön terveystieteellisen perustana. Terveys, samoin kuin kaikki muut elämän osatekijät, nähtiin jumalan lahjana ja kaikki, mitä elämässä tapahtuu on jumalan käsissä. Näistä lähtökohdista käsin myös sairauksien ajateltiin olevan joskus tarpeen ja ne voivat vahvistaa yksilön uskoa.

”Sairastuminen on kohtalo, jos katsotaan uskonnon mukaisesti, eli uskonnossa sanotaan, että kaikki tapahtuu kohtaloksi eli nämä asiat, jotka on tapahtunu mulle, ne on kirjoitettu jo ennen mun syntymis. Kun mä synnyin, mulla on kirjoitettu kaikki mitä tapahtuu mun elämässä. Niin ajattelen. Eli terveys ja sairastuminen ja ilo ja stressi ja kaikki mitä ihmiselle tapahtuu on jumalan käsissä.” V6

Maahanmuutto ei ollut vaikuttanut vain terveystieteellisiin vaan sen myötä myös muuhun terveyteen liittyvään ajatteluun ja toimintaan. Haastateltavat tiedostivat ja toivat esille suomalaisen ja somalialaisen ajattelutavan eroja. Heidän mukaansa Suomessa terveyttä ja terveenä pysymistä mietitään enemmän. Terveystieteellisen miettiminen ja etukäteissuunnittelu koettiin välillä jopa turhauttavana. Terveystieteellisen edistämisen hyödyt kuitenkin ymmärrettiin ja todettiin, että on hyvä miettiä asioita etukäteen ja pyrkiä pysymään terveenä.

”Kaikki asiat on erilaisia täällä. Pienistä asioista täällä mietitään miten tehdään ja suunnitellaan jopa etukäteen ihminen terveyttä, että ihminen pysyisi terve ainakin. Eli mitä edistäisi ja mitä tehtäisiin jotta ihminen olisi terve koko ajan [...]. Kyllä täällä mietitään liikaa asioita. Vaikka koulussakin. Esimerkiksi onko rasvaa, minkälainen ateria, onko kalaa ja kaikki, mitä syöt ja onko tarpeeksi vettä juotu tai jotain semmosta.” V6

Vaikka ajatteluun olikin tullut muutoksia ja terveyteen liittyviä asioita tiedostettiin uudella tavalla maahanmuuton myötä, kuitenkin yksilöiden välillä oli selvästi havaittavissa eroja siinä, kuinka paljon länsimainen ajattelu vaikutti kunkin omiin terveystottumuksiin ja -valintoihin. Tämä tuli esiin keskusteltaessa esimerkiksi

tuoteselosteiden lukemisesta ja ruuan terveellisuuden arvioimisesta. Kaksi haastateltavaa pohti muita enemmän tuoteselosteiden lukemista ja ruuan sisällön tietämisen tärkeyttä. Vaikka molemmat pitivät selosteen lukemista tärkeänä, toisella se ei kuitenkaan vaikuttanut valintoihin. Pikemminkin hän toi esille sen, miten suomalaiset lukevat tarkasti ruuan sisällöstä, mutta somalialaiset eivät välttämättä katso edes eräpäivää. Silti hänen mielestään olisi tärkeää miettiä, mitä ruoka sisältää.

”Mä en koskaan mennyt kauppaan valikoimaan näitä vaan että okei tää on maito ja laittaa, laittaa, laittaa [ostoskoriin]. Mut suomalaiset katsoo että aa monta proteiinia siellä on, montako rasvaa, hiilihydraatti, aa tää on hyvä, okei laittaa sinne [ostoskoriin]. Mutta meillä ei, jos mä huomaan somalialaisetkin ne ei katso aina että. Siis, jotkut ei katso päivämääräkin, että okei tää on, laittaa sinne, ne vaan laittaa sinne, laittaa sinne [ostoskoriin].” V2

Lähes kaikki haastateltavat toivat jollain tavalla esiin yksityiskohtia ravitsemukseen liittyvistä ajatuksista, jotka heidän mielestään olivat yleisiä Somaliassa tai miten he itse ajattelivat ennen kuin tulivat Suomeen. He kertoivat, ettei Somaliassa esimerkiksi mietitty millaista ruokaa syödään ja onko se hyväksi terveydelle.

”Afrikassa ei ne ihmiset stressaa sen kanssa, että mitä tänään syötäisiin tai onko liikaa rasvaa tai onko jotain vähissä. Niin ne ei tavallaan ajattele.” V6

Toisaalta tämän aineiston perusteella Somaliassa ei myöskään tiedetty ravintoaineista ja niiden merkityksestä, joten tällöin on ymmärrettävää, että ruuan pääfunktio oli karkottaa nälkä ja pitää se mahdollisimman pitkään pois. Syömisen terveystieteiden näkökulma rajoittui siis siihen, että ruuan avulla pysyttiin hengissä, mutta sillä ei ajateltu olevan väliä, millaista ruokaa syödään. Esimerkiksi rasvaa pidettiin parannuskeinona ja hyvänä terveydelle.

”Mutta kun mä olin Somaliassa, siellä ei paljon puhuta ravintoaineita, merkitystä terveyteen, ei. Päinvastoin siellä syödään rasvaa, siellä rasva on

kaikista parannuskeino. Juodaan silleen, jotkut juo, jos rakennusmiehiä ja kaikki jotka tekee raskaita työtä, illalla voi juoda kaksi desiliä öljyä tai rasvaa, mä en tiedä. Kun meillä koulussa sanotaan välttää rasvaa niin mietin siellä [Somaliassa] oli hyvä jos huolehti omasta kropasta, piti ottaa rasvaa.” V3

Somaliassa rasvan syöminen nähtiin omasta kehosta huolehtimisena. Kyseinen haastateltava kertoi tämän ihmettelevään, lähes päivittelevään sävyyn.

5.3 Somalimaahanmuuttajien käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä

Haastateltavat määrittelivät terveyden monen osa-alueen kokonaisuudeksi. Niinpä myös terveyteen vaikuttavista tekijöistä puhuttaessa he listasivat useita eri asioita terveyden taustalta.

”Minun mielestä terve vaikuttaa esimerkiksi kuinka pitkään sinä saat unta ja miten sinä ruokavaliosta, mitä sinä syöt, kuinka paljon ja monta kertaa ja sitten liikunta ja sitten vaikuttaakin mitä ihmiset tekee, työssä ja saa rahaa, taloudellista. Siinä paljon erilaisia vaikutusmahdollisuus. [...] Siihen vaikuttaa sosiaaliset että onko kaveria, onko jätetty yksin tai syrjäytetty tai tämmöstä ja se on monta vaikutuksia, mitä vaikuttaa terveyteen.” V5

Fyysiset tekijät

Haastatteluista nousseita terveyteen vaikuttavia fyysisiä tekijöitä olivat ravitseminen, liikunta, päihteet, terveelliset elämäntavat, väkivalta ja seksi. Tosin väkivallasta mainittiin fyysisen väkivallan lisäksi myös henkinen ja seksuaalinen väkivalta, joten se olisi mahdollista sisällyttää muihinkin yläluokkiin. Vain yksi haastateltavista mainitsi seksin terveyteen vaikuttavana tekijänä. Ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvistä asioista puhuttiin eniten. Haastateltavat erittelivät myös sitä, millä tavoin ravitseminen ja liikunta vaikuttavat terveyteen.

”Kun nyt mä opiskelen, mä tiedän kaikki, paljon sairauksia voi välttää tai voi

jopa parantaa sillä omalla ruokavaliolla, mutta ennen en tienny. Nii. Mä tiedän nyt mitä mä syön vaikuttaa mun jaksamista ja yleensä niin. Mun terveytenkin. Mä nyt tiedän että parempi huolehtia ruokavaliosta ennen ku sä lähet lääkäriin hoitaa lääke.” V1

Liikunnasta puhuttaessa korostui vertailu Suomen ja Somalian välillä. Haastateltavien mielestä Suomessa fyysiseen aktiivisuuteen kiinnitetään enemmän huomiota kuin Somaliassa, mutta Somaliassa liikunta sisältyi luonnollisempana osana arjen toimintaan.

V6: ”Afrikassa ihmiset liikkuu enemmän kuin täällä. Sen takia että siellä ei oo esimerkiksi bussia paljon, ei oo hissiä. Eli kotona ei imuroida vaan niinku, mikä se on?”

H: ”Lakastaan?”

V6: ”Niin, lakastaan ja yleensä ne ihmiset joutuu tekemään paljon töitä. Eli koneet ei käytetä siellä niin paljon. Sillon ihminen liikkuu tarpeeksi.” V6

Yhteiskunnalliset tekijät

Yhteiskunnallisina terveyteen vaikuttavina tekijöinä mainittiin taloudellinen tilanne, koulutus, terveydenhuolto, hygienia ja maantieteelliset erot sairastavuudessa. Nämä tekijät eivät tulleet haastatteluissa kovinkaan usein esiin. Pikemminkin vain satunnaisina mainintoina.

