

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NUORTEN TUPAKOINTI JA
ALKOHOLIN KÄYTTÖ

Pro gradu –tutkielma

Jaana Kinnunen

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

Kesäkuu 2013

KINNUNEN, JAANA: Maahanmuuttajataustaisten nuorten tupakointi ja alkoholin käyttö
Pro gradu -tutkielma, 46 s., 3 liitesivua

Ohjaajat: Yliopistonlehtori Pirjo Lindfors, Tampereen yliopisto

Dosentti, erikoistutkija Susanna Raisamo, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kansanterveystiede

Kesäkuu 2013

Maahanmuuttajien määrä on Suomessa noussut viime vuosina ennätystahtia. Maahanmuuttajanuorten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä ei ole väestötasolla Suomessa juurikaan tutkittu, ja aikuistenkin osalta tutkimukset ovat olleet harvalukuisia. Tutkimuksen tarve todetaan useissa valtakunnallisissa ohjelmissa, suosituksissa ja asiakirjoissa. Maahanmuuttajia on Suomessa tutkittu tähän mennessä pääsääntöisesti haastattelujen avulla, joten tarvetta on kartoittaa muiden menetelmien toimivuutta maahanmuuttajatutkimuksissa.

Uskonto ja kulttuuri vaikuttavat taustalla ihmisten koko elämään, niin myös terveyskäyttäytymiseen. Muuttaessaan uuteen maahan ihminen tuo mukanaan myös synnyinmaansa kulttuurin ja uskontonsa sekä niihin liittyvät tavat. Uuden kotimaan kulttuuriin sopeutumisen eli akkulturaation myötä nämä tavat voivat kuitenkin muuttua.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko etnisellä taustalla ja uskonnolla yhteyttä maahanmuuttajataustaisten nuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Etninen tausta määriteltiin tässä tutkimuksessa nuoren äidinkielen perusteella. Tutkimusaineistona käytettiin Tampereen yliopistossa vuosina 2010–2011 toteutetun Maahanmuuttajanuorten hyvinvointi ja terveys (Mammut) -tutkimushankkeessa kerättyä sähköistä kyselyaineistoa. Kysely toteutettiin monikielisenä Internetkyselynä 14–16-vuotiailla nuorilla. Tässä tutkielmassa kuvataan myös tutkimuksen eteneminen, sen edut ja haasteet. Tilastolliset tarkastelut tehtiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Pearsonin χ^2 -testiä.

Kyselyyn vastanneista nuorista (n=317) noin kolmasosa oli kokeillut tupakointia, samoin kuin alkoholia. Vähiten tupakointia kokeilleita oli arabian-, vietnamin- ja somalinkielisten nuorten joukossa. Uskonnon mukaan tarkasteltuna eniten tupakointia olivat kokeilleet nuoret, jotka eivät kuuluneet mihinkään uskontokuntaan, ja vähiten muslimit. Tutkimushetkellä tupakoi ainakin silloin tällöin noin viidennes kaikista vastaajista. Ranskan-, somalin- ja arabiankieliset olivat kokeilleet alkoholia huomattavasti vähemmän, ja viron-, thain- ja kiinankieliset enemmän kuin muut kieliryhmät. Eri uskonnoittain tarkasteltuna tulokset vastasivat tupakointia koskevia tuloksia: eniten alkoholia kokeilleita oli niiden nuorten joukossa, jotka eivät kuuluneet mihinkään uskontokuntaan, ja vähiten alkoholia ilmoittivat kokeilleensa muslimit. Kuukausittainen humalajuominen oli harvinaista kaikkien vastaajien keskuudessa. Tuloksia voi hyödyntää maahanmuuttajanuorten terveyden edistämisessä.

Asiasanat: maahanmuuttaja, nuori, uskonto, tupakointi, alkoholin käyttö, Internetkysely

ABSTRACT
UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Health Sciences

KINNUNEN, JAANA: Immigrant youth's smoking and alcohol use
Master's thesis, 46 p., 3 appendix p.

Supervisors: University lecturer Pirjo Lindfors, University of Tampere
Docent, senior researcher Susanna Raisamo, University of Tampere, and National
Institute for Health and Welfare

Public Health
June 2013

In Finland, the amount of immigrants has increased rapidly during the recent last years. On population level, there is a shortage of surveys of health and health behavior of immigrant adolescents, and those concerning immigrant adults are also rare. There is a recognized need for research in many national agendas, recommendations, and documents. In Finland, the research on immigrants has primarily focused on interviews, so there is a need for mapping the feasibility of other methods in studies on immigrants.

Religion and culture influence people's lives including their health behavior. When moving to a new country, people bring their culture and religion as well as the habits related to these factors from their native country with them. However, acculturation, which means adaptation to a new culture, can change these habits.

The purpose of this study was to examine if there is an association between adolescents' ethnic background, religion, smoking and alcohol use. In this study, the ethnic background referred to the adolescent's mother tongue. The data was collected in part of the Immigrant youth's health and wellbeing project conducted at the University of Tampere in 2010–2011. The multilingual survey was conducted via Internet in 14–16 year-old adolescents. The process of the study as well as its advantages and challenges are described in this thesis. The cross tabulation and Pearson's χ^2 -test were used to perform the descriptive statistics.

Approximately one third of the adolescents participating in the survey (n=317) had tried smoking as well as alcohol drinking. The Arabic, Vietnamese and Somali speaking adolescents had tried smoking less than other adolescents. According to the religion, those adolescents with no religion had tried smoking more frequently, and the Muslim adolescents less than other adolescents. At the time of the survey, approximately one fifth of the adolescents smoked at least every now and then. French, Somali and Arabic speaking adolescents had tried alcohol less than others. On the other hand, the proportion of the adolescents who had tried alcohol more than other adolescents was higher among the Estonian, Thai and Chinese speaking. According to the religion, the Muslim adolescents had tried alcohol less. Those adolescents with no religion had tried alcohol more frequently than others. Being drunk monthly was very rare among all the respondents. The results can be utilized in health promotion of immigrant adolescents.

Key words: immigrant, adolescent, religion, smoking, alcohol use, Internet survey

SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO..... | 1 |
| 2 MUUTTO UUTEEN MAAHAN | 4 |
| 2.1 Maahanmuuttaja – monimerkityksinen käsite..... | 4 |
| 2.2 Uusi maa, uusi kulttuuri..... | 5 |
| 2.3 Kielen merkitys ja huomioiminen kyselyssä..... | 6 |
| 3 USKONTO JA PERHE NUOREN TUPAKOINNIN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN TAUSTALLA | 7 |
| 3.1 Uskontojen ohjeita tupakoinnista ja alkoholin käytöstä..... | 7 |
| 3.2 Perheen ja yhteisön vaikutus nuoren tupakointiin ja alkoholin käyttöön..... | 8 |
| 4 USKONTO JA KULTTUURI TUPAKOINNIN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN TAUSTALLA | 10 |
| 4.1 Uskonto, kulttuuri ja tupakointi..... | 10 |
| 4.2 Uskonto, kulttuuri ja alkoholin käyttö | 12 |
| 4.3 Nuorten tupakointi ja alkoholin käyttö Suomessa | 14 |
| 5 YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA | 17 |
| 6 INTERNETISSÄ TOTEUTETTAVA KYSELYTUTKIMUS JA LOMAKKEEN KIELENKÄÄNNÖSPROSESSI..... | 19 |
| 6.1 Internetin kautta toteutettava kyselytutkimus..... | 19 |
| 6.2 Kyselylomakkeen kielenkäännösprosessi | 20 |
| 7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 22 |
| 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS, AINEISTO JA MENETELMÄT | 22 |
| 8.1 Tutkimuksen kohderyhmä..... | 22 |
| 8.2 Tutkimuksen tiedonkeruu..... | 23 |
| 8.2.1 Tiedonkeruuvälineen ja kyselylomakkeen kysymysten valinta..... | 23 |
| 8.2.2 Kyselyssä käytettävien kielten valinta ja kyselyn kääntäminen | 23 |
| 8.2.3 Internet-kyselyn laadinta ja kyselyn toteutus | 24 |
| 8.3 Aineisto ja analyysimenetelmät..... | 25 |
| 8.3.1 Aineiston kuvailu..... | 25 |
| 8.3.2 Tupakointia ja alkoholin käyttöä kuvaavat indikaattorit..... | 27 |
| 8.3.3 Aineiston analyysimenetelmät..... | 27 |
| 9 TULOKSET | 28 |
| 9.1 Tupakointi | 28 |
| 9.2 Alkoholin käyttö..... | 30 |
| 9.3 Monikielisen Internetkyselytutkimuksen edut ja haasteet..... | 32 |
| 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 34 |
| LÄHTEET | 38 |
| LIITTEET | |
| Liite 1. Tutkielmaan liittyvät kysymykset kyselylomakkeesta..... | 47 |
| Liite 2. Saatekirje..... | 48 |
| Liite 3. Kyselylomake vastaamattomuuden syystä..... | 49 |

1 JOHDANTO

Maahanmuutto ja maahanmuuttajat ovat nousseet viime vuosien aikana kiivaaksikin julkiseksi ja poliittiseksi keskustelunaiheeksi. Keskustelusta on välillä tullut kuva, että maahanmuuttajat olisivat Suomessa uudehko ilmiö, vaikka maahanmuuttajia on Suomessa ollut kautta koko historian. Maahanmuuttajien määrä on kuitenkin 2000-luvulla Suomessa lisääntynyt huomattavasti, ja vuosina 2008 ja 2011 Suomeen muutti vuodessa melkein 30 000 ihmistä ulkomailta ja huippuvuonna 2012 jo yli 31 000 (Tilastokeskus 2013a). Vuoden 2012 lopussa Suomessa asuvista äidinkielenään jotain muuta kieltä kuin suomea, ruotsia tai saamea puhui 266 949 henkilöä eli 4,9 % väestöstä. Suurimmat vieraskielisten ryhmät olivat venäjän-, viron-, somalin- ja englanninkieliset. (Tilastokeskus 2013b.)

Maahanmuuttajat tuovat mukanaan myös kulttuurinsa ja uskontonsa. Kulttuuri ja uskonto kuuluvat olennaisesti ihmisten elämään, ja ne siirtävät perinteisiä tapoja ja sääntöjä sukupolvelta toiselle (Huttunen 2010, 376). Uskonto vaikuttaa myös ihmisten terveyskäyttäytymiseen monella tavalla. Se muun muassa säätelee seksuaalitapoja ja sukupuolten välistä kanssakäymistä, mutta myös nautintoaineiden käyttöä sekä ruoka-, pukeutumis- ja liikuntatapoja. Eri etnisillä ryhmillä terveyskäyttäytymiseen ja elintapoihin vaikuttavat usein myös uskonnon määrittelemät sukupuoleen liittyvät roolit. (Malin 2003, 324.)

Eri kulttuuri- ja sosiaaliryhmien välillä on eroja esimerkiksi alkoholin käytössä ja tupakoinnissa. Alkoholi ja tupakka ovat levinneet joka puolelle maailmaa, ja ne aiheuttavat vuosittain monta miljoonaa kuolemaa. Tupakointi ja alkoholin käyttö alkavat monesti jo nuorena, ja niihin vaikuttavat muun muassa perheen tavat, henkilökohtaiset ominaisuudet ja ympäristön suhtautuminen päihteisiin. (Helman 2007, 207–208, 212, 215.)

Maahanmuuttajia on tutkittu Suomessa melko paljon, kuten heidän integroitumistaan suomalaiseen yhteiskuntaan ja työelämään, mutta heidän terveytensä ja hyvinvointinsa ovat olleet tutkimuskohteina hyvin harvoin (Malin 2003, 330), ja tutkimukset ovat keskittyneet lähinnä aikuisiin, kuten vastavalmistunut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi (MAAMU) -tutkimus (Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä & Koskinen 2012). MAAMU-tutkimuksen yhteydessä kerättiin tietoa myös 13–16-vuotiaista maahanmuuttajanuorista, mutta kyseisen Etnokids-tutkimuksen tuloksia ei ole vielä julkaistu (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2013a). Lisäksi maahanmuuttajia on Suomessa tutkittu tähän mennessä pääsääntöisesti

haastattelujen avulla, joten tarvetta on kartoittaa muidenkin menetelmien toimivuutta maahanmuuttajatutkimuksissa.

Maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia koskevan tiedon tarve todetaan monissa valtakunnallisissa ohjelmissa, asiakirjoissa ja suosituksissa, kuten Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001) ja Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (TEROKA) (2008). Väestötasolla toteutettuja monikielisiä maahanmuuttajille suunnattuja hyvinvointikyselyjä ei toistaiseksi ole Suomessa tehty.

Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään maahanmuuttajanuorten ja -lasten olevan haavoittuvaisessa asemassa terveytensä suhteen (Hermanson & Lommi 2009), ja esimerkiksi heidän mielenterveytensä on tutkimusten mukaan heikempi kuin kantaväestön (Sourander 2007). Maahanmuuttajat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä ja eri maahanmuuttajaryhmien välillä on terveyseroja. Terveyseroja on myös maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä sekä sukupuolten välillä. Näitä tulisikin tutkia Suomessa lisää. (Malin 2003, 322, 330.)

Nuorten terveystapatutkimuksessa on seurattu 12–18-vuotiaiden suomalaisten terveyden ja terveystottumusten muutoksia ja niitä selittäviä tekijöitä vuodesta 1977. Valtakunnallinen tutkimus toteutetaan joka toinen vuosi postikyselyinä. Kyselyt on toteutettu siten, että eri vuosien tulosten vertailukelpoisuus on säilynyt mahdollisimman hyvänä, joten nuorten terveyden ja hyvinvoinnin indikaattoreiden seuranta on mahdollistunut. (Rimpelä, Rainio, Pere, Lintonen & Rimpelä 2005, 26–27.)

Nuorten terveystapatutkimuksen otoksessa on mukana maahanmuuttajataustaisia nuoria. Keväällä 2009 toteutetussa Nuorten terveystapatutkimuksessa 14–16-vuotiaista kyselyyn vastasi yli 50 %. Kun tarkasteltiin ryhmänä muita kuin suomea ja ruotsia äidinkielenään puhuvia, heidän vastausprosenttinsa oli alle 40 %. (Nuorten terveystapatutkimuksen julkaisemattomia tuloksia 2009.) Kielelliset vaikeudet voivatkin estää maahanmuuttajan tutkimuksiin osallistumisen. Vastaamismahdollisuus omalla äidinkielellä on tärkeä tekijä: se asettaa maahanmuuttajat tasa-arvoisempaan asemaan kantaväestön kanssa ja nostaa osallistumisaktiivisuutta. Näin ollen se myös lisää tutkimuksen yleistettävyyttä ja laatua. (Moradi, Sidorchuk & Hallqvist 2010; Ponce ym. 2004; Wong & Wang 2008.)

Tässä tutkielmassa maahanmuuttajalla ja maahanmuuttajataustaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka äidinkieli on joku muu kuin suomi, ruotsi tai saame. Tutkielma on osa Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa Tampereen yliopistossa vuosina 2010–2011 toteutettua maahanmuuttajanuorille suunnattua monikielistä Maahanmuuttajanuorten hyvinvointi ja terveys - pilottitutkimusta (Mammut). Tutkimus toteutettiin Internetin kautta sähköisesti. Pilottitutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa 14–16-vuotiaiden maahanmuuttaja- sekä maahanmuuttajataustaisten nuorten terveydestä, terveyskäyttäytymisestä ja hyvinvoinnista. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin sähköisen monikielisen kyselyn toimivuutta maahanmuuttajanuorten kohdalla sekä lähtökohtia kansallisen monitorointijärjestelmän luomiseksi maahanmuuttajanuorten hyvinvoinnin ja terveyden seurantaan.

Tutkielman tarkoituksena on selvittää, onko etnisellä taustalla ja uskonnolla yhteyttä 14–16-vuotiaiden maahanmuuttajataustaisten nuorten tupakointiin ja alkoholinkäyttöön. Aihetta ei ole aikaisemmin Suomessa väestötasolla tutkittu, joten tämä tutkimus antaa siitä uutta tietoa. Tupakointi ja alkoholin käyttö alkavat monesti jo nuorella iällä, joten tietoa nuorten tupakoinnista ja alkoholinkäytöstä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä tarvitaan heidän terveytensä edistämiseksi. Maahanmuuttajanuorille suunnattujen terveydenedistämishjelmien suunnitteluun tarvitaan tietoa heidän terveydestään ja terveyskäyttäytymisestään. Huumeet on tässä tutkimuksessa rajattu pois, koska niistä ei tutkimuksessa kysytty. Tutkielman toinen tutkimustehtävä on kuvata tutkimuksessa käytetyn sähköisen monikielisen kyselylomakkeen etuja, haasteita ja ongelmakohtia maahanmuuttajanuorison terveyskäyttäytymisen tutkimisessa. Tietoa voi käyttää vastaavanlaisia tutkimushankkeita suunniteltaessa.

2 MUUTTO UUTEEN MAAHAN

2.1 Maahanmuuttaja – monimerkityksinen käsite

Maahanmuuttaja on monimerkityksinen käsite. Yleensä sitä käytetään yleiskäsitteenä henkilöstä, joka on syntynyt ulkomailla (Väänänen ym. 2009, 14) ja muuttaa toiseen maahan mistä tahansa syystä (Maahanmuuttovirasto). Suomeen muuttaneista lapsista kuitenkin noin puolet on ollut Suomen kansalaisia; he ovat vain syntyneet ulkomailla, mutta ovat täysin suomalaisia (Kartovaara, Niskanen, Rautanen, Reijo & Sauli 2007, 413).

Toinen tapa määritellä maahanmuuttaja on tarkastella kansalaisuutta. Sekin on määritelmänä ongelmallinen, koska monilla on kaksoiskansalaisuus tai he ovat luopuneet edellisestä kansalaisuudestaan, mutta uskonnoiltaan, kieleltään tai etniseltä identiteetiltään he eroavat kantaväestöstä (Räty 2002, 14).