”Täällä paljo mahdollisuuksia ostaa ja vähän parempi, nyt enemmän verrattuna Somaliassa, ei siellä paljon mahdollisuus ollut siellä paljon aikaa verrattuna Suomessa mutta siellä ei ollu mahdollisuus meillä ostaa ei yhtään rahaa ja tämmöstä. Siellä on terveellisempää kun semmosta luomu hedelmiä ja kaikki, mutta siellä meillä ei mahdollisuutta. Kerran viikossa [voi ostaa hedelmiä] tai ei [lainkaan].” V5

Haastatteluissa pohdittiin myös, miten sairastavuus eroaa Suomessa ja Somaliassa. Somaliassa oltiin totuttu näkemään tartuntatauteja, esimerkiksi malariaa ja

vesirokkoa. Suomessa havaittiin, että ihmisillä olikin paljon elintapa- ja perinnöllisiä sairauksia, kuten syöpää ja sydämen vajaatoimintaa.

”Että somalilais ei oo mitään näitä suomalais kansansairaudet. Sitte ei ole sielä paljon riskisairau, mä en tiedä mikä on ero, mutta kun somalilaiset että jos joku on kipee sen pää kipee tai vatsa kipee tai jotain näitä, malarin tai vesirokko tai jotain semmosta, perusjuttu että tulee vaan. Mutta kun mä tulen Suomessa mä huomasin heti että täs on aika paljon sairaudet. Näitä syöpää, keuhkokuume, sydänvajaatoiminta. Mä en koskaan kuullu Somaliassa että joku on näin kipeä. Tai epilepsiä, on epilepsia meilläkin, mutta mä en koskaan kuullu näitä taudit.” V2

Hengelliset tekijät

Yksi haastateltavista pohti muita enemmän uskonnon vaikutusta terveyteen. Hänestä oli havaittavissa, että uskonto oli hänelle henkilökohtaisesti tärkeä asia ja se vaikutti myös hänen arkeensa. Hengellisten tekijöiden yläluokkaan listasin alaluokat ”Uskonto vaikuttaa arjen jaksamiseen”, ”Uskonnosta turvaa ja lohtua” sekä ”Uskonnosta selitystä ja tarkoitusta elämälle”. Hengellisten tekijöiden rooli jäi koko aineistossa pieneksi, mutta oleellisena poikkeustapauksena mainitsen sen silti tässä yhteydessä.

”Jos ihmiset uskoo johonkin, vaikka tulee jotain vaikeuksia, hänellä on mihin se tavallaan kääntyä. On sisällä, että okei, mulla on uskonto, mä oon vahva, nii semmonen olo. Varsinki ku sairastaa, se vaikuttaa paljon. Jotkut ihmiset sitten tulee uskonnolliseksi ku tulee sairauksia ja kaikki. Mut ku sä oot terve, sitte ei paljo mieti. Tai siis en tiä kaikista, ku mä oon terveempi ei miettiä uskonto, mutta kun sairauksia tulee, sitten tulee vähän mietittyä, mitä mä uskon.” V3

Psyykkiset tekijät

Psyykkisten tekijöiden yläluokka muodostui alaluokista subjektiivinen kokemus terveydestä, stressi, tunteet, mielenterveys sekä elämän tarkoituksellisuus ja

mielekkyyks. Näistä eniten korostui stressi-alaluokka. Muiden alaluokkien osalta maininnat olivat vain satunnaisia tai yksittäisiä. Stressistä puhuttaessa haastateltavat mainitsivat liian miettimisen, huolet ja hoidettavien asioiden paljouden.

”Voi vaikuttaa jos on ongelmia tai probleemia aina, miettii liikaa ja jos liikaa asioita, stressaa jatkuvasti tai huolestuttaa koko ajan, siinäkin on riski että sinä sairastut, minun mielestä.” V6

Yksi haastateltavista pohti muita enemmän psyykkisten tekijöiden vaikutusta terveyteen. Hän toi myös esille elämän tarkoitukselliseksi kokemisen merkityksen ja mielekkään tekemisen tärkeyden.

”Et jotain tekemistä on. Ja suunnitelma on se on sitte hyvä. Että mä tiedän mitä mä teen seuraavaksi. Mulla on hyvä että tiedät mitä mä teen seuraava. [...] mul mitä vähemmän mietittävää, sitä paremmin mä voin.” V3

Sosiaaliset tekijät

Sosiaalisissa tekijöissä painottui ystävien ja erityisesti perheen merkitys hyvinvoinnille.

”Jos mulla on hyvät välit ystäviin ja perhe, mulla on kaikki hyvin sitte.” V3

Alaluokiksi muodostui tässä yläluokassa perheen ikävöinti, yksinäisyys, sosiaalisen kanssakäymisen vähyyys sekä perheen ja ystävien tärkeys. Perheen merkityksestä puhuttaessa kävi väistämättä selväksi haastateltavien ikävöinti oman perheensä pariin. He olivat surullisia, koska nykyisin he eivät pysty näkemään perhettään niin usein kuin haluaisivat. Lisäksi esiin tuli murhe siitä, miten suomalaiseen kulttuuriin tulon myötä sosiaalisen kanssakäymisen muoto ja tapa on muuttunut.

”Suomalaiset eivät stressaannu [puhumattomuudesta], koska heidän oma elämänsä on sellaista, mutta ulkomaalaiselle se ei ole hyväksi. Koska he tulevat missä ihmiset puhuvat tunteja toisilleen (matkii monen ihmisen

samanaikaista puhumista) – tämä on puhumista, normaalia elämää Afrikassa. Aasiassa. Ei ole sama Euroopassa. Tämä voi aiheuttaa ongelmia. Minun mielestäni.” V4

Yhteisöllisemmästä kulttuurista tulevat saattavat kokea suomalaisen kulttuurin sosiaalisesti liian niukaksi ja kärsiä siitä.

6 SOMALIMAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ TERVEELLISESTÄ RUOKAVALIOSTA

Tässä luvussa käsitelen toisen tutkimuskysymyksen tuloksia, eli millaisia näkemyksiä haastattelemillani somalimaahanmuuttajilla oli terveellisestä ruokavaliosta. Näkemyksistä muodostui neljä yläluokkaa: ateriarytmi, käsityksiä terveyttä edistävästä ruuasta, käsityksiä terveyttä heikentävistä ravitsemuksellisista tekijöistä sekä käsityksiä suomalaisen ja somalialaisen ruokavalion terveellisyydestä. Nämä yläluokat muodostavat tämän luvun alaotsikot. Kuhunkin yläluokkaan kuuluvat alaluokat on merkitty tekstiin lihavoinnilla.

6.1 Käsityksiä terveellisestä ruokailurytmistä

Haasteltavien puheessa nousi esiin **aamupalan merkitys** osana terveellistä ruokavaliota. Ruokailukertojen määrästä puhuttaessa mielipiteet jakoutuivat. Osan mielestä terveelliseen ruokavalioon kuului **syöminen kolme kertaa päivässä**.

”Eli pitää syödä kolme kertaa päivässä vähintään. Eli aamupala ja lounas ja sitte iltapala tai päivällinen. Se on siinä, ne riittäis.” V6

Tästä oli havaittavissa se, miten Somaliassa opitut ruokailutavat edelleen määrittivät ajattelua. Somaliassa päivän aikana syödään yleensä kolme isoa ateriaa (aamupala, lounas ja päivällinen) eikä juurikaan välipaloja aterioiden välillä. Toisten haastateltavien ajattelussa oli nähtävissä suomalaisen kulttuurin ja terveyskasvatuksen vaikutus, kun he kertoivat terveellisen ateriarytmin rakentuvan **pienistä annoksista, joita syödään säännöllisesti ja usein**. Samalla korostui myös ruuan **monipuolisuuden** merkitys.

Haastateltavat toivat usein esille myös **yösyömis**en. Somalialaisen ruokakulttuurin piirteinä tuli toisaalta esiin ateriarytmi, jossa syödään kolme isoa ateriaa päivän aikana. Toisaalta esiin tuli myös se, että öisin saatetaan syödä spagettia tai riisiä.

Yösyönti liittyi erityisesti ramadan-paastokuukauteen, jolloin ruokaa saa syödä vain yön pimeyden aikana. Yösyönnin ajateltiin aiheuttavan huonovointisuutta, ylipainoa ja lisäävän sairastumisriskiä.

6.2 Käsityksiä terveyttä edistävästä ruuasta

Ryhmittelin haastateltavien käsitykset terveyttä edistävästä ruuasta neljään alaluokkaan: monipuolisesta ruuasta saa monipuolisesti ravintoaineita; kannattaa syödä paljon kasviksia, hedelmiä ja kalaa; tuore ja puhdas ruoka on terveellistä sekä talvella on varmistettava D-vitamiinin saanti.

Monipuolisen ruokavalion tärkeyttä perusteltiin sillä, että eri ruuista saa eri ravintoaineita ja niitä on hyvä saada monipuolisesti, muuten voi tulla jokin riski. Kuitenkaan haastateltavat eivät avanneet tarkemmin sitä, miksi eri ravintoaineet ovat tärkeitä eivätkä antaneet esimerkkejä, mitä ravintoaineita saadaan mistäkin ruuasta tai millaisia riskejä yksipuolinen ruokavalio voi aiheuttaa. Toisaalta näin yksityiskohtaisia asioita haastatteluissa ei suoraan kysytty.

Lähes jokainen haastateltava mainitsi **kasvikset, hedelmät ja kalan** sellaisina ruokina, jotka ovat hyviä terveydelle ja joita tulisi syödä paljon. Niitä pidettiin terveellisinä, koska niissä ei ole paljon rasvaa ja ne ovat luonnollisia ruokia.

”Mun mielestä esimerkiksi kasvisruoka ja sellaiset on laaturuokaa ja terveellinen ruoka mun mielestä. Ja hedelmät myös on laaturuoka ja terveellinen ruoka.” V1

Terveyttä edistävänä ruokana nähtiin myös **tuore ja puhdas ruoka**. Tämän alaluokan ilmaisuissa nousi usein esiin kokemukset somalialaisesta ruuasta. Sen hyvinä puolina nähtiin hedelmien tuoreus ja ruuan säilöntäaineettomuus. Ruoka valmistetaan päivittäin, hedelmät syödään tänään ja huomenna ostetaan uutta tuoretta ruokaa.

”Niin, tuoretta, että syödään sama päivä kaikki. Jos on mango että syödään tänään, huomenna ostetaan sitten uuden. Ja sitten toinen asia on ruokan säilyttäminen, siihenkin liittyy riskejä. Joka päivä tehdään hyvä ruoka tai uusi ruoka. Ei mitään säilytetty.” V2

Toisaalta mainittiin myös se, ettei kehitysmaissa aina tarkisteta ulkomailta tulevan ruuan laatua ja alkuperää, joten joskus siellä saatetaan myydä ja syödä myös vanhentunutta ruokaa.

Ruuasta puhuttaessa monessa haastattelussa nousi esiin **riittävän D-vitamiinin saannin varmistaminen** Suomessa talviaikana.

”Lisäksi pitää otta huomioon apteekissa näitä rauta ja jotain että mikä on vitamiini. Kun me on Somaliassa, meillä paista joka kerta aurinko, mutta täällä Suomessa ei oo. Iho tarvii aurinkoa, meidän pitää korvata vähän silleen, että lääke tai näitä vitamiini.” V2

Korostettiin maidon juomista ja D-vitamiinin syömistä lisäravinteena, koska talvisin aurinko ei paista D-vitamiinin saannin kannalta riittävästi. Haastateltavat eivät kuitenkaan perustelleet, miksi D-vitamiinin saanti on tärkeää terveydelle.

6.3 Käsityksiä terveyttä heikentävistä ravitsemuksellisista tekijöistä

Lähes jokainen haastateltava mainitsi **suolan** sairauksia aiheuttavana ruoka-aineena. Myös **sokeri** ja **eläinperäinen rasva** tulivat toistuvasti esiin terveydelle haitallisina ruoka-aineina. Suolan, sokerin ja rasvan aiheuttamina ongelmina mainittiin (kohonnut) verenpaine, diabetes ja kolesteroliongelmat. Osa haastateltavista ei kuitenkaan eritellyt tarkemmin, miksi kyseiset ruoka-aineet ovat terveydelle haitallisia, vaan vain totesivat niiden aiheuttavan riskejä ja sairauksia.

”Epäterveellistä ruokaa. Ruoka, missä on käytetty liikaa sokeria, tai laitettu

suolaa liikaa. Niilläkin on omat riskit jos niitä laittaa enemmän. Jos ihminen liikaa sokeria syö, niin voi tulla diabetia. Tai jos syö liikaa suolaa, voi veripaine tai jotain tämmöstä.” V6

Rasva nousi suolaa ja sokeria useammin esille epäterveellisenä ruoka-aineena ja terveysongelmien aiheuttajana. Osa haastateltavista eritteli kasvi- ja eläinperäisen rasvan toisistaan ja mainitsi kasvipärisen rasvan terveellisempänä vaihtoehtona. Yksi haastateltava kuvasi myös tarkemmin, millä tavoin eläinperäiset rasvat ovat haitallisia terveydelle.

V3: ”Äiti tykkääs rasvasta. Lihasta. Se valkoinen se syö, mä tiedän. Somaliassa mitä paksumpi vuohi on, sitä parempi liha sieltä saa, joskus kerroksia on semmoinen valkoinen rasvakudos siinä (naurahtaa) ja sitte syödään. Mun äiti tykkää, paistaa sen rasvakudoksen. Ja mä tiedän niitä kovia rasvoja on se, mikä aiheuttaa ni se verenkiertoon ja kaikki kolesterolit ja kaikki mut mun äiti ei.”

H: ”Sanotko sä hänelle?”

V3: ”Mä sanon että kohta tulee sitten taas joku uusi sairaus, kolesteroli että veren suonien sisällä tulee rasvaa, jota sä syöt nyt, se tukos.”

Terveysongelmista erityisesti lihavuus korostui. **Ylipaino** itsessään nähtiin ongelmana, mutta osa haastateltavista toi esille myös sen, että lihavuus voi aiheuttaa sairauksia, johtaa kiusaamiseen ja liikkumattomuuteen. Lihavuuden taustalla mainittiin rasvaisen ruuan lisäksi olevan myös liikkumattomuus ja runsas (tietokoneella) istuminen.

Yhtenä terveydelle haitallisena ravitsemukseen liittyvänä tekijänä mainittiin se, että **ruokaa ei saa tarpeeksi**. Liian vähäisen syömisen pääsyyksi mainittiin taloudellinen tilanne.

6.4 Käsityksiä suomalaisen ja somalialaisen ruokavalion terveellisyydestä

Aineistosta nousi esiin myös suomalaisen ruokavalion ja ruokailutottumusten ihannointi. **Suomalaista ruokavaliota pidettiin terveellisenä** ja ajateltiin, että olisi hyvä syödä samalla tavoin kuin suomalaiset. Aineistosta ei kuitenkaan käynyt ilmi, mistä tällainen ajattelu johtui.

”En mä tiedä miksi mutta ainaki mun mielestä että suomalaiset ruoka on vähän terveisempi mikä me syödään.” V2

Vaikka suurin osa haastateltavista ei suoraan ihannoinut suomalaisia ruokailutottumuksia, osa heistä kuitenkin **kritisoi somalialaista ruokavaliota**. Sitä pidettiin liian rasvaisena, koska se sisältää paljon lihaa, spagettia ja riisiä ja ruokiin lisätään usein runsaasti öljyä. Toisaalta oman **kulttuuriruuan syöminen** nähtiin kuitenkin psyykkistä ja sosiaalista **terveyttä edistävänä tekijänä**.

”Kulttuuriruoka syöminen auttaa esimerkiksi psyykkisesti ja että saadaan mielihyvää. Esimerkiksi kun viikonloppuna ja suurin osa kaverit asuu yksin ja laittaa ruokaa yhdellä kämpällä ja syödä yhdessä auttaa sosiaalista ja tämmöstä.” V5