Kolmas mahdollisuus maahanmuuttajan määrittelyyn nojaa subjektiiviseen puoleen, äidinkieleen. Henkilö on siis maahanmuuttajataustainen, jos hänen äidinkiensä on jokin muu kuin suomi, ruotsi tai saame. Tämä määritelmä perustuu omaan tai vanhempien valintaan ja ilmoitukseen. (Kuusela ym. 2008, 7.) Äidinkieli vaikuttaa myös arkielämään enemmän kuin passissa lukeva kansalaisuus tai syntymäpaikka (Kartovaara 2007, 14). Tässäkin määritelmässä on kuitenkin heikkoutensa: yksi suuri ulkomaalaisten ryhmä menetetään tilastoissa ja tutkimuksissa, nimittäin ruotsalaiset (Kartovaara ym. 2007, 413). Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajalla ja maahanmuuttajataustaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka äidinkieli on jokin muu kuin suomi, ruotsi tai saame.

Käsitteet siirtolainen, pakolainen, turvapaikanhakija ja paluumuuttaja kertovat maahanmuuton syistä. Siirtolainen muuttaa maasta toiseen vapaaehtoisesti (Räty 2002, 11) rakentaakseen siellä itselleen uuden elämän (Maahanmuuttovirasto). Pakolainen on puolestaan joutunut jättämään kotimaansa rotunsa, uskontonsa, kansallisuutensa, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisensa tai poliittisen mielipiteensä aiheuttaman vainon vuoksi. Turvapaikanhakija pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta toisesta maasta edellä lueteltujen syiden vuoksi ja saa pakolaisaseman vasta, kun turvapaikka myönnetään. (Maahanmuuttovirasto.) Paluumuuttajalla on suomalaiset sukujuuret, tai hän on aiemmin ollut suomalainen, ja hän muuttaa takaisin Suomeen (Räty 2002, 11).

2.2 Uusi maa, uusi kulttuuri

Muuttaessaan uuteen maahan maahanmuuttaja joutuu kosketuksiin myös uuden kulttuurin kanssa, ja sen seurauksena maahanmuuttajan kulttuurinen minäkuva, ajatusmaailma ja käytös alkavat muuttua. Tästä prosessista käytetään käsitettä akkulturaatio. Kulttuurinen identiteetti on yksi akkulturaation näkökulma, ja se keskittyy nimenomaan maahanmuuttajan käsitykseen kulttuurisesta minäkuvastaan. Jokainen maahanmuuttaja ja maahanmuuttajaryhmä asennoituu eri tavalla kanssakäymiseen uuden kulttuurin ja sen edustajien kanssa. Akkulturaation muoto ei ole pelkästään maahanmuuttajan asenteesta riippuva valinta. Myös yhteiskunnat ja valtaväestöt suhtautuvat eri tavoilla maahanmuuttajiin ja erilaisen kulttuuritaustan omaaviin henkilöihin, ja tämä luo puitteet sille, mitkä akkulturaation muodot ovat mahdollisia. (Phinney, Berry, Vedder & Liebkind 2006, 71, 73–74.)

Assimilaatio tarkoittaa sitä, että henkilö ei halua säilyttää omia kulttuurisia juuriaan, vaan hakeutuu muita kulttuureita edustavien henkilöiden seuraan. Yhteiskuntaa, jonka valtaväestö pitää parhaimpana assimilaatiota tai jopa painostaa siihen, voi kutsua ”sulatusuuniksi”. *Separaatio* puolestaan tarkoittaa pitäytymistä saman kulttuurisen taustan omaavien henkilöiden parissa ja muiden kulttuurien edustajien seuran välttämistä. Kun valtaväestökin ajaa eri kulttuuristen ryhmien erilläänoloa, niin yhteiskuntatasolla voidaan silloin puhua segregatiosta. (Phinney ym. 2006, 73–75.)

Kun henkilö haluaa säilyttää oman kulttuurisen taustansa, mutta kuitenkin olla tekemisissä myös muita kulttuureita edustavien henkilöiden kanssa ja osallistua uuden kotimaan yhteiskunnan toimintaan, puhutaan *integraatiosta*. Integraatio on mahdollinen vain yhteiskunnassa, joka hyväksyy kulttuurisen erilaisuuden ja eri kulttuurien kirjon, ja mahdollistaa kaikkien sopeutumisen. Tällaista kutsutaan monikulttuuriseksi yhteiskunnaksi. *Marginalisaatiosta* voidaan puhua, kun henkilöllä ei ole kiinnostusta tai mahdollisuutta säilyttää omaa kulttuurista taustaansa eikä myöskään kiinnostusta tai mahdollisuutta kanssakäymiseen muiden kulttuurien edustajien kanssa. Valtaväestö voi ajaa marginalisaatiota, ja se on yksi yhteiskunnasta poissulkemisen eli eksklusion muoto. (Phinney ym. 2006, 74–75.)

Maahanmuuttajanuorten akkulturaatioasenteet muodostuvat pitkälti heidän perheidensä ja yhteisöjensä asenteiden mukaan. Nuorten maahanmuuttajien mielipiteet omasta ja muiden kulttuureista muodostuvat kanssakäymisessä erilaisten ihmisten kanssa, kuten ikätovereiden seurassa koulussa, ja oman kulttuuritaustan arvostus näkyy esimerkiksi halukkuudessa säilyttää oma

äidinkieli. (Phinney ym. 2006, 75.) Yhteiskunnan etnisten ryhmien suhteet ja maahanmuuttajayhteisöjen käsitys asemastaan heijastuvat myös maahanmuuttajien tutkimusasetteisiin, joihin voi parhaiten vaikuttaa ottamalla kyseisen yhteisön jäsen mukaan tutkimusentekoon (Malin & Raisamo 2011).

2.3 Kielen merkitys ja huomioiminen kyselyssä

Äidinkieli symboloi kansalliskulttuuria ja toimii myös ryhmätunnuksena. Samalla äidinkieli on myös keskeinen osa jokaisen identiteettiä. Siksi oma kieli halutaan säilyttää ja siirtää seuraavalle sukupolvelle. (Kramsch 1998). Uuteen maahan muuttaessaan maahanmuuttaja kohtaa uuden kulttuurin lisäksi ainakin yhden uuden kielen. Yhteiskunnan suhtautuminen maahanmuuttajiin vaikuttaa siihen, kuinka hyvin äidinkielenä voi säilyttää ja siirtää seuraavalle sukupolvelle.

Suomen perustuslain (731/1999) 17 §:ssä todetaan, että ”Saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan”. Lisäksi maahanmuuttajille on turvattu suomen kielen opetus osana kotouttamista (Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010). Maahanmuuttajalapsen ja -nuoren tarvitsevat suomen tai ruotsin kieltä myös selviytyäkseen koulussa. Perusopetuslaissa (628/1998) annetaan kunnille mahdollisuus järjestää valmistavaa opetusta puolen vuoden ajan ennen yleisopetukseen siirtymistä, mikä mahdollistaa paremmat oppimisvalmiudet tavallisessa luokassa. Maahanmuuttajaoppilaille on mahdollisuus saada opetusta myös omassa äidinkielessään (Perusopetuslaki 628/1998).

Kieli on myös olennainen tekijä tutkimuksissa, koska sitä tarvitaan kommunikaatioon tutkijan ja tutkittavien välillä. Sheldonin ym. (2007, 30) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan maahanmuuttajilla on tutkimuksissa ongelmana puutteellinen kielitaito. Esimerkiksi Englannissa on tutkittu, että maahanmuuttajan englanninkielen taito on sitä heikompi, mitä vanhemmasta ihmisestä on kyse, ja naisilla kielitaito on heikompi kuin miehillä. Erot etnisten ryhmien välillä voivat kuitenkin olla suuria: esimerkiksi tietyistä Afrikan maista (kuten Nigeria) tulevat voivat puhua aivan sujuvasti englantia, mutta somaleista suuri osa puhuu vain somalia. Kielitaito on huono somaleilla varsinkin naisten ja iäkkäämpien joukossa minkä lisäksi heistä moni on myös lukutaidoton. Kehitysmaista tulevilla maahanmuuttajilla voi olla alhaisempi koulutustaso ja sitä myöten heikompi lukutaito kuin valtaväestöllä, mikä vaikeuttaa vastaamista etenkin itse täytettäviin postikyselyihin. Tutkijoiden tulisi muistaa, että kielivaikeudet voivat johtaa avun pyytämiseen perheeltä tai ystäviltä, mikä puolestaan voi vaikuttaa vastauksiin. (Sheldon ym. 2007, 30–32, 40.)

Koska monilla kehitysmaista tulevilla maahanmuuttajilla voi olla alhaisempi koulutustaso ja heikompi lukutaito kuin valtaväestöllä, heidän vastaamisaktiivisuuttaan voi parhaiten nostaa panostamalla kyselyn kieleen. Kyselylomakkeen ja saatekirjeen kielen pitäisi olla hyvin yksinkertaista ja selkeää, jotta myös heikommin lukevat sitä ymmärtäisivät. Kielenkäännökset ovat myös tarpeen maahanmuuttajavastaajille, koska heidän kielitaitonsa voi olla liian puutteellinen kyselyyn vastaamiseen. Jotta käännetyt kyselylomakkeet olisivat kohderyhmilleen ymmärrettävää kieltä, pitäisi käännöksissäkin huomioida kulttuuriset aspektit. (Sheldon ym. 2007, 39–41, 44.)

3 USKONTO JA PERHE NUOREN TUPAKOINNIN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN TAUSTALLA

3.1 Uskontojen ohjeita tupakoinnista ja alkoholin käytöstä

Kristinuskosta on monia eri muotoja, mutta jokaisessa niissä Raamattu on keskeisessä osassa. Raamatussa ei eksplisiittisesti kielletä alkoholin ja tupakan käyttöä, mutta Raamattua on kuitenkin tulkittu monin tavoin. Esimerkiksi Suomessa adventistit pidättäytyvät kaikkien päihteiden käytöstä, koska ne ovat vahingollisia elimistölle (Suomen adventtikirkko), ja lestadiolaisuudessa vaaditaan nuhteettomuutta alkoholin ja muiden päihteiden käytön suhteen, mutta tupakointi on sallittua (Väisänen 2010, 125). Luterilainen kirkko ei ole antanut omia terveysohjeita, koska ne kuuluvat eettisen, eikä teologisen, tiedon alueelle, joten niihin saa vastauksen loogisen päättelyn ja omantunnon avulla. Luterilaisuuden mukaan myös kriittinen lääketieteellinen tutkimus antaa oikeita ohjeita terveyteen liittyen. (Teinonen 2007, 103.)

Juutalaisuudessa oikein eläminen ja toimiminen ovat oleellista. Alkoholin käytön ja tupakoinnin suhteen juutalaisuudessa ei ole selviä ohjeita, mutta sairauksien ehkäisyn korostamisen takia terveellinen elämäntapa on tärkeä asia. Lääkäreiden odotetaan antavan terveyskasvatusta myös alkoholin käyttöön ja tupakointiin liittyen. (Harviainen 2006; Hakohen & Schwartz.)

Islamin mukaan elämä on Jumalan käsissä, joten ihmisillä on velvollisuus pysyä terveisinä. Se pitää sisällään pidättäytymisen vahingollisten aineiden käytöstä kuten alkoholi, tupakka ja huumeet. Koraanissa on suoraan kielletty vain viinin nauttiminen, mutta sen on tulkittu tarkoittavan kaikkia tajuntaan vaikuttavia ja ajattelua sumentavia aineita eli alkoholia yleisesti ja huumeita. (Hallenberg 2006.) Islamilaisen lain periaate on, että se, mitä ei suoranaisesti ole kielletty, on sallittua. Koska

Koraanissa tai Sunnassa ei ole suoria mainintoja tupakoinnista, niin sitä on pidetty hyväksyttynä tai sallittuna. Tupakoinnin riskien tultua julki siitä on kuitenkin tullut epäsuotavaa käytöstä. (Ghouri, Atcha & Sheikh 2006, 292.)

Buddhalaisuuden oppien mukaan päihteiden käyttöä tulisi välttää. Tämä perustuu viiden moraalittoman toiminnan listaan, jossa yksi kohta koskee huolimattomuutta aiheuttavia päihteitä, jotka on saatu tislaamalla tai käymisen avulla. (Assanangkornchai, Conigrave & Saunders 2002, 193.) Tupakkaa ei mainita vanhoissa buddhalaisissa teksteissä, joten tupakoinnin suhteen buddhalaisuudessa ei ole suosituksia (Ugen 2003, 431). Vahingollisia tapoja, kuten tupakointi ja alkoholin käyttö, pidetään hindulaisuudessa moraalittomina. Hindut pitävät tärkeänä ruumiin ja sielun yhteyttä, joten ruumista ravitsevien aineiden pitäisi olla puhtaita ja ravinteikkaita. (Das 2012.)

Alkoholin käytöstä on siis annettu ohjeita selkeästi vain islaminuskossa ja buddhalaisuudessa. Tupakointia ei ole mainittu eri uskontojen pyhissä teksteissä, koska tupakointi on verrattain uusi ilmiö ”vanhassa maailmassa”, ja uskontojen pyhät tekstit kirjoitettiin ennen tupakan leviämistä niiden syntysijoille (Yong, Hamann, Borland, Fong & Omar 2009, 1026).

3.2 Perheen ja yhteisön vaikutus nuoren tupakointiin ja alkoholin käyttöön

Perhe ja ystävät vaikuttavat tutkimusten mukaan nuoren tupakointiin. Nuori alkaa todennäköisemmin tupakoida päivittäin¹, jos vanhemmat (esim. Pennanen, Vartiainen & Haukkala 2012) ja ystävät polttavat (esim. Okoli, Richardson & Johnson 2008). Samanlaisiin tuloksiin päätyi myös Susanna Rainio (2009) väitöskirjassaan, jossa hän tutki perhetekijöiden yhteyttä suomalaisnuorten tupakointiin ja havaitsi vanhempien tupakoinnin sekä vanhempien välinpitämättömän suhtautumisen tupakointiin sekä puutteellisten kodin tupakointirajoitusten olevan yhteydessä nuoren tupakoinnin alkamiseen.

Avenevolin ja Merikankaan (2003) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan yhteys vanhemman ja nuoren tupakoinnin välillä on kuitenkin heikko ja ristiriitainen. Heidän mukaansa se selittyy tutkimusten metodologisilla eroavuuksilla ja tekijöillä, jotka lieventävät vanhemman ja lapsen

¹ Tupakoinnin alkaminen kuvaa terminä paremmin tätä ilmiötä kuin tupakoinnin aloittaminen, koska kyseessä ei ole harkittu oma valinta, vaan ympäristö vaikuttaa siihen vuosien ajan ennen varsinaista tekoa (esim. Rimpelä 1980).

tupakoinnin välistä yhteyttä, kuten ystävien vaikutus. He löysivät voimakkaamman yhteyden sisarusten ja ikätoverien sekä nuoren tupakoinnin välillä.

Ystävien alkoholin käyttö vaikuttaa esimerkkinä varhaisessa nuoruudessa nuoren alkoholin käyttöön. Ystävien lisäksi vanhempien alkoholin käytöllä näyttäisi olevan vaikutusta siihen, että nuori alkaa käyttää alkoholia. (Engels, Knibbe, de Vries, Drop & van Beukelen 1999.) Myös perheen yhdessä viettämisen ajan vähäisyyden on havaittu olevan yhteydessä lasten alkoholin käyttöön (Garmienė, Žemaitienė & Zaborskis 2006).

Torsten Winter (2004) on tutkinut väitöskirjassaan nuorten raittiutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä Suomessa 1990-luvulla. Hän havaitsi nuorten raittiudessa selviä alueellisia eroja, joiden taustalla olivat erot uskonnollisuudessa ja vanhempien juomatavoissa. Myös uskonnollisuuden ja perheen merkitys nuoren raittiudessa vaihteli alueittain. Keski- ja Pohjois-Suomessa perheympäristöllä oli selvempi yhteys nuorten raittiuteen kuin Etelä-Suomessa. Uskonnollisuus puolestaan oli voimakkaammin yhteydessä nuorten raittiuteen Pohjanmaalla kuin Uudellamaalla, ja se selitti eniten raittiuden alueellisia eroja. Molempien vanhempien uskonnollisuus vaikutti selvästi nuorten raittiuteen: enemmistö raittiista nuorista oli lähtöisin uskonnollisista perheistä. (Winter 2004.)

Uskonto ja perhe liittyvät kiinteästi toisiinsa. Uskonnolliset perheet ja ihmiset muodostavat uskonnollisia ryhmiä, joiden on havaittu jakavan uskonsa lisäksi samankaltaisen sosioekonomisen, etnisen ja kulttuurisen taustan sekä terveyskäyttäytymiseen liittyviä perinteitä (Schlundt ym. 2008). Uskonnollisuus näyttäisikin vaikuttavan nuorten terveyskäyttäytymiseen nimenomaan näiden uskonnollisten ryhmien ja heidän perheidensä kautta sosiaalisen tuen muodossa (Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat & Drotar 2006).

4 USKONTO JA KULTTUURI TUPAKOINNIN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN TAUSTALLA

4.1 Uskonto, kulttuuri ja tupakointi

Vaikka mikään uskonto ei suoranaisesti kiellä tupakointia, sitä paheksutaan laajalti kaikissa uskonnollisissa piireissä, varsinkin sen terveyshaittojen tultua julki. Kuitenkin moni tupakoi uskonnollisten johtajien suosituksista huolimatta: esimerkiksi tutkittaessa tupakoivia Thaimaan buddhalaisia ja Malesian muslimeita, yli 90 % heistä kertoi uskonnon ohjaavan jokapäiväistä elämäänsä, ja suurimman osan mielestä heidän uskontonsa kannusti tupakoimattomuuteen, mutta silti he tupakoivat (Yong ym. 2009).

Tupakointi on hyvin yleistä erityisesti muslimimaissa. Korkeimmat prevalenssit ovat Indonesiassa ja Jemenissä, joissa yli kaksi kolmasosaa miehistä tupakoi. Musliminaiset tupakoivat yleensä miehiä huomattavasti vähemmän. Maailmasta löytyy kuitenkin myös muslimimaita, kuten Iran, joissa vain noin viidesosa miehistä tupakoi. (Ghuri ym. 2006, 291–292.) Toisaalta, yliopisto-opiskelijoista Iranissa raportoi tupakoivansa noin 40 % miehistä ja 6 % naisista. Tupakoinnin havaittiin olevan yleisempää suurempituloisten ja heikommin opinnoissaan menestyvien keskuudessa, kun taas uskonnollisen toiminnan havaittiin suojaavan jonkin verran tupakoinnilta. (Nakhaee, Divsalar & Jadidi 2009.)

Kristityissä maissa tupakointi vaihtelee jonkin verran maittain. Esimerkiksi Brasiliassa aikuisista tupakoi 17 % ja nuorista (13–15-vuotiaista) 12 %, Italiassa vastaavat luvut olivat 21 ja 23 %, Meksikossa 27 ja 16 %, Venäjällä 18 ja 39 % ja USA:ssa 9 ja 27 %. (World Health Organization 2011a.) 1990-luvun lopulla tehdyn tutkimuksen mukaan Intiassa, jossa suurin osa maailman hinduista asuu, yli 15-vuotiaista miehistä puolet ja naisista vajaa kuudesosa joko poltti tai pureskeli tupakkaa. Koko tutkimusväestöstä poltti tupakkaa 16 % (miehistä 29 % ja naisista 2 %). Tupakan kulutus Intiassa oli tutkimuksen mukaan yleisempää köyhien ja vähemmän koulutettujen joukossa. (Rani, Bonu, Jha, Nguyen & Jamjoum 2003.)

Ugenin (2003) mukaan buddhalaisessa Bhutanissa vain noin 1 % väestöstä tupakoi, ja se on hänen mukaansa uskonnon, sen arvojen ja ihmisten uskonnolle antaman suuren merkityksen ansiota. Kambodžassa Phnom Penhissä buddhalaismunkeista tupakoi arviolta 44 %, kun kaupungin muusta miesväestöstä tupakoi arviolta 65 %. Buddhalaismunkkeja houkutteli tupakoimaan heidän almuna

saamansa savukkeet. (Smith & Umenai 2000.) Thaimaassa buddhalaismunkeista tupakoi huomattavasti harvempi (24 %) kuin muusta aikuisväestöstä (55 %), tosin munkeilla tupakointiosuudet vaihtelivat alueesta riippuen noin 15 %:sta 41 %:iin (Kungskulniti ym. 2012). Kambodžaan ja Thaimaahan verrattuna Bhutanin huomattavasti vähäisempi tupakointi voi olla uskonnollisuuden lisäksi 1960-luvulle asti ulottuneen eristäytyneisyyden ansiota. Nykyään tupakointi on tasaisesti yleistynyt varsinkin nuorten keskuudessa modernisaation ja kansainvälistymisen myötä. (Ugen 2003.)

Uskonnon ja päihteiden käytön yhteyttä nuorten parissa on tutkittu melko paljon. Uskonnolla, ja varsinkin uskonnollisuudella, on todettu olevan terveyttä suojaava vaikutus kuten käy ilmi Cottonin ym. (2006) tekemästä kirjallisuuskatsauksesta. Uskonnon ja uskonnollisuuden on todettu olevan negatiivisesti yhteydessä nuorten tupakointiin niin kristityillä (Rostosky, Danner & Riggle 2007; Sinha, Cnaan & Gelles 2007; Khallad 2010) kuin musliminuorillakin (Khallad 2010; Nakhaee ym. 2009; Islam & Johnson 2003). Muissa uskonnoissa, kuten buddhalaisuudessa (Ugen 2003), vastaava tulos on saatu aikuisten parissa.

Ihmisten muuttaessa maasta toiseen, he tuovat mukanaan uskontonsa ja synnyinmaassa omaksutun kulttuurin. Muslimit, varsinkin miehet, tupakoivat myös Euroopassa enemmän kuin eurooppalainen kristitty kantaväestö. Englannissa kaikista miehistä tupakoi vuonna 2004 24 %, mutta bangladeshilaisista miehistä jopa 40 % ja pakistanilaisista 29 %. (Ghoury ym. 2006). Alankomaissa asuvista turkkilaisista 18–28-vuotiaista miehistä päivittäin tupakoi 51 % ja naisista 44 % vuonna 2006. Kulttuurisista tekijöistä vain vahvan muslimi-identiteetin havaittiin olevan yhteydessä vähäisempään tupakointiin. (van Oort ym. 2006.)

Nuorten maahanmuuttajien terveystyytyminen alkaa yleensä pikkuhiljaa muistuttaa uuden kotimaan nuorison tapoja (esim. Ma ym. 2004). Esimerkiksi Yhdysvalloissa tupakointi on yleisempää siellä syntyneillä nuorilla kuin muualla syntyneillä. Tupakoinnin alkamisen riski kuitenkin näyttäisi kasvavan kulttuuriin sopeutumisen myötä. (Gfroerer & Tan 2003.) Mitä pidempään perhe pitäytyy vanhan kotimaansa terveellisemmissä tavoissa ja perinteissä, sitä vähemmän perheen nuorison on todettu tupakoivan (Wong, Ameratunga, Garrett, Robinson & Watson 2008).

Glasgow'ssa tehdyssä nuorten seurantatutkimuksessa huomattiin pääasiassa Iso-Britanniassa syntyneiden aasialaisten, sekä muslimien että sikhien/hindujen, kokeilleen tupakkaa tai joskus tupakoineen merkittävästi vähemmän kuin muiden ryhmien, jotka olivat pääasiassa kristittyjä.

Joskus tupakoineiden osuus oli kristittyjen kanssa samalla tasolla ainoastaan 18–20-vuotiailla aasialaismiehillä. Aasialaisista 22 % ilmoitti päihteettömyytensä taustalla olevan uskonnolliset syyt, kun muissa ryhmissä kukaan ei ilmoittanut uskontoa syyksi päihteettömille elämäntavoilleen. Uskonnon vaikutusta näytti vahvistavan laajempi aasialainen etninen tausta, tässä tapauksessa pääasiassa punjabilaisuus. (Bradby & Williams 2006.)

USA:ssa Virginiassa 1990-luvun lopulla arabitaustaisista nuorista tupakoi 12 %. Miehet tupakoivat huomattavasti enemmän (20 %) kuin naiset (alle 5 %). Eroja oli myös eri arabiryhmien välillä: yleisintä tupakointi oli saudien (18 %) ja vähäisintä jemeniläisten (3 %) ryhmissä. Verrattuna valkoisiin amerikkalaisiin arabit tupakoivat vähemmän, kun taas mustiin amerikkalaisiin verrattuna arabit tupakoivat enemmän. Nuorempina arabit tupakoivat amerikkalaisia latinoja vähemmän, mutta muutamassa vuodessa ryhmien ero tasoittui. Uskontoon ja kulttuuriin perustuvat sukupuolisidonnaiset roolit näyttivät vaikuttavan estävästi tyttöjen tupakointiin. (Islam & Johnson 2003.)

USA:ssa somalinuorten on todettu tupakoivan merkittävästi vähemmän kuin muiden nuorten. He tupakoivat myös vähemmän kuin mustat nuoret, johon ryhmään heidätkin luetaan. Uskonto oli tutkimuksen mukaan somalinuorille ystävien rinnalla tärkeä tupakoimattomuuteen kannustava tekijä. (Giuliani, Mire, Ehrlich, Stigler & DuBois 2010.)

4.2 Uskonto, kulttuuri ja alkoholin käyttö

Uskonnot suhtautuvat alkoholin käyttöön rajoittavammin kuin tupakointiin. Varsinkin islam kieltää alkoholin käytön, mutta myös buddhalaisuus kehottaa välttämään sitä. Kristinusko puolestaan on hyvin sallivainen alkoholin käytön suhteen, mikä on aiheuttanut ristiriitoja maissa, joissa kristityt ja muslimit elävät rinnakkain, kuten Nigeriassa (Obot 2007).

Kristityissä maissa alkoholin käyttö vaihtelee paljon: vuosina 2003–2005 alkoholin käytöstä oli pidättäytynyt edellisen vuoden aikana esimerkiksi Brasiliassa 51 % aikuisväestöstä, Italiassa vastaavasti 18 %, Meksikossa 69 %, Venäjällä 41 % ja USA:ssa 35 %. Sukupuolten välillä oli suuriakin eroja, jopa 30 prosenttiyksikköä, miesten käyttäessä yleisemmin alkoholia. (World Health Organization 2011b.) Kristinuskossa ei ole ohjeita alkoholin käytöstä, mutta uskonnollisten nuorten on havaittu käyttävän vähemmän alkoholia (Nonnemaker, McNeely & Blum 2003; Jeynes 2006).

Moni thaimaalainen käyttää alkoholia vastoin buddhalaisuuden eli Thaimaan valtionuskonnon opetuksia. Aikuisiän uskonnollisuudella on kuitenkin havaittu yhteys siihen, kuinka paljon thaimiehet juovat: alkoholin suurkuluttajat eivät ole niin uskonnollisia kuin vähemmän tai epäsäännöllisesti juovat. Sen sijaan lapsena temppelissä asuminen, vaikkakin vain lyhyen ajanjakson ajan, on havaittu olevan yhteydessä alkoholiongelmiin aikuisena, minkä taustalla on ehkä asuminen muiden nuorten miesten kanssa vanhempien valvovien silmien ulottumattomissa. (Assanangkornchai ym. 2002.) Myös teini-ikäisillä nuorilla thaimaalaisilla on havaittu buddhalaisen vakaumuksen mahdollisesti olevan yhteydessä päätökseen alkoholin käytöstä. Buddhalaisuutta harjoittavat nuoret ilmoittivat Newmanin, Shellin, Lin ja Innaddan (2006) tutkimuksen mukaan harvemmin aikomuksesta juoda alkoholia, ja heillä oli vähemmän positiivisia ja enemmän negatiivisia odotuksia alkoholin suhteen kuin niillä nuorilla, jotka eivät harjoittaneet buddhalaisuutta. Buddhalaiset uskomukset eivät kuitenkaan vaikuttaneet juomisen määrään niiden nuorten keskuudessa, jotka jo juivat alkoholia.

Leicestershiressä Iso-Britanniassa tutkittaessa 15–16-vuotiaiden alkoholin käytön yhteyttä etniseen ryhmään ja uskuntoon etelä-aasialaiset raportoivat alhaisempia alkoholin käytön tasoja kuin eurooppalaiset. Tarkasteltaessa etelä-aasialaisia uskontoryhmittäin muslimit raportoivat käyttävänsä vähän vähemmän alkoholia kuin hindut ja sikhit. (Denscombe 1995.) Kristittyjen bulgaarilaisten ja muslimiturkkilaisten alkoholin käyttöä vertaillessaan Akabaliyev ja Dimitrov (1996) huomasivat ensimmäisen alkoholikokeilun tapahtuvan ja säännöllisen käytön alkavan turkkilaisten elämässä myöhemmin kuin bulgaarilaisten.

Glasgow'ssa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin pääasiassa Iso-Britanniassa syntyneiden aasialaisten, sekä muslimien että sikhien/hindujen, alkoholin käyttöä. Joskus alkoholia kokeilleiden tai nykyään juovien osuus oli aasialaistaustaisilla paljon pienempi kuin muilla ryhmillä, jotka olivat pääosin kristittyjä. Aasialaisista muslimit olivat kokeilleet alkoholia tai käyttivät sitä nykyään harvemmin kuin sikhit tai hindut. Niistä nuorista, jotka käyttivät alkoholia, aasialaiset raportoivat käyttävänsä sitä pienempiä määriä kuin muut ryhmät. Varsinkin muslimien alkoholiton elämäntapa säilyi aikuisenakin uskonnon asettamien kieltojen takia. (Bradby & Williams 2006.) Myös Norjassa alkoholin käytöstä pidättäytyvien nuorten on havaittu olevan usein ei-länsimaalaisia ja maahanmuuttajataustaisia, varsinkin tyttöjä ja muslimeja (Pedersen & Kolstad 2000).

4.3 Nuorten tupakointi ja alkoholin käyttö Suomessa

Nuorten terveystapatutkimusta on tehty vuodesta 1977 lähtien. Se on toteutettu postikyselynä joka toinen vuosi edustavalle otokselle 12–18-vuotiaita suomalaisia nuoria. Nuorten tupakointikokeilut ovat vähentyneet koko Nuorten terveystapatutkimuksen historian ajan. Vuonna 2011 14-vuotiaista pojista tupakointia oli kokeillut 32 % ja 16-vuotiaista pojista 51 %. Vastaavasti tytöistä tupakointia oli kokeillut 31 % ja 57 %. Myös päivittäinen savukkeiden poltto on pääsääntöisesti vähentynyt samana aikana. Vuoden 2011 kyselyn tulosten mukaan 14-vuotiaista tytöistä käytti tupakkatuotteita päivittäin 6 % ja pojista 4 %, kun taas 16-vuotiaista tytöistä jo 19 % ja pojista 22 %. 12-vuotiailla tupakkatuotteiden käyttö oli hyvin vähäistä. Kaikissa ikäryhmissä suunta on ollut positiivinen koko 2000-luvun ajan. (Raisamo, Pere, Lindfors, Tiirikainen & Rimpelä 2011.)

Kouluterveyskysely on kouluissa täytettävä, peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisille sekä ammattikoulun ja lukion 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoille tarkoitettu kysely. Kysely on tehty vuoteen 2011 asti parillisina vuosina Etelä-Suomessa, Itä-Suomessa ja Lapissa sekä parittomina vuosina muualla Manner-Suomessa sekä Ahvenanmaalla. Vuonna 2012 kyselyssä oli välivuosi, ja vuodesta 2013 alkaen se toteutetaan samaan aikaan koko maassa. (THL 2013b.) Vuosien 2010 ja 2011 tulosten mukaan 8. ja 9. luokkalaisista pojista tupakoi päivittäin 17 % ja tytöistä 14 %. Peruskoululaisten päivittäinen tupakointi on vähentynyt 2000-luvun alkupuolen, ja loppupuolen se on pysynyt samalla tasolla eli noin 15 %:n tuntumassa. (THL 2013c.)

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan nuorten raittius on yleistynyt 2000-luvulla. Vuonna 2011 itsensä ilmoitti raittiiksi 14-vuotiaista 66 % ja tytöistä 58 %, ja 16-vuotiaista pojista 27 % ja tytöistä 24 %. Kerran viikossa tai useammin alkoholia joi vuonna 2011 14-vuotiaista pojista 1 % ja tytöistä 2 %. Vastaavat luvut 16-vuotiaiden poikien osalta olivat 12 % ja tyttöjen osalta 10 %. Vähintään kerran kuukaudessa tosimumalaan itsensä vuonna 2011 joi 2 % 14-vuotiaista pojista ja 5 % tytöistä, sekä 15 % 16-vuotiaista pojista ja 18 % vastaavanikäisistä tytöistä. Pääsääntöisesti alkoholin käytön kehitys on ollut 2000-luvun ajan hyvä, eikä humalajuominen ole ainakaan yleistynyt. (Raisamo ym. 2011.)

Kouluterveyskyselyn tulokset vuosilta 2010 ja 2011 ovat samansuuntaiset Nuorten terveystapakyselyn tulosten kanssa. Peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisista käytti alkoholia vähintään kerran viikossa pojista 8 % ja tytöistä 6 %. Koko 2000-luvun ajan peruskoululaisten viikoittainen alkoholinkäyttö on vähentynyt. Vähintään kerran kuukaudessa itsensä joi tosi humalaan 8. ja 9.

luokkalaisista pojista 15 % ja tytöistä 16 % vuosina 2010–2011. Tämänkin indikaattorin suhteen kehitys on ollut 2000-luvulla pääsääntöisesti myönteistä. (THL 2013c.)

Nuorten terveystapatutkimuksessa ja Kouluterveyskyselyssä ei ole tutkittu uskonnon yhteyttä nuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Winter (2004) on tutkinut suomalaisten nuorten uskonnollisuutta ja raittiutta, ja havaitsi uskonnollisuuden olevan alkoholin käytöltä suojaava tekijä perheen ja asuinalueen ohella.

Suomessa ei ole tutkittu maahanmuuttajataustaisten nuorten uskonnon ja päihteiden käytön välistä yhteyttä, mutta aikuisten osalta tietoa tästä aihepiiristä on kerätty Tilastokeskuksen toimesta. Tilastokeskus kartoitti elinoloja Suomessa asuvilta venäläisiltä, virolaisilta, somalialaisilta ja vietnamilaisilta maahanmuuttajilta vuonna 2002. Tutkimus sisälsi tiedot myös tupakoinnista, alkoholin käytöstä ja uskontokunnan tärkeydestä. Kaikki somalialaiset raportoivat islamin uskon heille tärkeäksi, melkein kolme neljästä vietnamilaisesta ilmoitti buddhalaisuuden tärkeäksi itselleen ja virolaisista kaksi kolmesta kertoi evankelisluterilaisuuden olevan heille tärkeä. Venäläisistä puolet ilmoitti ortodoksisuuden ja melkein puolet evankelisluterilaisuuden tärkeäksi itselleen. (Pohjanpää 2003b.)

Päivittäin tupakoivien osuudet vaihtelivat etnisten ryhmien ja sukupuolten välillä. Eniten tupakoivat vietnamilaiset miehet, kun taas somalimiehet tupakoivat kaikkein vähiten. Naisista eniten tupakoivat virolaiset, somali- ja vietnamilaisnaisten tupakoidessa vain harvoin. Taulukkoon 1 on koottu eri etnisten ryhmien päivittäin tupakoivien osuudet. (Pohjanpää 2003a.) Tupakointi näyttäisi siis olevan hyvin vähäistä muslimi- ja buddhalaisnaisilla.