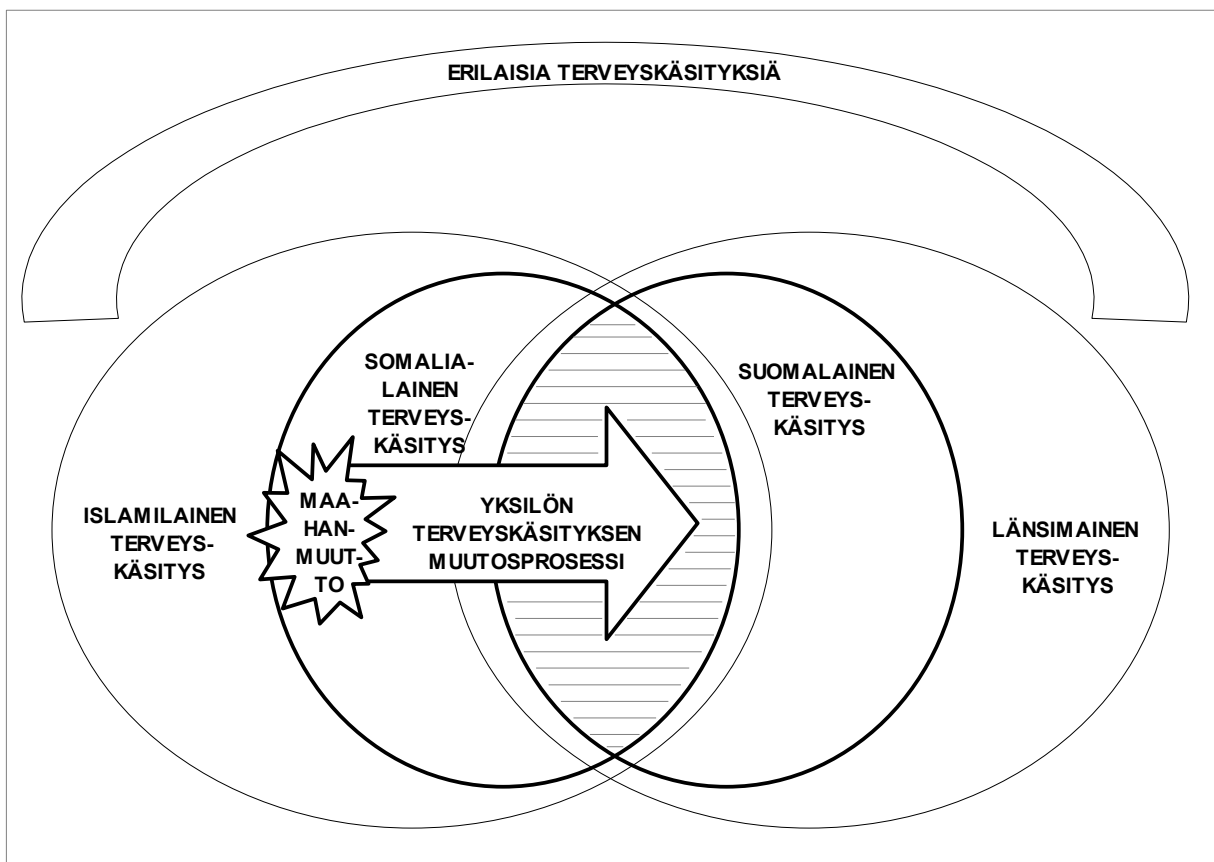
Omaa kulttuuria haluttiin ylläpitää ja tukea laittamalla somalialaista ruokaa ja aterioimalla yhdessä muiden somalimaahanmuuttajien kanssa.

7 POHDINTA

Tässä luvussa esitän tutkimukseni tulosten yhteenvedon ja tekemäni johtopäätökset. Lisäksi pohdin tutkimukseni luotettavuutta ja sen toteutuksen eettisyyttä. Lopuksi käsitelen vaikuttavien kulttuurisensitiivisten interventioiden ominaispiirteitä aiempien tutkimusten pohjalta sekä esitän tästä tutkimuksesta nousseita jatkotutkimusehdotuksia.

7.1 Yhteenveto tuloksista

Tämän tutkimuksen tuloksista muodostui neljä pääluokkaa, joita havainnollistan kuvan kuusi avulla. Kuviossa terveyskäsite on kattokäsite, joka antaa viitekehyksen kaikille muille kuvion osa-alueille.



Kuva 6. Maahanmuuton käynnistämä yksilön terveyskäsitteen muutosprosessi erilaisten terveyskäsitteiden viitekehissä.

Erilaisia terveystäsityksiä -katon alle sijoitetut suuret ympyrät, islamilainen ja länsimainen terveystäsitys, loivat tämän tutkimuksen kulttuuriset viitekehykset, joiden sisältä on erotettavissa pienemmät ympyrät eli suomalainen ja somalialainen terveystäsitys erillisinä kokonaisuuksina. Somalialaisen terveystäsityksen sisältä lähtee nuoli kohti suomalaista terveystäsitystä. Nuoli kuvaa sitä yksilön terveystäsityksen muutosprosessia, jonka maahanmuutto on käynnistänyt. Prosessi on edennyt eri tahdissa eri yksilöillä. Toiset ovat hyvinkin juurtuneita somalialaiseen ja islamilaiseen perinteeseen ja siten myös terveystäsitykset heijastavat näitä viitekehyksiä. Toiset puolestaan ovat maahanmuuton myötä omaksuneet enemmän länsimaista terveystäsittelua osaksi omaa terveystäsitystään. Nuoli ei kuitenkaan jatku somalialainen terveystäsitys -ympyrän ulkopuolelle. Tällä pyrin kuvaamaan sitä, miten yksilön kulttuurinen ja perinnöllinen tausta kuitenkin jollain tasolla aina vaikuttaa yksilön ajatteluun ja toimintaan. Vaikka muutosprosessi etenisi kuinka pitkälle tahansa, somalialainen kulttuuriperimä ei voi missään vaiheessa muuttua täysin suomalaiseksi, vaan yksilön identiteetti ja ajatusmaailma on ainutlaatuinen yhdistelmä näiden kahden kulttuuripiirin ominaispiirteitä ja vaikutuksia.

Suuren nuolen sisälle voisi vielä piirtää pienempiä nuolia kuvaamaan erilaisia terveyteen liittyvän ajattelun osa-alueita, jotka muuttuvat samalla kun terveystäsitys muuttuu. Tässä tutkimuksessa näitä pikkunuolia olisivat käsitykset terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä käsitykset terveellisestä ruokavaliosta.

7.2 Johtopäätökset

Tutkimukseni mukaan yksilön terveystäsitys muodostuu vuorovaikutuksessa ympäröivän kulttuurin, yhteiskunnan ja yksilön oman historiataustan kanssa. Näin ollen yksilön terveystäsitys ei ole pysyvä ja muuttumaton, vaan jatkuvassa muutoksessa. Oleellinen havainto oli maahanmuuttajan terveystäsityksen prosessinomainen muutos ja se, miten eri yksilöt ovat eri vaiheissa tätä prosessia. Kuitenkin kaikkia prosessia läpikäyviä yksilöitä yhdistää maahanmuuttokokemus muutosprosessin laukaisevana tekijänä.

Yksilön terveystietäminen on kaiken terveystoiminnan ja -ajattelun lähtökohta, joka vaikuttaa arjen valintoihin ja terveystottumuksiin. Yhteisölliseen kulttuuriin kuuluvilla henkilöillä kuitenkin myös yhteisöllä on tärkeä merkitys terveyteen liittyvissä asioissa. Tässä tutkimuksessa somalimaahanmuuttajien käsitykset terveyteen vaikuttavista tekijöistä painottuivat pääasiassa yksilöön ja lähiyhteisöön liittyviin tekijöihin, eli niihin, jotka ovat läsnä jokapäiväisessä arjessa. Yhteiskunnallisia tekijöitä tuli esiin vain muutamia ja globaaleja tai erityisesti maahanmuuttoon liittyviä tekijöitä haastateltavat eivät tässä tutkimuksessa pohtineet lainkaan. Terveyden edistäminen tulisi suunnata nimenomaan maahanmuuttajien arkiympäristöön, jolloin sen on mahdollista vaikuttaa suoraan yksilön ja koko yhteisön terveystottumuksiin.

Tutkimukseni somalimaahanmuuttajien ruokavalio oli ilmeisesti lähtömaassa epäterveellisempi kuin nykyisin Suomessa tai ainakin he itse mielsivät somalialaisen ruokavalion suomalaista epäterveellisemmäksi. Suomeen tulon myötä haastateltavat olivat alkaneet enemmän kiinnittää huomiota syömänsä ruuan sisältöön ja tiedostivat rasvan, suolan ja sokerin riskit aiempaa paremmin. Lisäksi haastateltavat korostivat kalan ja kasvisruokien terveellisyyttä. Koska tämä ei ollut ruuankäyttötutkimus, ei kuitenkaan tiedetä, syövätkö somalimaahanmuuttajat Suomessa aiempaa enemmän kalaa ja kasviksia, vai onko asia jäänyt vain tiedon tasolle. On myös huomioitava, että tässä tutkimuksessa suurin osa haastateltavista oli sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita, mikä on voinut suunnata vastauksia tiettyyn suuntaan.

7.3 Luotettavuus

Latvala ja Vanhanen-Nuutinen (2001) ovat eritelleet laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä tekijöitä. Heidän mukaansa luotettavuutta voidaan arvioida neljästä näkökulmasta: tutkija, aineiston laatu, aineiston analyysi sekä tulosten esittäminen. Tässä luvussa tarkastelen tutkimukseni luotettavuutta edellä mainituista näkökulmista.

Tutkijan luotettavuus

Minulla ei tutkijana ollut kohderyhmääni henkilökohtaisia kontakteja, eikä juurikaan pohjatietoa somalimaahanmuuttajista. Sen sijaan maahanmuuttajien terveyden edistäminen aihepiirinä oli kiinnostanut minua jo pidemmän aikaa, ja siihen liittyvät teemat olivat linkittyneet opintoihini jo useissa eri yhteyksissä. Koska minulla ei ollut juuri mitään pohjatietoja somalimaahanmuuttajista, ei minulla ollut voimakkaita ennakkokäsityksiäkään heistä.