Taulukko 1. Päivittäin tupakoivien osuudet sukupuolen mukaan eri etnisillä ryhmillä 2001–2002. (Pohjanpää 2003a.)

| Etninen ryhmä | Miehet, % | Naiset, % |
|----------------------|------------------|------------------|
| Vietnamilainen | 46 | 3 |
| Virolainen | 37 | 20 |
| Venäläinen | 34 | 16 |
| Somalialainen | 21 | 2 |
| Suomalainen | 29 | 20 |

Viimeisen vuoden aikana 99 % somalialaisista naisista ja 92 % miehistä ei ollut käyttänyt kertomansa mukaan lainkaan alkoholia. Vastaavasti virolaismiehistä melkein kaikki vastanneet olivat käyttäneet alkoholia viimeisen vuoden aikana. Naisten pienin osuus, jotka olivat viimeisen vuoden aikana olleet raittiina, oli suomalaisilla. (Taulukko 2). (Pohjanpää 2003a.) Muslimit näyttäisivät pidättäytyvän alkoholin käytöstä selvästi muita useammin koraanin ohjeen mukaan.

Taulukko 2. Niiden osuudet, jotka eivät olleet käyttäneet alkoholia viimeisen vuoden aikana, sukupuolen mukaan eri etnisillä ryhmillä 2001–2002. (Pohjanpää 2003a.)

| Etninen ryhmä | Miehet, % | Naiset, % |
|----------------------|------------------|------------------|
| Vietnamilainen | 18 | 66 |
| Virolainen | 3 | 15 |
| Venäläinen | 8 | 17 |
| Somalialainen | 92 | 99 |
| Suomalainen | 9 | 8 |

Vuonna 2012 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa valmistuneessa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (MAAMU) tutkittiin venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisia aikuisia maahanmuuttajia. Vertailtaessa tutkimustuloksia tutkimuspaikkakuntien samanikäiseen koko väestöön, venäläis- ja kurditaustaisten miesten tupakoinnin havaittiin olevan yleisempää, mutta venäläis- ja kurditaustaisten naisten tupakoinnin olevan harvinaisempaa kuin koko väestössä. Somalialaistaustaisista tupakoi hyvin harva. Päivittäin tupakoivien ja viimeisen vuoden aikana alkoholia käyttäneiden osuudet on kerätty taulukkoon 3. (Prättälä, Mustonen, Koponen & Laatikainen 2012.)

Taulukko 3. Päivittäin tupakoivien ja viimeisen vuoden aikana alkoholia käyttäneiden osuudet sukupuolen mukaan eri etnisillä ryhmillä vuosina 2010–2012. (Prättälä ym. 2012.)

| Etninen ryhmä | Tupakoi päivittäin | | Käyttänyt alkoholia (12 kk) | |
|---------------|--------------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| | Miehet, % | Naiset, % | Miehet, % | Naiset, % |
| Venäläinen | 27,5 | 9,4 | 88,8 | 84,6 |
| Somalialainen | 10,5 | 0,6 | 2,4 | 0,3 |
| Kurdi | 30,5 | 4,9 | 52,0 | 15,6 |

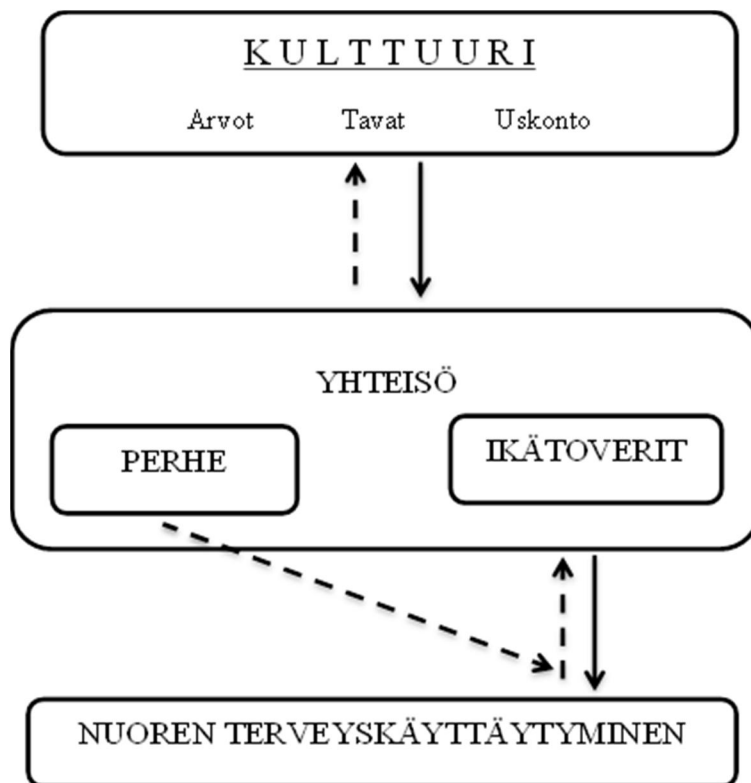
5 YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA

Eri uskonnoilla näyttäisi olevan vain vähän suoranaisia sääntöjä päihteiden käyttöön liittyen. Uskontojen pyhiä tekstejä kirjoitettaessa tupakasta ei vielä tiedetty mitään, koska se on varsin uusi ilmiö muualla kuin Amerikassa, mutta alkoholin käyttöön liittyviä sääntöjä on varsinkin islaminuskossa ja buddhalaisuudessa. Sääntöjä on kuitenkin tulkittu eri tavoin: toiset tiukemmin, toiset löyhemmin. Uskonnolliset johtajat ovat laajana rintamana uskonnosta riippumatta suositelleet tupakoinnista ja alkoholin käytöstä pidättäytymistä, ja sillä näyttäisi olevan vaikutusta, koska tutkimusten mukaan uskonnolliset ihmiset tupakoivat ja käyttävät alkoholia vähemmän kuin muut.

Maailmalla tupakointi näyttäisi olevan yleistä varsinkin muslimimaissa, mutta poikkeuksiakin on. Myös esimerkiksi buddhalaisten ja kristillisten maiden välillä löytyy eroja tupakoinnin ja alkoholin käytön suhteen. Pelkän uskonnon perusteella ei siis voi päätellä mitään tietyn maan kansalaisten tupakointi- ja alkoholin käytön tavoista, vaan taustalla vaikuttavat myös muu kulttuuri ja historia eli se, millaiset tavat alueelle ovat vakiintuneet.

Muuttaessa toiseen maahan ihmiset vievät mennessään uskontonsa, arvonsa ja tapansa. Uuteen kulttuuriin sopeutumisen myötä ne kuitenkin muuttuvat ajan mittaan, ja seuraavat sukupolvet muistuttavat tavoiltaan enemmän isäntämaan ihmisiä. Vanhan kotimaan sekä perheen perinteet ja tavat vaikuttavat kuitenkin vielä pitkään nuorten terveyskäyttäytymiseen myös tupakoinnin ja alkoholin käytön suhteen, mikä tarkoittaa terveellisempiä elintapoja maahanmuuttajilla, jotka ovat muuttaneet esimerkiksi Aasiasta johonkin länsimaahan. Uskonnon ja etnisen taustan vaikutusta nuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön on maailmalla tutkittu varsin paljon, mutta Suomessa sitä ei ole väestötasolla tutkittu.

Nuoren tupakoinnin ja alkoholin käytön alkamiseen vaikuttavat monet tekijät, jotka liittyvät myös toisiinsa. Keskeisimpiä tekijöitä on koottu kuvioon 1 kirjallisuuskatsauksen perusteella. Aivan perimmäisenä taustalla on kulttuuri, johon kuuluvat uskonto, arvot ja tavat. Yhteisön kautta kulttuuri siirtyy myös perheisiin (kuvion 1 nuolet). Oma perhe ja ikätoverit toimivat nuorille viiteryhminä, jotka heijastavat paikallisen kulttuurin tapoja, arvoja ja uskonnon saamaa merkitystä. Kun nuori perheineen muuttaa uuteen maahan, uusien ikätoverien kautta nuori peilaa vanhaa kulttuuriaan uuteen: tavat, arvot ja uskonto sekä sen merkitys voivat olla ristiriidassa vanhan kotimaan kulttuurin kanssa (kuvion 1 katkoviivat). Myös muiden perheenjäsenten tavat voivat muuttua. Akkulturaation kautta nuoren terveyskäyttäytyminen voi muuttua ja muistuttaa enemmän uuden kotimaan nuorten terveyskäyttäytymistä. Tämä voi aiheuttaa ristiriitoja tiukasti vanhoissa perinteissä pitäytyvän perheen ja nuoren välille.



Kuvio 1. Kulttuuri ja uskonto nuoren terveyskäyttäytymisen taustalla.

6 INTERNETISSÄ TOTEUTETTAVA KYSELYTUTKIMUS JA LOMAKKEEN KIELENKÄÄNNÖSPROSESSI

6.1 Internetin kautta toteutettava kyselytutkimus

Sähköisen tutkimuksen määrä on lisääntynyt huomasti 1980-luvun lopulta, jolloin keksittiin mahdollisuus käyttää Internetiä tutkimuksissa. Nykyään voi jo puhua muoti-ilmioista, ja Internetissä vastaamisen mahdollisuus puuttuu harvoin postikyselyissä. Tämän nousun taustalla on yleinen käsitys siitä, että Internetin kautta tehtävä tutkimus on halvempaa ja nopeampaa kuin perinteisin menetelmin tehty. Lisäksi Internet-pohjaisen kyselyn liittämisen perinteiseen kyselyyn on uskottu nostavan vastausprosenttia, joka postikyselyissä on vuosikymmenten aikana laskenut. (Fricker & Schonlau 2002, 1–2; Räsänen & Sarpila 2013, 68.)

Frickerin ja Schonlaun (2002) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan tutkimuksista ei löydy juuri ollenkaan todisteita sille, että Internet-pohjaiset tutkimukset saavuttaisivat korkeampia vastaamisprosentteja kuin perinteiset menetelmät. Myös tuoreemmissa tutkimuksissa on havaittu pelkän sähköisen kyselyn saavuttavan alhaisempia vastaamisprosentteja (esim. Heiskanen & Ruuskanen 2010). Vain tietyt väestönosat, jotka ovat hyvin tottuneita tietokoneen käyttöön, ja nuoret, vastaavat enemmän Internetin kautta. Mitään todisteita ei tutkimuksista löydy myöskään sille, että vastaamismahdollisuus Internetin kautta nostaisi perinteisin menetelmin tehdyn kyselyn vastausprosenttia, koska suurin osa ihmisistä vastaa mieluummin postitse. Ihmiset, jotka kieltäytyvät vastaamasta postikyselyyn, eivät todennäköisesti halua vastata myöskään Internetin kautta. Kuitenkin Internet yhtenä vaihtoehtona on vastaajaystävällisyyttä. (Fricker & Schonlau 2002, 7–8; Räsänen & Sarpila 2013, 81–82.)

Tutkimuksen toteutuksen ajansäästö voi olla huomattava, jos se toteutetaan kokonaan sähköisesti. Fricker ja Schonlau (2002, 10) huomasivat, että monissa tutkimuksissa suurin osa vastauksista tuli nopeammin sähköpostin kuin postin kautta. Internet ei välttämättä kuitenkaan ole postia nopeampi tapa toteuttaa tutkimus: kyselyn täytyy ehkä olla täytettävänä pidempään kuin oli suunniteltu, jotta saataisiin tarpeeksi korkea vastausprosentti, ja tietoakin pääsee analysoimaan vasta, kun kaikki vastaukset on saatu kerättyä. (Fricker & Schonlau 2002, 10.)

Otoksen edustavuus on Internetin kautta toteutettavien tutkimusten suurimpia haasteita. Monet ihmiset eivät kykene vastaamaan tutkimuksiin Internetin kautta, koska pelkkä pääsy Internetiin ei

riitä, vaan sen lisäksi tarvitaan myös kykyä käyttää sitä sekä sopivat laitteet ja ohjelmat. Internetin käytön yleistyessä suurempien otosten kerääminen helpottuu, mikä voi auttaa suurempaan tilastolliseen tarkkuuteen pääsemisessä, mutta vastaamattomuudesta johtuva virhe voi kuitenkin vääristää tuloksia, ja huolellinen vastaamattomuuden seuranta ja analysointi onkin tarpeen. Internetkyselyt voivat parantaa tutkimuksen laatua vähentäen mittausvirheitä, ja ne mahdollistavat tiedonsiirtovirheiden poistumisen, koska vastaukset tallentuvat automaattisesti tietokantaan. Sähköiset kyselyt voi myös ohjelmoida estämään kysymysten yli hyppäämisen. (Fricker & Schonlau 2002, 13–14; Miettinen & Vehkalahti 2013, 90–91, 96.)

6.2 Kyselylomakkeen kielenkäännösprosessi

Kun kyselyyn osallistuu ihmisiä, joiden tiedetään tarvitsevan kyselylomaketta jollain muulla kuin alkuperäisellä kielellä, tarvitsee alkuperäinen lomake kääntää, esimerkiksi maan toiselle viralliselle kielelle. Koska kielet eivät ole rakenteeltaan samanlaisia, käännöksetkään eivät voi olla täysin toisiaan vastaavia. Käännöksen laatua arvioitaessa olisikin parempi tarkastella käännöksen tarkoituksenmukaisuutta. Käännöksen täytyy myös välittää kysymyksen merkitys, jotta se ymmärretään oikein. Kielenkääntäjät tarvitsevatkin taustatietoja kyselystä ja kysymyksistä, jotta he pystyvät kääntämään kysymykset oikein, kielen rajoissa tietenkin. Joskus myös neuvonpito tutkijoiden ja kääntäjien välillä on tarpeen. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 87–97.)

Kyselyn kääntämisen voi aloittaa jo kyselyn luonnosvaiheessa, ja lopulta sekä lähdekielinen että kohdekielinen lomake valmistuvat yhtä aikaa. Tällainen menettely ei sovellu hyvin monelle kohdekielelle kääntämiseen eikä vanhojen ja vakiintuneiden kysymysten tai lomakkeiden kääntämiseen, koska niitä ei voi enää muokata. Se myös vaatii paljon aikaa, rahaa ja työvoimaa. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 98–99.)

Yksinkertaisin ja halvin tapa kääntää kieleltä toiselle on, että vain yksi kääntäjä tekee yhden kielenkäännöksen. Tulosten laatu voi olla heikompi, kun käännös on vain yhden henkilön taitojen varassa, varsinkin jos kääntäjä ei ole saanut taustatietoja tai tukea ja käännöstä ei ole arvioitu. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 100–101.)

Myös useampi kielenkääntäjä voi kääntää saman kyselylomakkeen samaan aikaan, mutta se vaatii melko paljon aikaa ja rahaa, ja on työläs toteuttaa. Käännösten valmistuttua järjestetään neuvottelu, jossa kääntäjät ja koordinaattori vertaavat käännöksiä, sovittelevat erimielisyyksiä ja päätyvät

viimein lopulliseen versioon. Toimintatapaa voi muokata myös kevyemmäksi: kukin kääntäjä kääntää vain osan kyselystä, ja neuvottelussa sovitaan lopullisesta versiosta. Koska käännoistä työstää monta kääntäjää, erityistä huolta täytyy pitää siitä, että lopullisessa kyselyssä samat termit on käännetty johdonmukaisesti samalla tavalla läpi kyselyn. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 101–102.)

Tutkimuksissa suositaan usein sanatarkkaa käännoistä, jotta mittaaminen olisi mahdollisimman tarkkaa. Kokonaisuuksien olisi oltava mahdollisimman tarkasti sisällöltään samat, mutta maakohtaisia poikkeuksia täytyy sallia, kuten erilaiset instituutiot (esim. parlamentti ja pääministeri). Liiallinen pitäytyminen lähdekielen käsitteisiin voi kuitenkin johtaa asian hämärtymiseen, ja vastaajat voivat ymmärtää kysymyksiä väärin. Käännettyä kyselylomaketta, joka ei vaikuta käännokselta, on myös helpompi lukea ja ymmärtää. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 103–105.)

Kielenkäännoksen voi myös antaa ulkopuoliselle taholle tehtäväksi. Ammatilaiskielenkääntäjillä voi hyvinkin olla enemmän kokemusta ja taitoa kääntää lomake tarvittavalle kielelle kuin itse tutkijoilla, kunhan kääntäjille annetaan riittävästi taustatietoja. Optimaalinen ohjeiden, kysymysten ja vastausvaihtoehtojen ilmaisu voi olla kuitenkin vaikeampaa kääntäjälle, koska hänellä ei yleensä ole kaikkea sitä taustatietoa, mitä tutkijoilla on. Siksi yhteistyö tutkijaryhmän ja kääntäjien välillä on elintärkeää. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 105–107, 117–121.)

Suositteluin ja yleisin menetelmä tehdä kielenkäänno ja arvioida sitä on ”back translation”. Se tarkoittaa kohdekielisen käännoksen kääntämistä takaisin lähdekielille, ja se pitää sisällään sekä käännoksen että sen arvioinnin. Tarkoituksena on käyttää kahta eri kääntäjää niin, että toinen kääntää lähdekieleltä kohdekielille, ja toinen tekee kielenkäännoksen takaisin lähdekielille. Takaisin käännoista vertaillaan lähdetekstiin ja siten arvioidaan käännoksen laatua. Mitä samankaltaisempia nämä tekstit ovat, sitä suurempi niiden vastaavuus on. Takaisin kääntämisellä ei yleensä löydetä kaikkia korjausta tai parannusta vaativia kohtia, mutta joitakin havaitaan. Kaksikielisiltä henkilöiltä kannattaa kysyä, mitä tällaisille kohdille tehdään ja miten niitä muokataan. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 97–98, 111–113.)

Arviointi voidaan tehdä myös erillään käännoistyöstä. Palautetta kyselylomakkeen käännoksesta voi pyytää kaksikielisiltä henkilöiltä, eli sekä lähde- että kohdekieltä puhuvilta. Käännoislomaketta ja sen ymmärrettävyyttä voi testata kyseistä kieltä puhuvilla. Laajempaa vertailua lomakkeiden vastausten välillä voi myös tehdä kahden kielen välillä, mutta demografisesti vastaavia ryhmiä voi

olla vaikea löytää, ja esitutkimuksen tekeminen on kallista ja aikaa vievää. Kielenkäännöksen toimintatavan ja käännöksen arviointimenetelmän valinta riippuvat niihin budjetoiduista varoista, ajasta ja työvoimasta sekä käytettävissä olevasta asiantuntemuksesta. (Harkness & Schoua-Glusberg 1998, 107–109, 117–121.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää etnisen taustan ja uskonnon yhteyttä 14–16-vuotiaiden maahanmuuttajataustaisten nuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Tarkka tutkimuskysymys on ” *Onko etnisellä taustalla ja uskonnolla yhteyttä 14–16-vuotiaiden maahanmuuttajataustaisten nuorten alkoholin käyttöön ja tupakointiin?*” Etninen tausta määritellään tässä tutkimuksessa Väestörekisterikeskuksen otostiedoista saadun nuoren äidinkielen perusteella. Uskontoa kysyttiin kyselylomakkeessa.

Toinen tämän tutkielman tutkimustehtävä on kuvata Maahanmuuttajanuorten hyvinvointi ja terveys (Mammut) –esitutkimuksessa käytetyn sähköisen monikielisen kyselylomakkeen etuja, haasteita ja ongelmakohtia maahanmuuttajanuorison terveyskäyttäytymisen tutkimisessa.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS, AINEISTO JA MENETELMÄT

8.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen tutkimusaineistona on Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä vuosina 2010–2011 toteutetun Maahanmuuttajanuorten hyvinvointi ja terveys (Mammut) –esitutkimuksen aineisto. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 14–16-vuotiaat maahanmuuttajataustaiset nuoret. Väestörekisterikeskuksesta tilattiin satunnaisotoksella tiettyjen syntymäpäivien perusteella osoitetiedot koko Suomen alueelta 800 nuoresta, jotka olivat vuonna 2010 iältään 16-vuotiaita (n=400) ja vuonna 2011 14-vuotiaita (n=400), ja joiden äidinkieleksi oli ilmoitettu jokin muu kieli kuin suomi, ruotsi tai saame.

8.2 Tutkimuksen tiedonkeruu

8.2.1 Tiedonkeruuvälineen ja kyselylomakkeen kysymysten valinta

Tutkimuksessa oli taustalla ajatus tavoittaa kohdejoukko sekä nopeasti että edullisesti, joten kysely päädyttiin toteuttamaan sähköisenä Internet-kyselynä. Kyselylomakkeen laadinnassa käytettiin kysymyksiä, sekä suoraan että muokattuina, Nuorten terveystapatutkimuksesta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimuksesta nuorten osalta. Näin varmistettiin tulosten vertailtavuus kyseisten tutkimusten tulosten kanssa. Osa kysymyksistä oli lisäksi maahanmuuttajaspesifejä, minkä lisäksi myös kulttuurisensitiivisyys pyrittiin ottamaan huomioon kysymysten laadinnassa. Näissä asioissa auttoivat Terveystieteiden yksikön kansanterveystieteen ryhmän ulkomaalaiset jatko-opiskelijat.

Taustatietojen lisäksi kyselylomakkeella kysyttiin tietoja koulunkäynnistä tai työstä, ajatuksia tulevaisuuden suhteen sekä terveydestä ja terveystottumuksista, kuten tupakoinnista, alkoholin käytöstä ja liikkumisesta. Kyselyssä kysyttiin myös vapaa-ajan vietosta, perheestä ja ystäväistä, kiusaamisesta ja turvallisuudesta sekä nuoren että tämän vanhempien suomen kielen taidoista ja vanhempien työtilanteesta. Tutkielmassa käytetyt kysymykset löytyvät liitteestä 1.

8.2.2 Kyselyssä käytettävien kielten valinta ja kyselyn kääntäminen

Tutkimuksessa haluttiin antaa maahanmuuttajanuorille mahdollisuus vastata kyselyyn äidinkielellään. Väestörekisterikeskuksen otostiedoissa oli tieto myös äidinkielestä. Suurimmat kielet listattiin ja kyselylomake käännettiin listan 12 suurimmalle kielelle. Vuonna 2010 suurimmat kielet olivat venäjä, viro, somali, kurdi, arabia, albania, persia, vietnam, thai, englantia, turkki ja kiina. Vuoden 2011 otoksen suurimmat kielet olivat muilta osin samat kuin edellä, mutta kiinan tilalla oli ranska 12. suurimpana kielenä. Pienemmille kieliryhmille ei kannattanut kääntää, koska kääntäminen maksaa, ja on mahdollista, että pienestä joukosta kukaan ei vastaakaan. Tutkimuksen kohderyhmäksi muodostui näin yhteensä 648 maahanmuuttajataustaista nuorta.

Kun suurimmat kielet olivat selvillä, otettiin yhteyttä Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikön ulkomaisiin opiskelijoihin, jotka käänsivät alustavasti kyselylomakkeen ja saatekirjeen. Sen jälkeen käännökset lähetettiin Pirkanmaan tulkkeskukseen oikoluettaviksi ja mahdollisesti

korjattaviksi. Näin toimittiin taloudellisista syistä. Kurdin, albanian ja thain kielten osaajia ei opiskelijoista löytynyt, joten ne käännettiin suoraan Pirkanmaan tulkikeskuksessa.

8.2.3 Internet-kyselyn laadinta ja kyselyn toteutus

Alkuperäinen e-lomake oli englanninkielinen, ja sen rinnalle luotiin jokaiselle kielelle oma rinnakkaislomake, myös suomenkielinen ja vuonna 2011 vielä ruotsinkielinen. Kyselylomake käännettiin lause tai sana rivillään Excel-tiedostona. Näin varmistettiin se, että oikeat lauseet kopioitiin oikeisiin kohtiin e-lomakkeelle. Vastausten tallentuminen oikein varmistettiin niin, että tutkijaryhmä teki muutaman testivastauksen e-lomakkeelle.

Jokaiselle nuorelle lähetettiin suomenkielinen ja oman äidinkielen saatekirje sekä henkilökohtainen käyttäjätunnus ja salasana postitse vastaajan kotiosoitteeseen. Saatekirjeessä (Liite 2) ja kyselyn etusivulla Internetissä olivat ohjeet kyselyyn vastaamiseen Internetissä. Vastaaja pystyi valitsemaan haluamansa kielen kielivalikosta kyselyn etusivulta ennen kyselyn täyttämistä. Ennen kyselylomakkeen täyttämistä vastaajan täytyi antaa oma käyttäjätunnuksensa ja salasansansa. Niillä varmistettiin, ettei kukaan ulkopuolinen pääse täyttämään kyselyä, ja että kukin vastaaja vastaa vain kerran.

Ensimmäisen kierroksen kirjeet lähetettiin 16-vuotiaille maahanmuuttajataustaisille nuorille 18.6.–6.9.2010. Venäjän-, kurdin-, arabian-, persian-, vietnamin-, thain- ja kiinankielisillä nuorilla oli saattanut olla vaikeuksia täyttää Internetlomake erilaisten aakkosten takia, koska ne voivat puuttua monista julkisista tietokoneista esimerkiksi kirjastoissa. Toisella kierroksella 19.8.–15.10.2010 lähetettiin edellä mainittujen kieliryhmien vielä vastaamattomille e-lomaketta vastaava paperikyselylomake sekä heidän omalla äidinkielellään että suomeksi saatekirjeiden ja käyttäjätunnusten kanssa. Ensimmäisen kierroksen kaltaiset saatekirjeet ja käyttäjätunnukset lähetettiin muiden kieliryhmien vastaamattomille. Kolmas kirjeiden postituskierros toteutettiin marraskuussa 2010: kaikille vielä vastaamattomille lähetettiin nettivastaamiseen ohjaava saatekirje sekä suomeksi että vastaajan äidinkielellä ja käyttäjätunnukset e-lomakkeelle. Kirjeeseen liitettiin myös suomenkielinen kysely vastaamattomuuden syystä (Liite 3) auttamaan seuraavan vuoden tutkimuksen suunnittelua ja antamaan tietoa vastaamattomien joukosta. Siksi kirjeeseen liitettiin myös vastauskuori, jonka postimaksu oli maksettu. Kyselyyn oli mahdollista vastata myös sähköpostitse.

Vuonna 2011 olivat vuorossa 14-vuotiaat maahanmuuttajataustaiset nuoret. Ensimmäinen postituskierron toteutui maaliskuussa, ja toinen kierron huhtikuun lopussa ja toukokuun alussa. Paperisia lomakkeita ei enää vuonna 2011 lähetetty, koska niitä palautui vain vähän vuonna 2010, eikä kukaan ilmoittanut puhelimitse, sähköpostitse tai vastaamattomuuden syystä kysyttäessä ongelmia tietokoneen ja kielen kanssa. Kolmannen postituskierron kirjeet lähtivät 30.5., ja ne sisälsivät saatekirjeen, jossa oli kysely vastaamattomuuden syystä, ja käyttäjätunnukset Internetvastaamiseen.

8.3 Aineisto ja analyysimenetelmät

8.3.1 Aineiston kuvailu

Tutkimuksen molempien vuosien yhdistetyn aineiston kooksi muodostui 648 nuorta. Heistä vastasi 317 nuorta ja vastausprosentti oli 48,9 %. Taulukossa 4 on tarkemmin eritelty otoksen kohdejoukko ja kyselyyn vastanneet äidinkielen mukaan. Suurimmat kieliryhmät olivat venäjän-, viron- ja somalinkieliset. Aktiivisimmin osallistuivat kiinankieliset: heistä vastasi 80 %. Arabiankielisistä nuorista puolestaan vastasi alle 40 %. 14-vuotiaat (n=325) vastasivat innokkaammin (52,0 %) kuin 16-vuotiaat (n=323) (45,8 %). Lopullisessa otoksessa (n=648) oli poikia 50,3 % ja tyttöjä 49,7 %. Vastanneista poikia oli 46,1 % ja tyttöjä 53,9 %. Kolme nuorta ei ollut vastannut kyselylomakkeen kysymykseen sukupuolestaan, mutta tieto selvitettiin otostiedoista.

Kysymykseen uskonnostaan vastanneet (n=310) ilmoittivat uskonnokseen joko kristinuskon, islamin, buddhalaisuuden, ei uskontoa tai jonkin muun. Tarkasteltaessa 'joku muu' -vaihtoehdon valinneiden (n=15) selitteitä, heidät kaikki voitiin luokitella uudelleen: 13 kristinuskoon, 1 islamiin ja 1 ei uskontoa -vaihtoehtoon. Yleensä selite oli ison uskonnon jokin kirkkokunta, kuten ortodoksi monilla venäjänkielisillä. Kaikki somalin-, albanian- ja turkinkieliset vastaajat olivat muslimeja. Buddhalaisia oli vain thain-, vietnamin- ja kiinankielisissä. Kaikkien uskontokysymykseen vastanneiden (n=310) jakautuminen eri uskontokuntiin on esitetty äidinkielen mukaan taulukossa 5.

Taulukko 4. Otos ja kyselyyn vastanneet äidinkielen mukaan vuosina 2010–2011.

| Äidinkieli | Otos | | Vastanneet | |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| | % | N | % | N |
| Venäjä | 27,0 | 175 | 48,0 | 84 |
| Viro | 13,4 | 87 | 56,3 | 49 |
| Somali | 13,3 | 86 | 43,0 | 37 |
| Kurdi | 7,3 | 47 | 44,7 | 21 |
| Arabia | 7,1 | 46 | 39,1 | 18 |
| Albania | 7,1 | 46 | 52,2 | 24 |
| Thai | 4,9 | 32 | 50,0 | 16 |
| Vietnam | 4,8 | 31 | 45,2 | 14 |
| Persia | 4,6 | 30 | 50,0 | 15 |
| Englanti | 4,2 | 27 | 51,9 | 14 |
| Turkki | 3,4 | 22 | 50,0 | 11 |
| Kiina | 1,5 | 10 | 80,0 | 8 |
| Ranska | 1,4 | 9 | 66,7 | 6 |
| Yhteensä | 100 | 648 | 100 | 317 |

Taulukko 5. Itse ilmoitettu uskonto äidinkielen mukaan vuosina 2010–2011, %.

| Äidinkieli | Kristinusko (n) | Islam (n) | Buddhalaisuus (n) | Ei uskontoa (n) | Yhteensä (n) |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| Venäjä | 85,4 (70) | - | - | 14,6 (12) | 100,0 (82) |
| Viro | 44,7 (21) | - | - | 55,3 (26) | 100,0 (47) |
| Somali | - | 100,0 (37) | - | - | 100,0 (37) |
| Kurdi | 10,0 (2) | 75,0 (15) | - | 15,0 (3) | 100,0 (20) |
| Arabia | 5,6 (1) | 94,4 (17) | - | - | 100,0 (18) |
| Albania | - | 100,0 (24) | - | - | 100,0 (24) |
| Thai | 18,8 (3) | - | 68,8 (11) | 12,5 (2) | 100,0 (16) |
| Vietnam | 30,8 (4) | - | 69,2 (9) | - | 100,0 (13) |
| Persia | - | 80,0 (12) | - | 20,0 (3) | 100,0 (15) |
| Englanti | 76,9 (10) | - | - | 23,1 (3) | 100,0 (13) |
| Turkki | - | 100,0 (11) | - | - | 100,0 (11) |
| Kiina | 25,0 (2) | - | 12,5 (1) | 62,5 (5) | 100,0 (8) |
| Ranska | 83,3 (5) | 16,7 (1) | - | - | 100,0 (6) |
| Yhteensä | 38,1 (118) | 37,7 (117) | 6,8 (21) | 17,4 (54) | 100,0 (310) |

8.3.2 Tupakointia ja alkoholin käyttöä kuvaavat indikaattorit

Tupakkaa kokeilleiksi luokiteltiin vastaajat, jotka vastasivat myöntävästi kysymykseen *Oletko koskaan polttanut (kokeillut) tupakkaa?* Nykyään tupakoiviksi luokiteltiin ne, jotka ilmoittivat tupakoivansa kerran päivässä tai useammin, kerran viikossa tai useammin, tai harvemmin kuin kerran viikossa. Alkoholia kokeilleiksi luokiteltiin vastaajat, jotka vastasivat myöntävästi kysymykseen *Oletko koskaan käyttänyt (kokeillut) alkoholia?* Kuukausittain humalaan itsensä juoviksi luokiteltiin ne, jotka vastasivat *Entä kuinka usein käytät alkoholia tosi humalaan asti?* -kysymykseen kerran viikossa tai useammin, tai noin 1–2 kertaa kuukaudessa.

8.3.3 Aineiston analyysimenetelmät

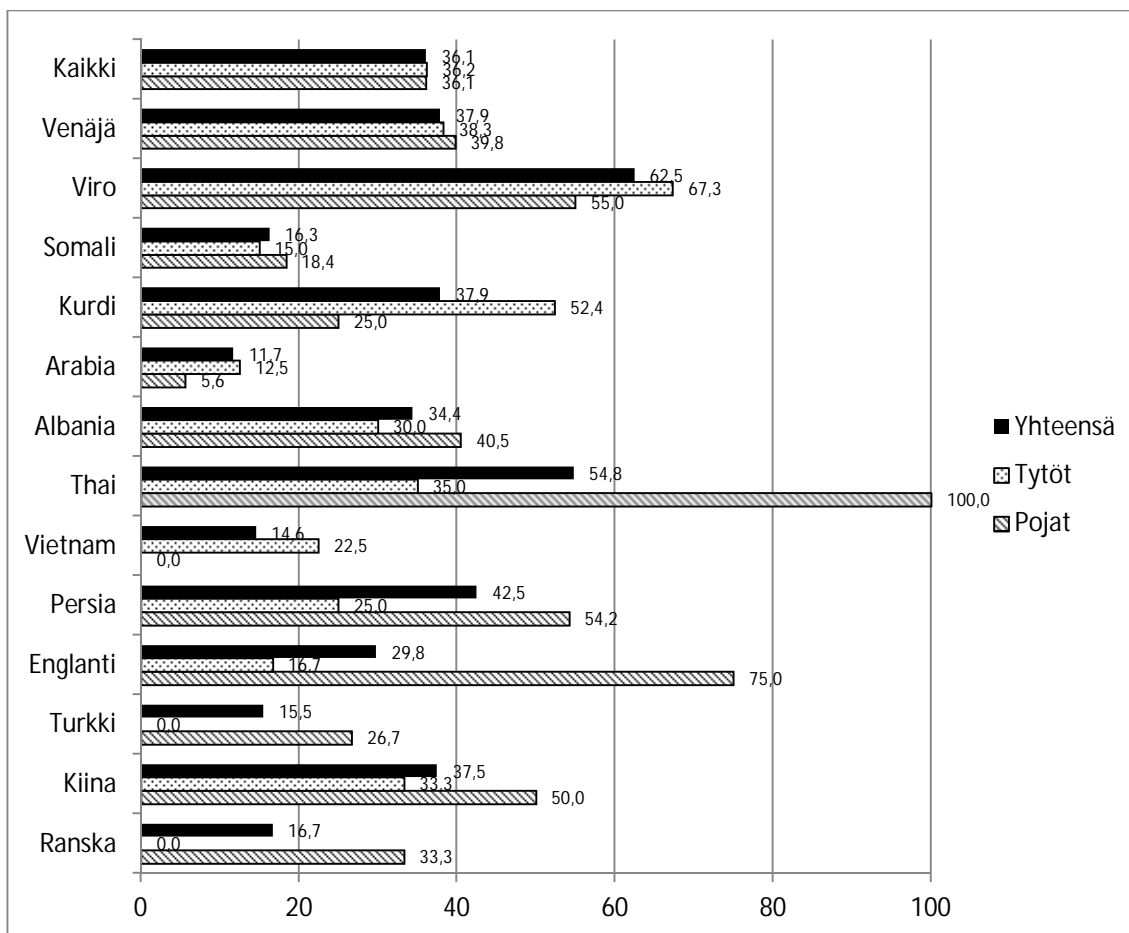
Kun tarkastellaan muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia, niin analyysimenetelmänä käytetään ristiintaulukointia. Riippuvuuksia tarkastellessa selvitetään onko selittävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa. Käytettäessä tutkimuksessa otokseen perustuvaa aineistoa tarvitaan niin sanottua riippumattomuustestiä selvittämään, voiko havaittujen yhteyksien olettaa pätevän myös perusjoukossa. Riippumattomuustesteistä yleisimmin käytetty on Pearsonin χ^2 -testi, joka perustuu havaittujen ja odotettujen frekvenssien erojen suuruuteen. Testin nollahypoteesina eli lähtöoletuksena on muuttujien välinen riippumattomuus, ja sen tulokset tiivistyvät p-lukuun, joka kertoo virhepäätelmän todennäköisyyden olettaessa otoksessa havaittujen erojen löytyvän myös perusjoukosta. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä p:n arvon ollessa alle 0,05. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2013.)