Kokemattomuuteni tutkijana heikentää tutkimukseni luotettavuutta. Luotettavuutta puolestaan lisää se, että hoidin itse kaikki tutkimuksen osavaiheet, esimerkiksi aineistonkeruun, litteroinnin ja analysoinnin. Lisäksi haastattelutilanteissa eduksi oli se, että kuuluin samaan ikäryhmään, nuoriin aikuisiin, haastateltavieni kanssa. Uskon tämän tekijän vaikuttaneen haastateltavien avoimuuteen ja siihen, että he suostuivat osallistumaan tutkimukseeni.

Luotettavuus aineiston laadussa

Aineiston laadun arviointiin liittyy Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 184–5) mukaan muun muassa haastattelurunko, haastateltavat, haastattelujen laatu sekä aineistonkeruun tekninen toteutus. Haastatteluissa käyttämäni teemahaastattelurunko (liite 1) muodostui osittain aiemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta, mutta pääosin tutkimuskysymysteni pohjalta kun mietin, millaisia teemoja haastattelun tulisi sisältää, jotta sillä saataisiin vastaus tutkimuskysymyksiini. Haastattelurungon luotettavuutta heikentää se, että tutkimuskysymykset hieman muuttuivat ja tarkentuivat vielä aineistonkeruun jälkeen, joten runko ei täysin vastaa lopullisia tutkimuskysymyksiä. Kuitenkin tällä haastattelurungolla kerätyllä aineistolla sain vastaukset lopullisiin tutkimuskysymyksiini. Haastattelurungon luotettavuutta olisi lisännyt sen testaaminen pilottihaastattelulla. Tässä tutkimuksessa pilottihaastattelu kuitenkin korvautui sillä, että kävin haastattelurungon läpi tutkimuksen kohderyhmään kuuluvan avainhenkilön kanssa.

Vaikka haastatteluja oli vain kuusi, kerätty aineisto oli silti monipuolinen ja rikas. Haastateltavat olivat kiinnostuneita tutkimuksen aiheesta ja puhuivat siitä mielellään.

Lähes kaikkien haastateltavien suomen kielen taito oli niin hyvä, että päätökseni olla käyttämättä tulkkia osoittautui järkeväksi. Tosin yhdessä haastattelussa käytettiin paljon myös englannin kieltä, mikä lisäsi väärinymmärryksen riskiä. Lisäksi on mahdollista, että erilaisen kulttuuritaustamme vuoksi haastatteluissa on saatettu käyttää samoja sanoja eri merkityksessä. Nämä kieleen liittyvät erityispiirteet heikentävät aineiston luotettavuutta.

Osa haastateltavista opiskeli sosiaali- ja terveysalaa. Tämä saattoi suunnata haastatteluaineistoa tiettyyn suuntaan. Terveysalan opiskelijat ovat ehkä keskimäärin muita kiinnostuneempia osallistumaan terveysaiheeseen tutkimukseen ja heillä todennäköisesti on myös enemmän tietoa kyseisestä aihepiiristä. Tutkimukseni tulokset kuvastavat vain näiden haastattemieni somalimaahanmuuttajien käsityksiä ja ajatuksia, eikä tuloksista voi tehdä muita somalimaahanmuuttajia koskevia päätelmiä. Luotettavuuden kannalta on huomioitava, että sosiaali- ja terveysalan opiskelijoilla oli todennäköisesti kattavin kielitaito nimenomaan terveysteemoista keskusteluun, mikä lisäsi aineiston laatua.

Teknisen välineistön osalta kaikki toimi hyvin. Kaikissa haastattelutilanteissa nauhuri oli mahdollista laittaa verkkovirtaan, mikä varmisti, että koko haastattelu tuli varmasti nauhalle. Lisäksi minulla oli mukana varaparistot siltä varalta, ettei esimerkiksi kahviloissa olisi vapaata pöytää pistorasian läheisyydessä. Olin etukäteen harjoitellut nauhurin käyttöä, joten haastattelutilanteissa aika ja huomio ei mennyt tekniikkaan. Vaikka suurin osa haastatteluista toteutettiin kahvilassa, ympäristö oli kuitenkin riittävän rauhallinen, eivätkä häiriöäännet heikentäneet tallenteiden laatua muuta kuin parissa yksittäisessä kohdassa.

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 185) mukaan aineiston laatua parantaa se, että litterointi tapahtuu mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen ja tutkija itse tekee sen. Tässä tutkimuksessa haastattelut oli mahdollista toteuttaa melko nopealla aikataululla ja myös litterointi eteni samalla tahdilla. Tällöin myös litteroinnin tarkkuus ja logiikka säilyi kaikissa haastatteluissa samana, mikä osaltaan lisää aineiston luotettavuutta.

Aineiston analyysin ja tulosten esittämisen luotettavuus

Ennen kuin ryhdyin luokittelemaan aineistoa, luin koko aineistoa huolellisesti läpi ja tein merkintöjä, millaisia teemoja siinä käsiteltiin. Aineiston pelkistämisen vaiheeseen olisin varmasti voinut käyttää enemmän aikaa ja miettiä perusteellisemmin kunkin pelkistettävän lausuman merkityssisältöä. Toisaalta merkityssisältöjen määrittäminen on sellainen osavaihe, johon on mahdollista käyttää aikaa loputtomastikin, joten jossain vaiheessa tutkijan on joka tapauksessa lopetettava se ja siirryttävä seuraavaan vaiheeseen. Pelkistys- ja luokitteluvaiheessa aineisto pilkkoontui pieniin osiin. Tässä vaiheessa olin erityisen huolellinen sen suhteen, että mahdollisuus palata alkuperäisaineistoon säilyi koko ajan ja tarvittaessa alkuperäisaineistosta oli mahdollista tarkistaa lausuman konteksti tai haastattelukysymys, johon se liittyi. Analyysin luotettavuutta lisää se, että minulla oli tarkka ja looginen aineistolainojen merkitsemistapa, jolla varmistin, että haastateltavat eivät sekoittuneet keskenään ja alkuperäislainaukset oli helppo löytää. Lisäksi luokittelu tarkentui ja hioutui vielä tuloksia kirjoittaessani, mikä lisäsi kokonaisuuden loogisuutta ja luotettavuutta.

Tuloksia esittäessäni olen käyttänyt runsaasti aineistolainoja perustellakseni väitteeni ja tuodakseni näkyville yhteyden alkuperäisen aineiston ja tulosten välillä. Lisäksi kuhunkin pääluokkaan johtaneen analyysin vaiheet on taulukkomuotoisena löydettävissä liitteestä kolme.

7.4 Eettisyys

Tämän tutkimuksen eettiset lähtökohdat liittyvät erityisesti haastateltavien vapaaehtoisuuteen, heidän anonymiteettinsä varmistamiseen sekä luottamuksellisuuteen. Tässä luvussa käsittelen tutkimukseni eettisyyttä näistä kolmesta lähtökohdasta käsin.

Kun etsin somalimaahanmuuttajia osallistumaan tutkimukseeni, sain avainhenkilöltäni kutsun paikallisen somaliyhdistyksen kokoukseen. Olin siis saanut luvan lähestyä kohderyhmääni tutkimukseni tiimoilta. Kokouksen jälkeen esittelin

lyhyesti itseni ja tutkimukseni sekä kerroin, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa käytännössä. Tämän jälkeen kysyin vapaaehtoisia osallistujia. Lisäksi joitakin haastateltavia lähestyin kokouksen yhteydessä henkilökohtaisesti ja kysyin heidän kiinnostustaan osallistua tutkimukseen. Kullakin haastateltavalla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tässä vaiheessa mutta myös itse haastattelutilanteessa, jossa pyysin heiltä vielä kirjallisen suostumuksen osallistumisesta (liite 2) ja siten osoituksen vapaaehtoisuudesta. Kaikki haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen.

Koska kaikki haastateltavat rekrytoitiin tutkimukseen samassa yhteydessä, he tulivat tietämään toistensa osallistumisesta. Kuitenkin kaikki haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja tutkimusraportissa käytettyjä aineistolainoja ei ole mahdollista yhdistää haastateltavien taustatietoihin. Lisäksi anonymiteetin vahvistamiseksi aineistolainojen kieliasua on hieman muokattu, jotta eri yksilöille tyyppillisistä ilmaisutavoista ei olisi mahdollista tunnistaa haastateltavaa.