Tässä tutkimuksessa aineiston tarkastelu aloitettiin tutkimalla nuorten tupakoinnin ja alkoholin kokeilun ja käytön yleisyyden jakautumista muuttujien eri luokissa. Tämän jälkeen tutkittiin sekä etnisen taustan että uskonnon ja tupakoinnin sekä alkoholin käytön välisiä riippuvuuksia ristiintaulukoinnin avulla. Riippuvuuksien tilastollista merkitsevyyttä testattiin χ^2 -testillä, ja tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p=0,05$. Tulokset on esitetty ikävakioituna, osa myös sukupuolivakioituna. Vakioinnissa käytettiin suoraa vakiointimenetelmää, jossa kunkin ikä- ja sukupuoliryhmän oletetaan olevan yhtä suuria. Tilastolliset analyysit on tehty SPSS-ohjelmalla (PASW Statistics 18.0).

9 TULOKSET

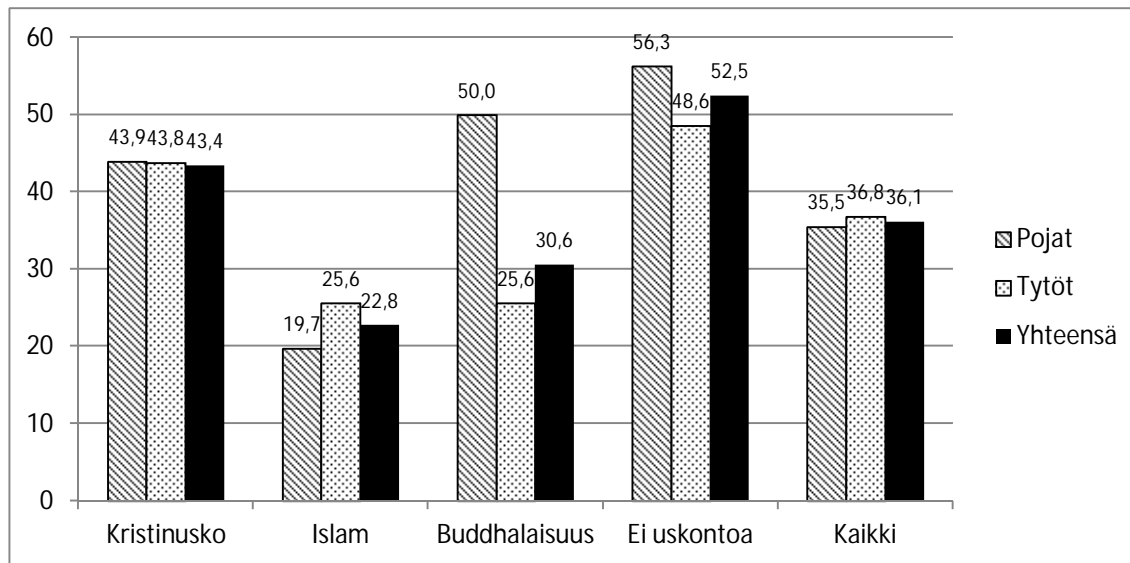
9.1 Tupakointi

Tupakoinnin kokeilukysymykseen vastanneista (n=310) tupakointia oli kokeillut 36,1 %. Tytöistä (n=165) tupakointia oli kokeillut 36,2 % ja pojista (n=145) 36,1 %. Ero sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Tarkasteltaessa eri kieliryhmien välisiä eroja, tupakointia ei ollut kokeillut yksikään vietnaminkielisistä pojista eikä turkin- ja ranskankielisistä tytöistä, kun taas kaikki thainkieliset pojat olivat kokeilleet sitä. Somalin- ja arabiankieliset olivat kokeilleet tupakointia vähemmän kuin muut, ja viron-, kurdin-, thain- ja persiankieliset enemmän kuin muut (Kuvio 2). Tutkimushetkellä ainakin silloin tällöin tupakoi yhteensä vain 31 nuorta. Venäjän- ja vironkielisten joukossa tutkimushetkellä tupakointi oli yleisintä, kun taas yksikään arabian-, vietnamin-, turkin-, kiinan- ja ranskankielisistä nuorista ei tupakoinut (Taulukko 6). Tupakoinnin kokeilun suhteen koko aineistossa kieliryhmien väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p = <0.001$).



Kuvio 2. Tupakointia kokeilleiden ikävakioidut osuudet (%) äidinkielen ja sukupuolen mukaan 2010–2011.

Eri uskonnoittain tarkasteltuna (n=303) muslimipojat ja -tytöt sekä buddhalaistytöt olivat kokeilleet tupakointia vähiten. Eniten tupakointia olivat kokeilleet nuoret, jotka eivät kuuluneet mihinkään uskontokuntaan. (Kuvio 3 ja Taulukko 7.) Suurin osuus tutkimushetkellä ainakin silloin tällöin tupakoivia oli kristityissä ja pienin buddhalaisissa nuorissa. (Taulukko 7.) Tupakoinnin kokeilun suhteen koko aineistossa uskontojen väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0.001$).



Kuvio 3. Tupakointia kokeilleiden ikävakioidut osuudet (%) uskonnon ja sukupuolen mukaan 2010–2011.

Taulukko 6. Tupakkaa kokeilleiden, nykyisin tupakoivien, alkoholia kokeilleiden ja kuukausittain humalassa olevien sukupuoli- ja ikävakioidut osuudet (%) äidinkielen mukaan 2010–2011.

| | Venäjä | Viro | Somali | Kurdi | Arabia | Albania | Thai | Vietnam | Persia | Englanti | Turkki | Kiina | Ranska | Kaikki |
|-------------------------|--------|------|--------|-------|--------|---------|------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|--------|
| Kokeillut tupakointia | | | | | | | | | | | | | | |
| Kyllä | 37,9 | 62,5 | 16,3 | 37,9 | 11,7 | 34,4 | 54,8 | 14,6 | 42,5 | 29,8 | 23,8 | 37,5 | 16,7 | 36,1 |
| Tupakoi nykyään | | | | | | | | | | | | | | |
| Kyllä | 28,1 | 25,8 | 5,0 | 25,0 | - | 20,0 | 10,0 | - | 28,6 | 25,0 | - | - | - | 21,0 |
| Kokeillut alkoholia | | | | | | | | | | | | | | |
| Kyllä | 50,6 | 67,1 | 2,7 | 31,3 | 4,6 | 31,3 | 57,2 | 31,3 | 20,0 | 21,5 | 12,5 | 62,5 | - | 36,6 |
| Humalassa kuukausittain | | | | | | | | | | | | | | |
| Kyllä | 0,6 | 5,8 | - | 3,5 | - | - | - | - | - | 3,4 | - | 10,0 | - | 1,6 |

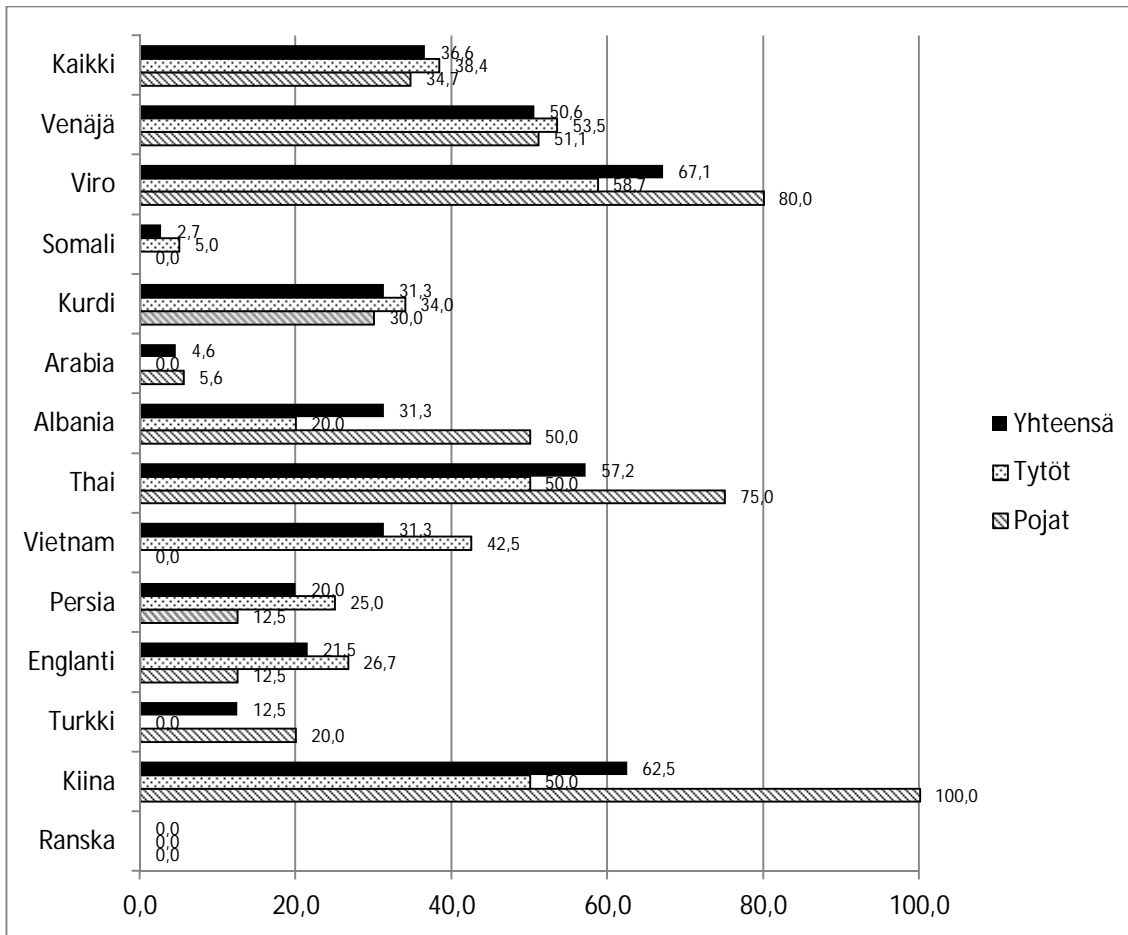
Taulukko 7. Tupakkaa kokeilleiden, nykyisin tupakoivien, alkoholia kokeilleiden ja kuukausittain humalassa olevien sukupuoli- ja ikävakioidut osuudet (%) uskonnoittain 2010–2011.

| | Kristinusko | Islam | Buddhalaisuus | Ei uskontoa | Kaikki |
|-------------------------|-------------|-------|---------------|-------------|--------|
| Kokeillut tupakointia | | | | | |
| Kyllä | 43,4 | 22,8 | 30,6 | 52,5 | 36,1 |
| Tupakoi nykyään | | | | | |
| Kyllä | 30,2 | 13,5 | 12,5 | 16,7 | 20,6 |
| Kokeillut alkoholia | | | | | |
| Kyllä | 47,5 | 14,7 | 46,0 | 58,4 | 36,5 |
| Humalassa kuukausittain | | | | | |
| Kyllä | 6,8 | 0,9 | - | 3,9 | 3,4 |

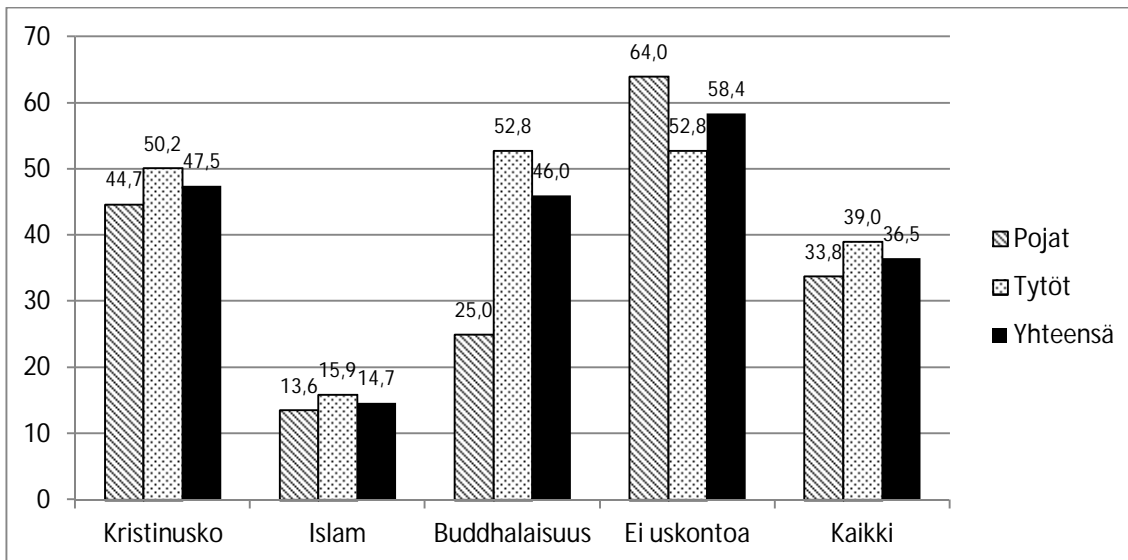
9.2 Alkoholin käyttö

Kaikista vastanneista (n=313) alkoholia oli kokeillut 36,6 %. Tytöistä (n=169) alkoholia oli kokeillut 38,4 % ja pojista (n=144) 34,7 %. Ero sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kieliryhmittäisessä tarkastelussa alkoholia ei ollut kokeillut kukaan ranskankielisistä vastaajista eikä yksikään somalin- ja vietnaminkielisistä pojista eikä turkin- ja arabiankielisistä tytöistä, kun taas kaikki kiinankieliset pojat ilmoittivat kokeilleensa alkoholia. Alkoholia kokeilleita oli somalin- ja arabiankielisten joukossa huomattavasti vähemmän, ja viron-, thain- ja kiinankielisten keskuudessa enemmän kuin muissa kieliryhmissä (Kuvio 4 ja Taulukko 6). Kuukausittain humalassa ilmoitti olleensa yhteensä vain 10 nuorta. Yleisintä kuukausittainen humala oli kiinankielisten vastaajien joukossa (Taulukko 6). Alkoholin kokeilun suhteen koko aineistossa kieliryhmien väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p = <0.001$).

Eri uskonnoittain tarkasteltuna (n=307) muslimipojat ja -tytöt sekä buddhalaistytöt olivat kokeilleet alkoholia vähiten. Eniten alkoholia olivat kokeilleet sellaiset nuoret, jotka eivät kuuluneet mihinkään uskontokuntaan. (Kuvio 5 ja Taulukko 7.) Kuukausittain itsensä humalaan juominen oli yleisintä kristittyjen joukossa (Taulukko 7). Alkoholin kokeilun suhteen koko aineistossa uskontojen väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p = <0.001$), ja kuukausittaisen humalajuomisen suhteen merkitseviä ($p = <0.01$).



Kuvio 4. Alkoholia kokeilleiden ikävakioidut osuudet (%) äidinkielen ja sukupuolen mukaan 2010–2011.



Kuvio 5. Alkoholia kokeilleiden ikävakioidut osuudet (%) uskonnon ja sukupuolen mukaan 2010–2011.

9.3 Monikielisen Internetkyselytutkimuksen edut ja haasteet

Monikielistä Internetin kautta toteutettavaa maahanmuuttajanuorten hyvinvointi ja terveys (Mammut) -esitutkimusta tehdessä sekä menetelmän monia etuja että haasteita tuli esiin. Aikaisempien kokemusten valossa monikielinen Internetin kautta toteutettava kysely vaikutti yksinkertaiselta ja helpolta toteuttaa, mikä säästäisi aikaa ja rahaa, koska kyselylomakkeita ei tarvitsisi painattaa eri kielillä, ja vastaukset tallentuisivat automaattisesti.

Kielenkäännöksiä ei kustannussyistä voitu tehdä täysin suositusten mukaan, ja laadun arviointi jäi vähäiseksi. ”Back translation” on suositelluin ja yleisin menetelmä tehdä kielenkäännös ja arvioida sitä, mutta se vaatii aikaa ja rahaa. Alkuperäisiä kysymyksiä ei voinut muuttaa ja käännöksiä piti tehdä monelle kielelle, mikä vaikutti toimintatavan valintaan. Mammut-tutkimuksessa oli myös hyvin rajallinen budjetti, joten käännösmenetelmä oli sekoitus kirjallisuuskatsauksessa kuvatuista menetelmistä, eli opiskelijoita pyydettiin ensin tekemään käännökset omille äidinkielilleen, ja sen jälkeen käännökset lähetettiin tarkistettaviksi ammattikielenkääntäjille käännöstoimistoon. Näin pyrittiin myös välttämään ainoastaan yhden ihmisen tekemän käännöksen heikkoudet. Lisäksi terveystieteiden opiskelijoilla oli taustatietämystä esimerkiksi terveyteen liittyvästä sanastosta. Kääntäjille annettiin paljon informaatiota tutkimuksesta, ja jotkut ottivat itsekin yhteyttä tarkentaakseen joitakin kohtia, mikä viittaisi siihen, että kääntäjät tekivät perusteellista työtä. Tietoon ei ainakaan tullut, että jokin käännös olisi ollut epäselvä tai epätarkka.