Suurin osa haastatteluista toteutettiin kahvilaympäristössä, minkä voidaan ajatella heikentävän haastattelutilanteen luottamuksellisuutta. Tutkimukseni aihepiirit eivät kuitenkaan olleet erityisen henkilökohtaisia tai arkaluonteisia, vaan sävyltään melko neutraaleja keskustelunaiheita, joten tässä tapauksessa kahvilaympäristö oli riittävän luottamuksellinen aineistonkeruupaikka. Muulta osin luottamuksellisuus on varmistettu sillä, että vain minä olen kuunnellut haastattelunauhoja ja käsitellyt aineistoa kokonaisuutena. Kaikki tutkimukseen liittyvät materiaalit ja tiedostot tuhotaan pro gradun julkaisemisen jälkeen. Siihen saakka niitä säilytetään huolellisesti sivullisten ulottumattomissa. Myös haastateltaville luvattiin, että kerätty aineisto hävitetään tutkimuksen loputtua. Joissakin haastatteluissa tuli esille haastateltavien historiaan tai terveydentilaan liittyviä yksittäisiä asioita, jotka he kertoivat minulle luottamuksella. Nämä asiat rajasin analysoitavan aineistoni ulkopuolelle.

7.5 Vaikuttavan ja kulttuurisensitiivisen intervention ominaispiirteitä

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa kulttuurisensitiivisten ravitsemuskasvatushankkeiden suunnitteluun. Tässä alaluvussa käsitelen aiemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta, millaista vaikuttava ravitsemuskasvatus on ja miten kulttuurisensitiivisyys voidaan huomioida ravitsemuskasvatushankkeissa.

Hyman ym. (2002) toteavat, että jos halutaan toteuttaa kulttuurisesti tarkoituksenmukaisia ravitsemushankkeita ja edistää maahanmuuttajien terveyttä, on ensin hahmotettava ne tekijät, jotka kriittisimmin vaikuttavat ruokavalion muutokseen. He tutkivat Kanadassa uusia maahanmuuttajia ja havaitsivat, että keskeiset uusien maahanmuuttajanaisten ravitsemukseen vaikuttavat tekijät ovat kulttuuri, ravitsemustiedon saanti, terveellisen ja kulttuurisesti hyväksytyyn ruuan saatavuus, köyhyys ja akkulturaatio. (Hyman ym. 2002.) Kun keskeiset taustatekijät on määritelty, on mahdollista alkaa räätälöidä hanketta kyseiselle kohderyhmälle sopivaksi.

Hyman ym. (2002) listaavat hyviä käytäntöjä, jotka tulisi huomioida uusille maahanmuuttajanaيسille suunnatuissa interventioissa:

- Sovelletaan käyttäytymiseen keskittyviä menetelmiä.
- Kiinnitetään huomiota tiedollisten, kulttuuristen, kielellisten, taloudellisten ja järjestelmään liittyvien esteiden poistamiseen / vähentämiseen.
- Otetaan yhteisö mukaan intervention suunnitteluun ja toteutukseen.
- Huomioidaan väestölliset terveyteen vaikuttavat tekijät, kuten tulotaso, sosiaaliset verkostot, koulutus ja työllisyystilanne.
- Huomioidaan taustatekijät, jotka vaikuttavat erityisesti naisten terveyteen, kuten perhe, yhteisön tuki sekä naisten monet roolit kotona ja työssä.
- Mukautetaan toimintaa tarpeen mukaan; maahanmuuttajien asenteet, uskomukset ja käyttäytyminen muuttuvat osana akkulturaatioprosessia.
- Yhdistetään ravitsemuskasvatus ja taitojen opettaminen, esimerkiksi tuoteselosteiden lukeminen tai kulttuuristen reseptien soveltaminen paikallisia raaka-aineita hyödyntäen.

- Suositetaan sellaisia ravitsemusinterventioita, jotka voimaannuttavat maahanmuuttajanaisia ja heidän etnisiä yhteisöjään. (Hyman ym. 2002.)

Vastaaviin johtopäätöksiin tulivat myös Carroll ym. (2007) tutkimuksessaan somalimaahanmuuttajista. Heidän mukaansa somalinaisille ja heidän perheilleen suunnatut terveyden edistämisen hankkeet tulisi rakentaa olemassa olevien positiivisten terveystottumusten varaan, eli esimerkiksi edistää perinteisen afrikkalaisen ruokakulttuurin terveyttä edistäviä piirteitä. Lisäksi hankkeissa tulisi huomioida terveystieteen uskonnollinen perusta. (Carroll ym. 2007.)

Suomalaisessa tutkimuksessa Hassinen-Ali-Azzani (2002) totesi, että somalialaisten terveyden edistäminen tulisi nähdä nimenomaan yhteisön terveyden edistämisenä. Keskeisimpinä elementteinä hän mainitsee koulutuksen, toimeentulon, ryhmän omien voimavarojen vahvistamisen, osallistumismahdollisuuksien edistämisen sekä tasa-arvon. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 237.)

Simmelink ym. (2013) puolestaan havaitsivat tutkittuaan itäafrikkalaisten pakolaisten terveysuskomuksia ja -tottumuksia, että terveyden edistämisen hankkeissa informaatio ja terveystieteen tulisi toteuttaa ennen kaikkea suullisilla menetelmillä ja mieluiten niin, että se tulee henkilöltä, joka kuuluu samaan yhteisöön kohderyhmän kanssa ja edustaa samaa kulttuuria. Tutkimuksessa todettiin, että sosiaaliset tilaisuudet ja sosiaalinen tuki vaikuttivat keskeisenä tekijänä lähes kaikkiin terveystieteen käyttäytymisen osa-alueisiin. Sosiaaliset kokoontumiset olivat ensisijainen areena terveyteen liittyvän tiedon jakamiseen ja terveyttä edistävän käyttäytymisen tukemiseen. Lisäksi havaittiin itäafrikkalaisten pakolaisten olevan halukkaampia omaksumaan tietyn toiminnan, mikäli he kuulivat siitä oman yhteisönsä jäseneltä kuin ulkopuoliselta terveydenhuollon henkilöltä. (Simmelink ym. 2013.)

Kuten kaikissa terveyden edistämisen hankkeissa, myös maahanmuuttajille suunnatuissa interventioissa teoreettisen tiedon tulisi olla toiminnan taustalla ja perustana. Kuitenkin suurin osa länsimaisista terveyden edistämisen teorioista ja strategioista keskittyy siihen, miten vaikutetaan yksilöön, jotta hän muuttaisi

käyttäytymistään ja terveystottumuksiaan. Tällaiset teoriat eivät välttämättä toimi niissä hankkeissa, joiden kohderyhmänä ovat yhteisöllisen kulttuurin jäsenet. Heidän elämässään perheen ja yhteisön normit vaikuttavat valintoihin enemmän kuin yksilön omat käsitykset. (Hyman & Guruge 2002, Airhihenbuwa 2010.)

Tästä havainnosta käsin Airhihenbuwa (2010) on kehittänyt terveystottumuksien työvälineeksi teoreettisen PEN-3 -mallin, jossa kulttuuri nähdään keskeisenä terveystottumuksista selittävänä tekijänä ja ensisijaisena huomioon otettavana asiana kun suunnitellaan terveyttä edistäviä tai sairauksia ehkäiseviä ohjelmia. Malli on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1989, jonka jälkeen sitä on käytetty eri kulttuureissa erilaisten terveystottumuksien käsittelyssä. Esimerkiksi James (2004) on hyödyntänyt PEN-3 -mallia tutkiessaan tekijöitä, jotka vaikuttavat afro-amerikkalaisten ruokailutottumuksiin sekä ravitsemukseen liittyviin asenteisiin. Hän toteaa, että PEN-3 -malli on käyttökelpoinen teoriarunko, kun arvioidaan yhteisön ja kulttuurin vaikutusta ruokailutottumuksiin. (James 2004.)

Yksi PEN-3 -mallin keskeisistä ideoista on bottom-up -lähestymistapa, jossa ongelma paikannetaan sen kontekstista käsin, eikä niinkään keskitytä yksilön ongelmiin (Airhihenbuwa 2010.) PEN-3 -malli koostuu kolmesta itsenäisestä, mutta toisiinsa linkittyvästä ulottuvuudesta: kulttuurinen voimaantuminen (cultural empowerment), suhteet ja odotukset (relationships and expectations) sekä kulttuurinen identiteetti (cultural identity). Jokaisessa ulottuvuudessa on kolme ydinteemaa, joita tutkitaan (Airhihenbuwa ym. 2009.)

Kulttuurisessa voimaantumisessa määritetään kulttuurin positiivisia, olemassa olevia ja negatiivisia tekijöitä. Positiiviset tekijät edistävät terveyttä, negatiiviset ovat terveydelle vahingollisia ja olemassa olevat tekijät ovat niitä kulttuurisia ominaispiirteitä, jotka ovat olemassa, mutta eivät kuitenkaan ole haitaksi terveydelle. **Suhteet ja odotukset** -ulottuvuus koostuu edellytyksistä, mahdollistajista ja kannustajista. Edellytyksiä ovat ne uskomukset ja arvot, joita yksilöllä on jo entuudestaan olemassa jostain tietystä terveyteen liittyvästä aiheesta. Mahdollistajia ovat sellaiset tekijät ja resurssit, jotka joko edistävät tai estävät käyttäytymisen muuttamista. Kannustajia puolestaan ovat perheen ja ystävien roolit positiivisten tai

negatiivisten muutosten toteutumisessa. **Kulttuuriseen identiteettiin** kuuluvat ulottuvuudet ovat yksilö, perhe sekä naapurusto. Yksilöllä tarkoitetaan sellaista henkilöä, jolla kyseisessä yhteisössä on eniten vaikutusvaltaa yhteisön päätöksenteoissa ja siten myös terveysasioissa. PEN-3 -mallin mukaan nämä henkilöt ovat avainyksilöitä, joihin tulisi keskittyä. Perhe-ulottuvuudella tarkoitetaan sukulaisuussuhteiden roolia yksilöön vaikuttavissa päätöksissä. Naapurusto on yhteisön luoma konteksti ja sen yhteiset arvot, jotka hahmottavat terveyspäätöksiä. (Airhihenbuwa ym. 2009.)

Kaikissa yhteisöjen keskuudessa tehtävissä hankkeissa täytyy kuitenkin aivan aluksi havainnoida kyseisen yhteisön kulttuuria ja löytää sieltä jokin positiivinen ominaispiirre, kyseisen yhteisön vahvuus. Tällainen positiivinen lähtökohta on vaikuttavan terveysintervention ydin. Ellei tällaista myönteistä piirrettä löydetä, on vaarana, että hankehenkilöstö keskittyy vain yhteisön ongelmiin ja etäännyttävä kohderyhmästään niin, että itse hankkeestakin tulee vain yksi yhteisön ongelmista. (Airhihenbuwa 2010.)

7.6 Jatkotutkimusehdotuksia

Jatkossa olisi mielenkiintoista kokeilla PEN-3 -mallin toimivuutta suomalaisessa kontekstissa somalimaahanmuuttajien keskuudessa. Somaliyhteisössä voisi toteuttaa ravitsemuskasvatushankkeen, jonka lähtökohtana ovat kohderyhmän omat ajatukset ja tarpeet. Lisäksi siinä voisi yhdistää tietojen ja Suomessa tarvittavien taitojen opettamisen.

Ruuankäyttötutkimus somalimaahanmuuttajien todellisista ruokailutottumuksista antaisi lisätietoa heidän ruokavalionsa terveellisyydestä. Näin ollen ravitsemuskasvatusta olisi mahdollista vielä tarkemmin kohdentaa niihin osa-alueisiin, joissa sillä on eniten merkitystä. Myös terveystieteen muutosprosessiin perehtyminen voisi avata näköaloja siihen, millä tavoin yksilöiden ja yhteisön terveyttä kannattaisi edistää muutosprosessin eri vaiheissa.

Tämän tutkimuksen aineisto koostui vain kuuden somalimaahanmuuttajan haastattelusta ja heistäkin suuri osa oli sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Laajempi aineisto, jossa osallistujien työllisyys- ja koulutustaustoissa olisi suurempia eroja, tuottaisi varmasti monipuolisempia ja kattavampia tuloksia.

LÄHTEET

Airhihenbuwa CO. Culture Matters in Global Health. *The European Health Psychologist* 2010;12(4):52–5.

Airhihenbuwa C, Okoror T, Shefer T, Brown D, Iwelunmor J, Smith E, Adam M, Simbayi L, Zungu N, Dlakulu R, Shisana O. Stigma, Culture, and HIV and AIDS in the Western Cape, South Africa: An Application of the PEN-3 Cultural Model for Community-Based Research. *Journal of Black Psychology* 2009;35(4):407–32. DOI:10.1177/0095798408329941

Alitolppa-Niitamo A. Kun kulttuurit kohtaavat. 2. painos. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 1994.

BBC News. Somalia country profile. [www-dokumentti] Huhtikuu 2013 [haettu 23.04.2013]. <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-14094632>

Beardsworth A, Keil T. *Sociology on the Menu. An Invitation to the Study of Food and Society*. Great Britain, London: Routledge, 1997.

Borg P, Fogelholm M, Hiilloskorpi H. *Liikkujan ravitseminen – teoriasta käytäntöön*. Helsinki: Edita, 2004.

Carroll J, Epstein R, Fiscella K, Volpe E, Diaz K, Omar S. Knowledge and Beliefs About Health Promotion and Preventive Health Care Among Somali Women in the United States. *Health Care for Women International* 2007;28(4):360–80. DOI:10.1080/07399330601179935.

Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kudritaustaisista Suomessa*. 2. painos. Tampere: THL, 2012.

CIA Central Intelligence Agency. *The World Factbook. Somalia*. [www-dokumentti] Maaliskuu 2014 [haettu 29.03.2014]. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/so.html#top>

Degni F. *The social and cultural determinants of the use of contraception among married Somali women living in Finland*. Helsinki: Stakes, 2004.

Ekholm M. ”Oletan heidän olevan muslimeja” : miten terveydenhoitaja kohtaa somaliperheen äitiys- ja lastenneuvolassa. Vantaa: Espoon-Vantaan ammattikorkeakoulu, 1999.

Eskola J. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J, Valli R (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 3. painos. 2010:179–203.

Eskola J, Vastamäki J. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola J, Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 3. painos. 2010:26–44.

Foronda CL. A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *J Transcult Nurs* 2008;19(3):207–12. DOI:10.1177/1043659608317093

Garnweidner LM, Terragni L, Pettersen KS, Mosdøl A. Perceptions of the Host Country's Food Culture among Female Immigrants from Africa and Asia: Aspects Relevant for Cultural Sensitivity in Nutrition Communication. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2012;44(4):335–42. DOI:10.1016/j.jneb.2011.08.005

Gilbert PA, Khokhar S. Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews* 2008;66(4):203–15. DOI:10.1111/j.1753-4887.2008.00025.x

Hallenberg H. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61(18):2019–23.

Hallenberg H, Perho I. Ruokakulttuuri islamin maissa. Helsinki: Gaudeamus, 2010.

Hassinen-Ali-Azzani T. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopio: Kuopion Yliopisto, 2002.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2000.

Hussein SJ. Somali Food. [www-dokumentti] Heinäkuu 2010 [haettu 2.5.2013]. http://wardheernews.com/Articles_2010/July/Said_Hussein/08_Somali_Food.html

Huusko M, Paloniemi S. Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. *Kasvatus* 2006;37(2):162–73.

Hyman I, Guruge S. A Review of Theory and Health Promotion Strategies for New Immigrant Women. *Canadian Journal of Public Health* 2002;93(3):183–7.

Hyman I, Guruge S, Makarchuk MJ, Cameron J, Micevski V. Promotion of Healthy Eating: Among New Immigrant Women in Ontario. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 2002;63(3):125–9.

James DCS. Factors Influencing Food Choices, Dietary Intake, and Nutrition-Related Attitudes among African Americans: Application of a Culturally Sensitive Model. *Ethnicity & Health* 2004;9(4):349–67. DOI:10.1080/1355785042000285375.

Koski P. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2014.

Koskinen S, Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M. Johdanto. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Tampere: THL, 2012:13–6.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;11(1):3–12.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 2001:21–43.

Malin M. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 2011;76(2):201–13.

Malin M, Raisamo S. Maahanmuuttajien elinolojen ja terveyden selvittämiseksi on tehtävä erillisiä tutkimuksia. *Hyvinvointikatsaus* 2011;4:68–72.

Mäkelä J, Palojoki P, Sillanpää M. Ruisleivästä pestoon. Näkökulmia muuttuvaan ruokakulttuuriin. Helsinki: WSOY, 2003.

Mölsä M. Tyttöjen ympärileikkauksen hoito ja ehkäisy Suomessa. Helsinki: Stakes, 1994.

Mölsä ME. (toim.) Somalialainen keittokirja = Buugga cuntokaris Soomaliyeed. Jyväskylä: Gummerus, 2001.

Nupponen R. Ravitsemuskasvatus terveyden edistämässä. Teoksessa Fogelholm M (toim.) Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari. Helsinki: Palmenia, 2001:15–32.

Paananen S. (toim.) Maahanmuuttajien elämää Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus, 2005.

Pakaslahti A, Huttunen M. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim, 2010.

Partanen R. Maahanmuuttajien ravitsemusneuvonta. Tietoa maahanmuuttajien ravitsemusneuvonnasta ja ruokakulttuureista. 3. painos. Helsinki: Ravitsemusterapeuttien yhdistys, 2002.

Prättälä R. Ruokatottumukset. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Tampere: THL, 2012:171–7.

Puusa A. Käsitemanalyysi tutkimusmenetelmänä. *Premissi* 2008;4:36–42.

Rastas A. Kulttuurit ja erot haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvuori J, Tiittula L (toim.) Haastattelu. Tutkimus tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 2005:78–102.

Resnicow K, Baranowski T, Ahluwalia JS, Braithwaite RL. Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethnicity & Disease* 1999;9(1):10–21.