Rinnakkaislomakkeiden luominen vei paljon enemmän aikaa kuin oli arvioitu, koska joidenkin kielten erilaiset aakkoset eivät automaattisesti siirtyneet oikein e-lomakkeelle. Varsinkin arabian-, kurdin- ja persiankielisiä lomakkeita oli hankala siirtää e-lomakkeelle, koska niitä kirjoitetaan oikealta vasemmalle. Vastaajilla oli voinut olla vaikeuksia samojen kielten aakkosten kanssa vastatessaan esimerkiksi yleisessä käytössä olevilla tietokoneilla, joten vuonna 2010 päädyttiin lähettämään näillä kielillä paperilomakkeet muistutuskirjeiden mukaan. Tämä vei paljon tutkijaryhmän aikaa. Lisäksi paperilomakkeiden vastaukset täytyi koodata sähköisten vastausten perään samaan Excel-tiedostoon. Kaiken kaikkiaan kyselyn toteuttaminen Internetin kautta ei tullut niin halvaksi ja nopeaksi kuin oli ajateltu, mihin päätyivät myös Fricker ja Schonlau (2002) kirjallisuuskatsauksessaan.

Tutkimus vahvisti aikaisemmissa tutkimuksissa havaittuja tuloksia: kyselyn toteuttaminen sähköisenä ei todennäköisesti tullut postikyselyä halvemmaksi, kun huomioidaan työvoimakustannukset, ja osa niistä vastaajista, joilla oli mahdollisuus vastata paperilomakkeella

postitse, valitsi perinteisen menetelmän Internetin sijaan. Maahanmuuttajat vastasivat kuitenkin aktiivisemmin monikieliseen tutkimukseen kuin pelkästään suomen- ja ruotsinkieliseen tutkimukseen: vastausprosentti oli noin 10 prosenttiyksikköä suurempi. Monikielinen Mammut-tutkimus puolustaa siten paikkaansa maahanmuuttajien hyvinvoinnin tiedonlähteenä. Taulukkoon 8 on koottu monikielisen Internetkyselyn etuja ja haasteita.

Taulukko 8. Monikielisen Internetkyselyn etuja ja haasteita.

| Edut | Haasteet |
|---|---|
| Korkeampi vastausprosentti | Kielenkääntäminen vie aikaa ja rahaa |
| Vastausmahdollisuus äidinkielellä | Erikielisten lomakkeiden vastaavuus |
| Vastausten automaattinen tallentuminen | Avointen vastausten kääntäminen |
| Nuoret tottuneita Internetin käyttöön | E-lomakkeen muokkaaminen voi olla työlästä ja aikaa vievää |
| Kyselylomakkeiden painatuskulut säästyvät | Vastaamisvaikeudet julkisilla koneilla erilaisten aakkosten takia |

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko etnisellä taustalla ja uskonnolla yhteyttä 14–16-vuotiaiden maahanmuuttajataustaisten nuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Toisena tutkimustehtävänä oli kuvata Maahanmuuttajanuorten hyvinvointi ja terveys (Mammut) – esitutkimuksessa käytetyn tutkimusmetodin (sähköinen monikielinen Internetkysely) etujen ja haasteiden sekä ongelmakohtien tarkastelu. Tutkimuksen otos oli 648 nuorta, joista 48,9 % vastasi kyselyyn. Aineiston pienuuden takia tuloksia ei voi yleistää koko Suomen maahanmuuttajataustaiseen nuorisoon. Tulokset kertovat tähän tutkimukseen vastanneiden tupakoinnista ja alkoholin käytöstä. Tulokset perustuvat nuorten itse raportoimiin tietoihin.

Kaikista tutkimukseen vastanneista noin kolmasosa oli kokeillut tupakointia. Tupakointia oli kokeillut kieliryhmittäin tarkasteltuna vähiten arabian-, vietnamin- ja somalinkieliset nuoret ja eniten viron-, kurdin-, thain- ja persiankieliset. Uskonnon mukaan tarkasteltuna eniten tupakointia olivat kokeilleet nuoret, jotka eivät kuuluneet mihinkään uskontokuntaan, ja vähiten muslimit. Tutkimushetkellä tupakoi noin viidennes vastaajista. Kristityillä tupakointi oli yleisempää ja buddhalaisilla harvinaisempaa kuin muihin uskontoihin kuuluvilla.

Alkoholia oli kokeillut kaikista vastaajista noin kolmannes. Kieliryhmittäin tarkasteltuna alkoholia ei ollut kokeillut kukaan ranskankielisistä vastaajista ja somalin- ja arabiankieliset olivat kokeilleet sitä huomattavasti vähemmän, ja viron-, thain- ja kiinankieliset enemmän kuin muut. Eri uskonnoittain tarkasteltuna muslimit olivat kokeilleet alkoholia vähiten ja eniten sellaiset nuoret, jotka eivät kuuluneet mihinkään uskontokuntaan. Kuukausittainen humalajuominen oli kaikkien vastaajien joukossa harvinaista.

Islaminusko ja arabian- ja somalinkielisyys näyttäisivät tässä aineistossa olevan yhteydessä vähäisempään tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Mihinkään uskontokuntaan kuulumattomien sekä viron- ja thainkielisten nuorten joukossa puolestaan alkoholi- ja tupakkakokeilut näyttäisivät olevan yleisempiä. Samankaltaisia tuloksia muslimien ja somalinkielisten vähäisemmästä tupakoinnista ja alkoholin käytöstä on saatu myös muista tutkimuksista eri puolilta maailmaa (esim. Giuliani ym. 2010; Bradby & Williams 2006; Pedersen & Kolstad 2000).

Verratessa tämän tutkimuksen tuloksia Nuorten terveystapatutkimuksen ja Kouluterveyskyselyn tuloksiin vuosilta 2010–2011, joissa on myös maahanmuuttajataustaisia nuoria mukana, voi todeta tupakointia kokeilleiden osuuden olevan maahanmuuttajataustaisilla pienempi kuin koko Suomen

nuorissa tässä tutkimuksessa käytetyn aineiston mukaan. Maahanmuuttajataustaiset nuoret näyttäisivät kokeilevan myös alkoholia vähemmän kuin nuoret yleensä Suomessa. Varsinkin säännöllinen humalajuominen näyttää olevan maahanmuuttajataustaisilla nuorilla huomattavasti vähäisempää. Erot eri etnisten ryhmien välillä ovat kuitenkin suuret. Samankaltaisia tuloksia on saatu monissa tutkimuksissa ympäri maailmaa (esim. Gfroerer & Tan 2003; Wong ym. 2008; Pedersen & Kolstad 2000). Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan myös aikuisista maahanmuuttajista somalinkieliset näyttävät tupakoivan ja käyttävän alkoholia vähemmän kuin muut etniset ryhmät (Pohjanpää 2003a; Prättälä ym. 2012).

Uskonnon vaikutusta nuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön, sekä muuhun terveystyytymiseen, on tutkittu paljon varsinkin kristittyjen keskuudessa, mutta jonkin verran myös muihin uskontoihin liittyen (esim. Khallad 2010). Erilaisista metodologisista lähtökohdista, ajasta ja paikasta riippuen tulokset vaihtelevat paljonkin, kuten myös maahanmuuttajanuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön liittyvissä tutkimuksissa. Osittain nämä tulokset heijastavat tupakoinnin ja alkoholin käytön taustalla vaikuttavien tekijöiden moninaisuutta: pelkästään uskonnon perusteella ei voi päätellä mitään terveystyytymisestä, koska monet muutkin tekijät ja laajempi kulttuurinen viitekehys vaikuttavat siihen. Ihmisen uskonnolle antama suuri merkitys, toisin sanoen uskonnollisuus, näyttäisi vaikuttavan terveyttä suojaavasti uskonnosta riippumatta. Uskonnolliset ryhmät ovat tiiviitä ja jäsenet tukevat toinen toisiaan. Uskonnollisten ryhmien jäsenet ovat myös taustaltaan samankaltaisia, mikä helpottaa sosiaalisen tuen saamista ja antamista (Schlundt ym. 2008).

Tutkimusten mukaan tupakointi näyttäisi olevan yleisempää muslimimaissa kuin muualla. Siihen voi vaikuttaa se, että uskonto kieltää alkoholin nauttimisen, kun taas tupakoinnista Koraanissa ei sanota mitään, eli se on tulkittu hyväksyttäväksi tavaksi. Muslimit toteuttavat alkoholikieltoa hyvin: muutettuaan johonkin länsimaahan, jossa alkoholin käyttö on hyvin vapaata, muslimit näyttäisivät pääsääntöisesti pidättäytyvän alkoholin käytöstä (esim. Bradby & Williams 2006; Pedersen & Kolstad 2000).

Maahanmuuttajien terveystyytyminen muuttuu ajan mittaan heidän sopeuduttuaan uuteen kulttuuriin. Seuraavat sukupolvet muistuttavat arvoiltaan ja tavoiltaan aina vain enemmän uuden kotimaan ihmisiä. Esimerkiksi muutettaessa Aasiasta johonkin länsimaahan, akkulturaatio tarkoittaa muutosta yleensä huonompaan suuntaan tupakoinnin ja alkoholin käytön suhteen. Pitäytyminen vanhan synnyinmaan tavoissa ja arvoissa voi siten suojella terveyttä. (esim. Ma ym. 2004; Wong ym. 2008.) Länsimaissa toivotaan maahanmuuttajien sopeutuvan mahdollisimman nopeasti ja

helposti uuden kotimaan tapoihin. Monesti se on tarkoittanut uskonnon häivyttämistä taka-alalle, ja uskonnon ulkoisten merkkien, kuten musliminaisten huivit, kieltämistä. Samalla unohtuu, että uskonnollisuudella voi olla myönteisiäkin vaikutuksia esimerkiksi terveydelle. Suomessa on tutkittu vain vähän maahanmuuttajanuorten terveyttä, joten tarve lisätutkimuksille on selkeä, jotta esimerkiksi terveyden edistämisen toimin voitaisiin tukea etniseen taustaan ja uskontoon liittyviä terveellisempiä elintapoja.

Maahanmuuttaja voidaan määritellä monin eri tavoin. Lähtökohtana voidaan käyttää synnyinmaata, kansalaisuutta tai äidinkieltä. Ne kaikki ovat jossain määrin problemaattisia: ulkomailla syntyneissä on paljon suomalaisia ja Suomen kansalaisuus on monilla Suomessa jo pidempään asuneilla maahanmuuttajilla. Henkilön äidinkieli kertoo eniten hänen etnisestä taustastaan. Tosin esimerkiksi englantia ja ranskaa voivat olla äidinkielenä eri maanosista ja hyvin erilaisista kulttuureista ja olosuhteista tulevilla ihmisillä, mikä pitäisi muistaa tuloksia tulkitessa. Äidinkieli on kuitenkin Suomessa käytetyin etnisen taustan indikaattori.

Nuoret ovat nykyään tottuneita käyttämään tietokonetta ja Internetiä joka päivä, niin myös suurin osa maahanmuuttajanuorista, joten tutkimuksen kohderyhmä oli otollinen sähköiselle kyselylle. Maahanmuuttaja- ja maahanmuuttajataustaiset nuoret ovat kuitenkin hyvin heterogeeninen ryhmä, eikä heidän tietokonetaidoistaan, luku- ja kirjoitustaidoistaan tai ylipäättään kyvyistään vastata sähköiseen kyselyyn ollut tietoa. Verkkokyselyissä vastaajat voivat valikoitua myös sen mukaan, onko vastaajalla tietokoneen ja/tai verkkoyhteyden käytön mahdollisuutta, tai haluaako hän vastata Internetin kautta (Fricker & Schonlau 2002).

Nuorten haluttiin itse täyttävän kyselylomakkeen, jotta vastaajat vastaisivat mahdollisimman totuudenmukaisesti. Haastattelijan täyttämässä kyselyssä jotkut nuoret saattaisivat vastata sen mukaan, mitä heiltä odotetaan. Näin voisi käydä esimerkiksi uskonnollisista syistä johtuen alkoholin käytöstä raportoidessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 195–196.) Toisaalta sähköisessä kyselyssä kysymyksiä ja osioita voi jäädä useammin vastaamatta, mikä heikentää tutkimuksen laatua, kuten kirjallisuudessa on todettu (Fricker & Schonlau 2002). Kyselystä tehtiin itse täytettävä myös sen vuoksi, että vastauksia voitaisiin verrata Nuorten terveystapatutkimuksen tulosten kanssa, jossa myös nuoret itse täyttivät lomakkeen.

Tutkimuseettisiä asioita mietittiin tarkoin kyselylomaketta ja saatekirjeitä hahmoteltaessa. Mammut-tutkimus toteutettiin Nuorten terveystapatutkimuksen pohjalta, jolla on Tampereen alueen ihmistieteiden eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Liian arkaluontoisia kysymyksiä huumeille

altistumisesta sekä sukupuoleen liittyen, esim. kuukautisten alkamisiästä, ei otettu lomakkeeseen, jotta niiden takia kukaan ei jättäisi vastaamatta. Saatekirjeessä kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista ja painotettiin vastausten nimettömyyttä ja luottamuksellisuutta. Vastaajan suostumukseksi osallistua tutkimukseen tulkittiin se, että hän vastasi kyselyyn.

Mammut-tutkimuksessa haluttiin nuorille antaa mahdollisuus vastata omalla äidinkielellään, jotta he olisivat tasa-arvoisemmassa asemassa ja välttyisivät kieliongelmilta. Vastatessa kielellä, jota ei puhu kovin hyvin, voi joitakin kohtia ymmärtää väärin, ja siten vastatakin väärin. Omalla äidinkielellä vastatessaan nuorten ei myöskään tarvitsisi pyytää apua ystäviltään tai perheeltään, mikä voisi vaikuttaa vastauksiin. Oman äidinkielen toivottiin myös kannustavan vastaamaan.

Vaikka vastausprosentti oli monikielisessä Mammut-tutkimuksessa suurempi kuin Nuorten terveystapatutkimuksessa verrattuna vastaavanikäisiin maahanmuuttajataustaisiin nuoriin, niin se oli silti alhainen: vain noin puolet nuorista vastasi siihen. Postikyselyiden vastausprosenttien aleneminen on yleinen ongelma, ja ne ovat laskeneet varsinkin 2000-luvulla (esim. Raisamo ym. 2011). Vastaamattomuuden taustalla olevat tekijät eivät ole tiedossa, mutta niitä ovat voineet olla ulkomailla oleskelu, kyvyttömyys käyttää tietokonetta ja luku- ja kirjoitustaidottomuus varsinkin vastikään maahan tulleiden pakolaisten joukossa sekä haluttomuus vastata kyselyyn. Monissa maissa ei ole Suomen kaltaista tutkimuksiin osallistumiskulttuuria, ja virallisten tahojen kyselyt voivat joistakin vaikuttaa epäilyttäviltä. Myös uuteen kulttuuriin integroitumisen taso vaikuttaa osallistumisaktiivisuuteen (Moradi ym. 2010). Vastausprosenttiin vuonna 2010 saattoi vaikuttaa myös ensimmäisen kierroksen osuminen joidenkin kielten kohdalla kesäloma-aikaan. Kysyttäessä syitä vastaamattomuuteen (Liite 3) suurin osa kyselyyn vastanneista ilmoitti syyksi sen, ettei halua tai viitsi vastata. Osa vastaajista antoi vastauksensa yhteydessä palautetta Mammut-tutkimuksesta. Monet olivat mielissään, kun heillä oli mahdollisuus osallistua terveystutkimukseen omalla äidinkielellään, toiset puolestaan eivät kokeneet kuuluvansa tutkimuksen kohderyhmään, maahanmuuttajiin, vaan pitivät itseään suomalaisina.

Maahanmuuttajataustaisten nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista tarvitaan paljon lisää tietoa, koska heidän määränsä Suomessa on kasvanut paljon, mutta heidän terveyttään ei väestötasolla ole juurikaan tutkittu. Uuteen maahan sopeutumisen vaikutuksia päihdeiden käyttöön ja muuhun terveystietämiseen olisi tärkeää tutkia, jotta mahdollisten aikaisempien terveellisempien elintapojen säilymistä voitaisiin tukea. Maahanmuuttajanuorten terveydestä tarvittaisiin lisää tietoa myös terveydenedistämishojelmien kohdentamiseksi eri etnisten ryhmien tarpeisiin, koska maahanmuuttajaryhmien välillä on paljon eroa terveydessä ja terveystietämisyksessä.

LÄHTEET

- Akabaliev, V. & Dimitrov, I. 1996. Ethnic and religious identity and some age characteristics of alcohol use. *Folia Medica* 38 (3–4), 5–10.
- Assanangkornchai, S., Conigrave, K. M. & Saunders J. B. 2002. Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men. *Alcohol & Alcoholism* 37 (2), 193–197.
- Avenevoli, S. & Merikangas, K. 2003. Familial influences on adolescent smoking. *Addiction* 98(1), 1–20.
- Bradby, H. & Williams, R. 2006. Is Religion or Culture the Key Feature in Changes in Substance Use after Leaving School? Young Punjabis and a Comparison Group in Glasgow. *Ethnicity & Health* 11(3), 307–324.
- Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Cotton, S., Zebracki, K., Rosenthal, S., Tsevat, J. & Dotar, D. 2006. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescent Health* 38, 472–480.
- Das, S. 2012. Unholy Smoke! What the scriptures say about smoking. Hinduism. Viitattu 20.10.2012 <http://hinduism.about.com/od/ayurveda/a/smoking.htm>
- Denscombe, M. 1995. Ethnic group and alcohol consumption: the case of 15-16-year-olds in Leicestershire. *Public Health* 109 (2), 133–142.
- Engels, R., Knibbe, R., de Vries, H., Drop, M. & van Beukelen, G. 1999. Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology* 29(2), 337–361.
- Fricker, R. D. Jr. & Schonlau, M. 2002. Advantages and Disadvantages of Internet Research Surveys: Evidence from the Literature. *Field Methods* 14 (4), 347–367.