Sanou D, O'Reilly E, Ngnie-Teta I, Batal M, Mondain N, Andrew C, Newbold BK, Bourgeault IL. Acculturation and Nutritional Health of Immigrants in Canada: A Scoping Review. *Journal Immigrant Minority Health* 2014;16(1):24–34. DOI:10.1007/s10903-013-9823-7

Serkkola A, Allahwerdi H. Islamin jälkiä terveydenhoidossa. Teoksessa Tuominen R (toim.) *Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa*. Juva: WSOY, 1998:76–91.

Simmelink J, Lightfoot E, Dube A, Blevins J, Lum T. Understanding the Health Beliefs and Practices of East African Refugees. *Am J Health Behav*. 2013;37(2):155–61. DOI:<http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.37.2.2>

Tiilikainen M. Somalinaiset ja maahanmuuton kokemukset. Teoksessa Liebkind K (toim.) *Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Helsinki: Gaudeamus, 2000:93–111.

Tiilikainen M. *Arjen islam. Somalinaisten elämää Suomessa*. Vantaa: Vastapaino, 2003.

Tilastokeskus. Väestötilastot. Ulkomaiden kansalaiset. [www-dokumentti] Maaliskuu 2014 [haettu 22.03.2014]. http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus, 2009.

VRN. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Kuva-arkisto. [www-dokumentti] 2014a [haettu 31.03.2014]. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/julkaisut/kuva-arkisto/>

VRN. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. *Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014*. Helsinki: Juvenes Print, 2014b.

Weiste-Paakkanen A, Rask S, Koponen P, Castaneda AE, Mölsä M, Koskinen S, Linnanmäki E. Maahanmuuttajatutkimuksen haasteita ja kokemuksia. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Tampere: THL, 2012:292–9.

WHO. *World Health Statistics 2012*. Geneve: World Health Organization, 2012.

Teemahaastattelurunko

Tutkimuskysymykset:

- 1) Millaisia **käsityksiä** Somaliasta tulleilla maahanmuuttajilla on **terveydestä ja ruuan ja terveyden yhteydestä**?
- 2) Millainen on **terveellinen ruokavalio** Suomessa asuvien somalialaisten mielestä?

Pääteemat:

- Ruokailutottumukset Somaliassa ja Suomessa
- Ruoka ja terveys
- Terveyskäsitys

Haastattelurunko:

- **Taustatiedot**
 - Syntymävuosi
 - Tausta: maaseutu / kaupunki
 - Maassaoloaika
 - (Maahanmuuton syy)
 - Koulutustaso
 - Nykyinen työllisyys- / opiskelustatus
 - Siviilsääty + lapset
- **Ruokailutottumukset**
 - Ruokailu Somaliassa
 - kenen kanssa
 - kuinka monta kertaa päivässä
 - mihin aikaan päivästä syöt?
 - Ruokailu Suomessa?
 - Mitä yleensä söit Somaliassa?
 - Mitä yleensä syöt Suomessa?
 - Millaista on käydä Suomessa ruokaostoksilla?
 - Kuka perheessänne yleensä käy ruokaostoksilla? Kuka valmistaa ruuan?
- **Ruoka ja terveys**
 - Voitko syödä mitä tahansa ruokaa?
 - Mikä merkitys ruualla on voinnillesi ja mielialallesi?
 - Mikä merkitys ruualla on terveyteesi?
 - Millaisia neuvoja antaisit ystävällesi, joka haluaa syödä terveellisesti?
 - (Mitä ruokia olisi hyvä syödä? Miksi?)
 - (Mitkä ruuat ei ole hyväksi terveydelle? Miksi?)
- **Terveyskäsitys**
 - Millainen on mielestäsi terve ihminen?

- Mitä muut asiat kuin ruoka liittyvät hyvinvointiisi/terveyteesi?
- Mitä terveys on?

– **Tiedon tarpeet**

- Mistä ruokaan liittyvistä asioista haluaisit saada enemmän tietoa?
- Mistä saat tällä hetkellä parhaiten tietoa terveyteen liittyvistä asioista?

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Osallistun haastatteluun, jonka Jaana Typpö toteuttaa osana terveystieteiden pro gradu -tutkielmaansa. Tutkimuksessa selvitetään somalimaahanmuuttajien käsityksiä ruuasta ja terveydestä.

Annan lupani siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja sanomiani asioita käytetään tutkimusaineistona kuitenkin niin, ettei henkilöllisyyteni paljastu. Tiedän, että henkilöllisyyteni on vain tutkijan tiedossa ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun haastatteluun vapaaehtoisesti ja olen tietoinen siitä, että voin keskeyttää osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa tarvitsematta perustella keskeyttämistäni.

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennös: _____

Sisällönanalyysi

Taulukko 2. Sisällönanalyysin eteneminen tässä tutkimuksessa

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Terveys on monen osa-alueen kokonaisuus</p> <p>Terveys on toimintakykyä</p> <p>Terveyttä ei voi päätellä ulkonäöstä</p>	<p>Terveyden määritelmä</p>	<p>Terveyskäsitys</p>
<p>Epävarmuus terveenä pysymisestä</p> <p>Sairaus muuttaa elämää</p>	<p>Toive terveenä pysymisestä</p>	
<p>Terveys on kaikista tärkeintä</p> <p>Jokainen haluaa olla terve</p>	<p>Terveys elämän perustana</p>	
<p>Terveys on jumalan käsissä</p> <p>Joskus sairastaminen on tarpeen</p>	<p>Islamilainen terveyskäsitys</p>	<p>Terveyskäsitteen muutosprosessi maahanmuuton myötä</p>
<p>Suomessa ja Somaliassa ajatellaan terveydestä eri tavoilla.</p> <p>Yksilöllisiä eroja ruuan sisällön ja terveellisuuden arvioinnissa</p>	<p>Maahanmuutto on vaikuttanut terveysajatteluun ja -toimintaan</p>	
<p>Somaliassa ei mietitty, mitä ruoka sisältää</p> <p>Somaliassa ei tiedetty ravintoaineista ja niiden merkityksestä</p> <p>Somaliassa rasvaa pidettiin parannuskeinona ja hyvänä keholle</p>	<p>Ajatukset ravitsemuksesta ennen maahanmuuttoa</p>	
<p>Monet tekijät yhdessä vaikuttavat terveyteen</p>	<p>Monet tekijät yhdessä vaikuttavat terveyteen</p>	<p>Terveyteen vaikuttavia tekijöitä</p>
<p>Ravitsemus</p> <p>Liikunta</p> <p>Päihteet</p> <p>Terveelliset elämäntavat</p> <p>Väkivalta</p> <p>Seksi</p>	<p>Fyysiset tekijät</p>	
<p>Taloudellinen tilanne</p> <p>Koulutus</p> <p>Terveydenhuolto</p> <p>Hygienia</p> <p>Maantieteelliset erot sairastavuudessa</p>	<p>Yhteiskunnalliset tekijät</p>	
<p>Uskonto vaikuttaa arjen jaksamiseen</p> <p>Uskonnosta turvaa / lohtua</p> <p>Uskonnosta selitystä / tarkoitusta asioille / elämälle</p>	<p>Hengelliset tekijät</p>	
<p>Subjekttiivinen kokemus terveydestä</p> <p>Stressi</p> <p>Tunteet</p> <p>Mielenterveys</p> <p>Elämän tarkoituksellisuus / mielekkyys</p>	<p>Psykkiset tekijät</p>	
<p>Perheen ikävöinti</p> <p>Yksinäisyys</p>	<p>Sosiaaliset tekijät</p>	

Sosiaalisen kanssakäymisen vähyyks
Perheen ja ystävien tärkeys

On tärkeää syödä aamulla
Syö monipuolisesti ja pieniä annoksia usein
Riittää kun syö kolme kertaa päivässä
Terveydelle ei ole hyväksi jos syö yöllä

Ateriarytmi

Käsityksiä
terveellisestä
ruokavaliosta

Monipuolisesta ruuasta saa monipuolisesti
ravintoaineita
Kannattaa syödä paljon kasviksia, hedelmiä ja
kalaa
Tuore ja puhdas ruoka on terveellistä
Talvella on varmistettava D-vitamiinin saanti

Käsityksiä terveyttä
edistävästä ruuasta

Suola, sokeri ja eläinperäinen rasva aiheuttavat
sairauksia
Rasvainen ruoka on huonoksi terveydelle
Rasvainen ruoka aiheuttaa lihavuutta
Lihavuus aiheuttaa sairauksia, kiusaamista ja
liikkumattomuutta
Ei ole hyväksi jos ei saa tarpeeksi ruokaa

Käsityksiä terveyttä
heikentävistä
ravitsemuksellisista tekijöistä

Suomalainen ruokavalio on hyväksi
Somalialainen ruokavalio ei ole hyväksi, mutta
yhteinen kulttuuriruokailu edistää sosiaalista
terveyttä

Käsityksiä suomalaisen ja
somalialaisen ruokavalion
terveellisyydestä