Garmienė, A., Žemaitienė, N. & Zaborskis, A. 2006. Family time, parental behavior model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health* 6, 287–295.

Gfroerer, J. & Tan, L. 2003. Substance Use Among Foreign-Born Youths in the United States: Does the Length of Residence Matter? *American Journal of Public Health* 93(11), 1892–1895.

Ghuri, N., Atcha, M. & Sheikh, A. 2006. Influence of Islam on smoking among Muslims. *British Medical Journal* 332, 291–294.

Giuliani, K., Mire, O., Ehrlich, L., Stigler, M. & DuBois, D. 2010. Characteristics and Prevalence of Tobacco Use among Somali Youth in Minnesota. *American Journal of Preventive Medicine* 39(6S1), S48–S55.

Hakohen, Y. & Schwartz, R. Prevention: Torah Perspectives on Preserving Health. Tulostettu 5.10.2010 <http://www.jewishveg.com/schwartz/health.html>

Hallenberg, H. 2006. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. *Suomen Lääkärilehti* 18, 2019–2023.

Harkness, J. A. & Schoua-Glusberg, A. 1998. Questionnaires in Translation. *ZUMA-Nachrichten Spezial*, January, 87–126.

Harviainen, T. 2006. Terveys ja sairaus juutalaisessa perinnössä. *Suomen Lääkärilehti* 18, 2019–2023.

Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. 2010. Tuhansien iskujen maa – Miesten kokema väkivalta Suomessa. Raportti 66. Helsinki: Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan kriminaalipolitiikan instituutti (HEUNI).

Helman, C. G. 2007. *Culture, Health and Illness*. 5. painos. Lontoo: Hodder Arnold.

Hermanson, E. & Lommi, A. 2009. Maahanmuuttajataustaiset nuoret – haaste kouluterveydenhuollolle. *Suomen lääkäri* 64 (11), 1009–1015.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. *Tutki ja kirjoita*. 12. painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2010. Lääkäri, potilas ja uskonto. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim, 376–379.

Islam, S. & Johnson, C. 2003. Correlates of Smoking Behavior among Muslim Arab-American Adolescents. *Ethnicity and Health* 8(4), 319–337.

Jeynes, W. 2006. Adolescent Religious Commitment and Their Consumption of Marijuana, Cocaine and Alcohol. *Journal of Health & Social Policy* 21 (4), 1–20.

Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Kartovaara, L. 2007. Lasten asuinpaikka, kieli, kansalaisuus ja syntymämaa. Teoksessa *Suomalainen lapsi 2007*. Helsinki: Tilastokeskus & Stakes, 11–30.

Kartovaara, L., Niskanen, T., Rautanen, R., Reijo, M. & Sauli, H. 2007. Vieraskielisten lasten elinolot. Teoksessa *Suomalainen lapsi 2007*. Helsinki: Tilastokeskus & Stakes, 413–431.

Khallad, Y. 2010. Health Risk Behaviours among College Youths: A Cross-cultural Comparison. *Journal of Health Psychology* 15 (6), 925–934.

Kramsch, C. 1998. *Language and Culture*. Oxford: Oxford University Press.

Kungskulniti, N., Charoenca, N., Kengganpanich, T., Kusolwisitkul, W., Pichainarong, N., Kerdmongkol, P., Silapasuwan, P., Hamann, S. & Arpawong, T. 2012. Smoking prevalence among monks in Thailand. *Evaluation & the Health Professions* 35(3), 305–322.

Kuusela, J., Etelälahti, A., Hagman, Å., Hievanen, R., Karppinen, K., Nissilä, L., Rönning, U. & Siniharju, M. 2008. Maahanmuuttajaoppilaat ja koulutus – tutkimus oppimistuloksista, koulutusvalinnoista ja työllistämisestä. Helsinki: Opetushallitus.

Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010.

Ma, G., Tan, Y., Toubbeh, J., Su, X., Shive, S. & Lan, Y. 2004. Acculturation and smoking behavior in Asian-American populations. *Health Education Research* 19, 615–625.

Maahanmuuttovirasto. Sanasto. Viitattu 25.7.2010
<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=2761#6>

Malin, M. 2003. Maahanmuuttajien terveys Suomessa. Teoksessa Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 319–333.

Malin, M. & Raisamo, S. 2011. Maahanmuuttajien elinolojen ja terveyden selvittämiseksi on tehtävä erillisiä tutkimuksia. Maahanmuuttajien hyvinvointisurveys 1/2. *Hyvinvointikatsaus* 4/2011.

Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2013. KvantiMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.5.2013 <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/intro.html>

Miettinen, J. & Vehkalahti, K. 2013. Verkkokyselytutkimuksen otoksen valinta. Teoksessa Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. (toim.) *Otteita verkosta. Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät*. Tampere: Vastapaino, 84–104.

Moradi, T., Sidorchuk, A. & Hallqvist, J. 2010. Translation of questionnaire increases the response rate in immigrants: Filling the language gap or feeling of inclusion? *Scandinavian Journal of Public Health* 38, 889–892.

Nakhaee, N., Divsalar, K. & Jadidi, N. 2009. Religious involvement and cigarette smoking among Iranian university students. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 39(2), 189–198.

Newman, I. M., Shell, D. F., Li, T. & Innadda, S. 2006. Buddhism and Adolescent Alcohol Use in Thailand. *Substance Use and Misuse* 41, 1789–1800.

Nonnemaker, J., McNeely, C. & Blum, R. 2003. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine* 57, 2049–2054.

Nuorten terveystapatutkimuksen julkaisemattomia tuloksia. 2009.

Obot, I. 2007. Nigeria: alcohol and society today. *Addiction* 102, 519–522.

Okoli, C., Richardson, C. & Johnson, J. 2008. An examination of the relationship between adolescents' initial smoking experience and their exposure to peer and family member smoking. *Addictive Behaviors* 33, 1183–1191.

van Oort, F. V. A., van der Ende, J., Crijnen, A. A. M., Verhulst, F. C., Mackenbach, J. P. & Joung, I. M. A. 2006. Determinants of daily smoking in Turkish young adults in the Netherlands. *BMC Public Health* 6, 294–302.

Pedersen, W. & Kolstad, A. 2000. Adolescent Alcohol Abstainers: Traditional Patterns in New Groups. *Acta Sociologica* 43, 219–233.

Pennanen, M., Vartiainen, E. & Haukkala, A. 2012. The role of family factors and school achievement in the progression of adolescents to regular smoking. *Health Education Research* 27(1), 57–68.

Perusopetuslaki 628/1998

Phinney, J., Berry, J., Vedder, P. & Liebkind, K. 2006. The Acculturation Experience: Attitudes, Identities, and Behaviors of Immigrant Youth. Teoksessa Berry, J., Phinney, J., Sam, D. & Vedder, P. (toim.) *Immigrant Youth in Cultural Transition. Acculturation, Identity, and Adaptation Across National Contexts*. Lontoo: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 71–116.

Pohjanpää, K. 2003a. Terveystottumukset. Teoksessa Pohjanpää, K., Paananen, S. & Nieminen, M. *Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:12*. Helsinki: Tilastokeskus, 112–119.

Pohjanpää, K. 2003b. Tutkimuksen vastaajat, keitä he ovat? Teoksessa Pohjanpää, K., Paananen, S. & Nieminen, M. *Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:12*. Helsinki: Tilastokeskus, 51–64.

Ponce, N., Lavarreda, S., Yen, W., Brown, E., DiSogra, C. & Satter, D. 2004. The California Health Interview Survey 2001: Translation of a Major Survey for California's Multiethnic Population. *Public Health Reports* 119 (4), 388–395.

Prättälä, R., Mustonen, H., Koponen, P. & Laatikainen, T. 2012. Elintavat. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 165–172.

Rainio, S. 2009. Familial Influences on Adolescent Smoking. Parental smoking, home smoking ban and home-based sourcing of tobacco. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1388.

Raisamo, S., Pere, L., Lindfors, P., Tiirikainen, M. & Rimpelä, A. 2011. Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rani, M., Bonu, S., Jha, P., Nguyen, S. N. and Jamjoum, L. 2003. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey. Tobacco control 12. Tulostettu 14.12.2010 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747786/pdf/v012p000e4.pdf>

Rimpelä, A., Rainio, S., Pere, L., Lintonen, T. & Rimpelä, M. 2005. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2005. Nuorten terveystapatutkimus 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rimpelä, M. 1980. Tupakoinnin alkaminen. Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M56/80. Tampere.

Rostosky, S., Danner, F. & Riggle, E. 2007. Is religiosity a Protective Factor Against Substance Use in Young Adulthood? Only if You're Straight! Journal of Adolescent Health 40, 440–447.

Räsänen, P. & Sarpila, O. 2013. Internet-lomake vai ei? Verkkokyselylomake postikyselyitä täydentävänä tiedonkeruun menetelmänä. Teoksessa Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. (toim.) Otteita verkosta. Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Tampere: Vastapaino, 68–83.

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi

Schlundt, D., Franklin, M., Patel, K., McClellan, L., Larson, C., Niebler, S. & Hargreaves, M. 2008. Religious Affiliation, Health Behaviors and Outcomes: Nashville REACH 2010. *American Journal of Health Behavior* 32(6), 714–724.

Sheldon, H., Graham, C., Potheary, N. & Rasul, F. 2007. Increasing response rates amongst black and minority ethnic and seldom heard groups. A review of literature relevant to the national acute patient's survey. Oxford: Picker Institute Europe.

Sinha, J., Cnaan, R. & Gelles, R. 2007. Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of Adolescence* 30, 231–249.

Smith, M. & Umenai, T. 2000. Smoking among Buddhist monks in Phnom Penh, Cambodia. *Tobacco Control* 9: 111. Doi: 10.1136/tc.9.1.111

Sourander, A. 2007. Turvapaikkaa hakevien pakolaislasten ja –nuorten mielenterveys. *Duodecim* 123, 479–485.

Suomen adventtikirkko. Perusopinkohdat – Oppi kristillisestä elämästä. Tulostettu 18.11.2010 <http://www.adventist.fi/oppi-elama>

Suomen perustuslaki 731/1999.

Teinonen, T. 2007. Terveys ja usko. Helsinki: Kirjapaja.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). 2013a. Etnokids ja Nuorten kotoutumisen indikaattorit – hanke. Viitattu 27.5.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=22150

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). 2013b. Kyselyn toteuttaminen. Viitattu 23.1.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kouluterveyskysely/kyselyn_toteuttaminen

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). 2013c. Päähteet ja riippuvuudet. Viitattu 23.1.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet

Tilastokeskus. 2013a. Muuttoliike 2012. Viitattu 1.5.2013
http://www.tilastokeskus.fi/til/muutl/2012/muutl_2012_2013-04-26_fi.pdf

Tilastokeskus. 2013b. Väestörakenne 2012. Viitattu 21.4.2013
http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/vaerak_2012_2013-03-22_fi.pdf

Ugen, S. 2003. Bhutan: the world's most advanced tobacco control nation. *Tobacco control* 12, 431–433.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Väisänen, E. 2010. Lestadiolaisuus ja terveydenhuolto. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim, 124–132.

Väänänen, A., Toivanen, M., Aalto, A-M., Bergbom, B., Härkäpää, K., Jaakkola, M., Koponen, P., Koskinen, S., Kuusio, H., Lindström, K., Malin, M., Markkula, H., Mertaniemi, R., Peltola, U., Seppälä, U., Tiitinen, E., Vartia-Väänänen, M., Vuorenmaa, M., Vuorento, M. & Wahlbeck, K. 2009. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. 9-2009. Helsinki: Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Winter, T. 2004. Nuorten raittius ja siihen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 182:2004*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Wong, G., Ameratunga, S., Garrett, N., Robinson, E. & Watson, P. 2008. Family Influences, Acculturation, and the Prevalence of Tobacco Smoking Among Asian Youth in New Zealand: Findings from a National Survey. *Journal of Adolescent Health* 43, 412–416.

Wong, K. & Wang, Z. 2008. Importance of native language in a population-based health survey among ethnic Chinese in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 32 (4), 322–324.

World Health Organization. 2011a. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Appendix V: Country profiles, Viitattu 21.10.2012
http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en_tfi_global_report_2011_appendix_V_table_1.pdf

World Health Organization. 2011b. Management of substance abuse. Country profiles 2011. Viitattu 10.3.2013
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/index.html

Yong, H., Hamann, S., Borland, R., Fong, G. & Omar, M. 2009. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Social Science & Medicine* 69, 1025–1031.

Liite 1. Tutkielmaan liittyvät kysymykset kyselylomakkeesta

1. Oletko

- 1 Poika
- 2 Tyttö

2. Oletko koskaan polttanut (kokeillut) tupakkaa?

- 1 En (siirry kysymykseen xx)
- 2 Kyllä

3. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten nykyistä tupakointiasi?

- 1 En tupakoi
- 2 Tupakoin kerran päivässä tai useammin
- 3 Tupakoin kerran viikossa tai useammin, en kuitenkaan päivittäin
- 4 Tupakoin harvemmin kuin kerran viikossa
- 5 Olen lakossa tai lopettanut tupakoinnin

4. Oletko koskaan käyttänyt (kokeillut) alkoholia?

- 1 En (siirry kysymykseen xx)
- 2 Kyllä

5. Entä kuinka usein käytät alkoholia tosi humalaan asti?

- 1 Kerran viikossa tai useammin
- 2 Noin 1-2 kertaa kuukaudessa
- 3 Harvemmin
- 4 En koskaan

6. Mikä on uskontosi?

- 1 Kristinuskko
- 2 Islam
- 3 Juutalaisuus
- 4 Buddhalaisuus
- 5 Hindulaisuus
- 6 Ei uskontoa
- 7 Joku muu

Jos vastasit 'joku muu', kirjoita tähän mikä: _____

Terveys- ja hyvinvointitutkimus – Monikielinen verkkokysely Suomessa asuville nuorille

Hei,

Sinut on valittu mukaan monikieliseen nuorten terveys- ja hyvinvointitutkimukseen, joka toteutetaan verkkokyselynä. Se on osa Nuorten terveystapatutkimusta, joka on perinteisesti toteutettu vain suomeksi ja ruotsiksi. Nyt on mahdollista vastata myös muilla kielillä.

Tutkimuksen tarkoituksena on lisätä tietoa nuorten hyvinvoinnista. Tulokset auttavat edistämään Suomessa asuvien nuorten terveyttä ja hyvinvointia.

Tämä tutkimus on tarkoitettu Sinulle henkilökohtaisesti. Sinut on valittu edustamaan Suomen nuoria, joilla on äidinkielenään joku muu kieli kuin suomi tai ruotsi. On tärkeää, että jokainen valittu osallistuja täyttää kyselylomakkeen itse, jotta kerätty tieto on mahdollisimman oikeaa. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Vastaaminen on helppoa! Tämän kirjeen mukana saat henkilökohtaisen käyttäjätunnuksen ja salasanan, joilla pääset verkkosivulle, jossa voit täyttää kyselylomakkeen. Mene osoitteeseen www.uta.fi/mammut ja valitse kieli klikkaamalla sen nimeä. Kirjoita sitten henkilökohtainen käyttäjätunnuksesi ja salasanasi päästäksesi kyselylomakkeeseen. Sieltä saat lisäohjeita vastaamiseen. Vastaaminen vie noin 15 minuuttia.

Toivomme, että vastaat viikon kuluessa! Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Kyselyihin vastaavat Lasse Pere (mammut@uta.fi) puh. 040-190 1676 ja Susanna Raisamo (mammut@uta.fi) puh. 040-190 1667.

Tutkimus toteutetaan **nimettömänä ja luottamuksellisesti!** Vain yliopiston tutkijaryhmä käsittelee vastauksia. Tutkimustulokset kerrotaan tutkimusraporteissa siten, että yksittäiset vastaajat eivät ole niistä tunnistettavissa. Älä kirjoita nimeäsi kyselylomakkeeseen.

Osoitetietosi ja äidinkielesi olemme saaneet Väestörekisterikeskuksesta (PL 70, 00581 Helsinki).

Kiitämme vastauksestasi jo etukäteen!

Terveisin

Professori Arja Rimpelä ja tutkimusryhmä

Monikielinen nuorten terveys- ja hyvinvointitutkimus

Hei!

Odotamme edelleen vastaustasi Monikieliseen nuorten terveys- ja hyvinvointitutkimukseen! Sinulla on vielä aikaa vastata kyselyyn **marraskuun loppuun asti**. Nettitunnuksesi ovat toisella paperilla. Jos et halua vastata kyselyyn, toivomme, että palautat tämän kirjeen ja merkitset vastaamattomuutesi syyn. Voit ruksata yhden tai useamman vaihtoehdon. Palautuskuori ei tarvitse postimerkkiä. Voit kertoa myös sähköpostilla, miksi et halua tai voi vastata. Sähköpostimme on mammut@uta.fi.

- Kysely ei kuulu minulle, koska olen suomalainen
- En ymmärtänyt ohjeita tai kysymyksiä
- Kysely on liian vaikea
- Ei ole aikaa
- Ei ole Internet-yhteyttä tai en osaa käyttää tietokonetta
- Kysely on liian pitkä
- Vanhempani eivät halua, että vastaan kyselyyn
- Kysymykset ovat sopimattomia
- Pelkään, että vastauksiani käytetään väärin
- En halua tai en viitsi
- Muu syy, mikä? _____

Kiitokset vastauksestasi!

Professori Arja Rimpelä ja tutkimusryhmä